

تأثیر الگوهای اسکیزوتایپی همایند با اختلال وسواس فکری-عملی در درمان شناختی-رفتاری

دکتر علی محمدزاده*

دکتر احمد برجعلی**

دکتر فرامرز سهرابی***

دکتر علی دلاور****

چکیده

شخصیت اسکیزوتایپی همایند در وسواس فکری-عملی با پاسخ درمانی ضعیف رابطه نشان داده است. پژوهش‌های قبلی فرض کرده اند شخصیت اسکیزوتایپی سازه‌ای همگن است. چنین رویکردی می‌تواند رابطه اسکیزوتایپی و پیامد درمانی را مغشوش کند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر همایندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی در درمان شناختی-رفتاری بود. طرح پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری کلیه بیمارانی را شامل بود که در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به مراکز درمانی موجود در شهر تبریز مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از میان مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی به روش در دسترس انتخاب و در سه گروه خالص، با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی، و با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس وسواس فکری-عملی بیل-براون، مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی، پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV. داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد گروه وسواس فکری-عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با گروه خالص و گروه با نشانه‌های منفی شخصیت اسکیزوتایپی بهره کمتری از درمان می‌برند و بین دو گروه وسواس فکری-عملی خالص و وسواس فکری-عملی همراه با نشانه‌های منفی شخصیت اسکیزوتایپی در پیامد درمانی

* نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه پیام نور آذربایجان شرقی. ali.mohammadzadeh@gmail.com

** استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

*** دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

**** استاد دانشگاه علامه طباطبائی

تفاوتی مشاهده نمی‌شود. نشانه‌شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیرات متفاوتی بر پیامد درمانی اختلال وسواس فکری-عملی دارند. با توجه به نتایج به دست آمده، لزوم تمایز بین نشانه‌شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی در مطالعات مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف درمانی اختلال وسواس فکری - عملی مورد تأکید است.

کلید واژه‌ها:

اختلال وسواس فکری-عملی، شخصیت اسکیزوتایپی، علائم مثبت، علائم منفی، درمان شناختی رفتاری، پیامد درمانی، همبندی

مقدمه

مطالعات متعددی کارایی درمان‌های شناختی- رفتاری را در اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)^۱ تأیید کرده‌اند (کیلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) ولی به رغم پیشرفت‌های جالب توجه در درمان OCD، برخی گروه‌های فرعی آن در حیطه درمانی (دارویی و روان‌درمانی) به درمان شناختی- رفتاری با و بدون مداخلات دارویی پاسخ درمانی ضعیفی می‌دهند (موریتز^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). براساس بیشتر مطالعاتی که درباره اختلال وسواس فکری-عملی انجام شده است، وجود وضعیت‌های همبند^۴ با این اختلال بسیار حائز اهمیت است. اختلال وسواس فکری-عملی با الگوهای شبه روان‌گسستگی شخصیت اسکیزوتایپی رابطه نزدیکی دارد. لی و وون^۵ (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که دو نوع وسواس فکری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای کنترلی متفاوتی را فراخوانی می‌کنند؛ وسواس‌های فکری خودزاد^۶ و وسواس‌های فکری واکنشی^۷. در همین راستا، لی و تلچ^۸ (۲۰۰۵) گزارش کرده‌اند که وسواس‌های فکری خودزاد ارتباط قوی‌تری با شخصیت اسکیزوتایپی دارند، در حالی که، از رابطه بین وسواس‌های فکری واکنشی و شخصیت اسکیزوتایپی می‌توان چشم‌پوشی کرد.

1. Obsessive Compulsive Disorder
2. Keeley
3. Moritz
4. Co morbid
5. Lee & Kwon
6. Autogenously obsessions
7. Reactive obsessions
8. Telch

تفکر سحرآمیز^۱ یکی دیگر از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت همجوشی فکر-عمل^۲ (TAF) (افزایش احتمال وقوع یک عمل به دلیل تفکر زیاد درباره آن عمل) نشان می‌دهد (تولین^۳، ۲۰۰۱؛ انشتین و منزیس^۴، ۲۰۰۴؛ لی و همکاران، ۲۰۰۵). از نقطه نظر بالینی، وجود همبندی مرضی بین اختلال وسواس فکری-عملی و طبقه A اختلالات شخصیت (روسی^۵ و همکاران، ۲۰۰۰)، نیز توصیفات تجربی انواع فرعی اسکیزوتایپی در اختلال وسواس فکری-عملی (سوبین^۶ و همکاران، ۲۰۰۰)، احتمال وجود طیف اضطراب-روان گسستگی^۷ را مطرح می‌کند (پالانتی^۸، ۲۰۰۰). اختلال وسواس فکری-عملی و طیف اسکیزوفرنیا در طول ابعاد اسکیزوتایپی به هم مرتبط می‌شوند (محمدزاده و اسکندری، ۱۳۸۸).

با اینکه به رابطه اختلال وسواس فکری-عملی با صفات اسکیزوتایپی در پژوهش‌های زیادی اشاره شده است و صفات شخصیت اسکیزوتایپی یکی از وضعیت‌های روانی همبندی است که در OCD زیاد دیده می‌شود (پویوروسکی و کوران^۹، ۲۰۰۵)، ولی اندک است پژوهش‌هایی که اثر شخصیت اسکیزوتایپی را در پیامد درمانی OCD بررسی کرده باشند. در اولین مطالعه‌ای که جنیک^{۱۰} و همکاران (۱۹۸۶) انجام دادند، شخصیت اسکیزوتایپی با افزایش پیامد درمانی منفی در OCD مرتبط شناخته شد. در حالیکه این یافته را پژوهش‌های دیگر هم تأیید کردند، اما محققان در یافتن رابطه بین پاسخ درمانی و اختلال شخصیت به طور اعم موفق نشده‌اند یا اهمیت اختلال شخصیتی دیگر غیر از اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را برجسته کرده‌اند (موریتز و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه دریزن^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۷)، شخصیت اسکیزوتایپی گرایش به داشتن رابطه با پیامد درمانی ضعیف در OCD داشت، با وجود این،

1. Magical thinking
2. Thought Action Fusion
3. Tolin
4. Einstein & Menzies
5. Rossi
6. Sobin
7. anxiety-psychosis spectrum
8. Palanti
9. Poyurovsky & Koran
10. Jenike
11. Dressen

رابطه معنی دار نبود. فریک^۱ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده اند که اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی و منفعل پرخاشگر^۲ با پیامد درمانی منفی رابطه دارند، در حالی که صفات شخصیتی دیگر با پیامد درمانی رابطه ندارند. موریتز و همکاران (۲۰۰۴) گروهی از بیماران مبتلا به OCD را تحت درمان ترکیبی شناختی رفتاری همراه با داروهای ضد افسردگی قرار دادند. در پژوهش مذکور تنها بیمارانی که در مقیاس انحراف ادراکی و مقیاس‌های فرعی سوءظن و تفکر سحرآمیز پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ)^۳ نمره بالا گرفتند، از درمان استاندارد OCD بهره‌ای نبردند. در آن پژوهش، نشانه‌های منفی اسکیزوتایپی (گرایش‌های اسکیزوتایپی^۴ و سازمان نایافتگی)، پاسخ دهندگان به درمان را از غیر پاسخ دهندگان تفکیک نمی‌کردند. با این که در پژوهش مذکور، نمونه‌ها دارای اختلالات دیگری به جز OCD (مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دیگر) هم بودند و همچنین تفکیک نکردن مناسب گروه‌های درمان شناختی رفتاری از دارو درمانی، نتایج کلی پژوهش نشان داد شخصیت اسکیزوتایپی به خودی خود با پیامد درمانی منفی OCD رابطه ندارد، بلکه انواع فرعی آن (که به نشانه‌های مثبت اسکیزوتایپی اشاره دارد) است که شکست درمانی را پیش‌بینی می‌کند.

با توجه به شباهت ساختاری بین اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی از یک طرف و همایندی آنها و نیز بعضاً وجود نوع اسکیزوتایپی OCD، این شباهت‌ها و همایندی‌ها تلویحات اساسی برای درمان دارند. از نقطه نظر درمانی اختلالات محور II نسبت به درمان مقاوم هستند و وجود رگه‌های شخصیتی محور II در اختلالات بالینی محور I درمان اختلال بالینی را با مشکل مواجه می‌کند چرا که بینش نسبت به اختلال که در انگیزش بیمار برای درمان نقش اساسی بازی می‌کند، در حالت همپوشی محور I و II تضعیف می‌شود. در همین راستا بحث شده است که الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی در OCD میزان مؤفقیت درمانی را کاهش می‌دهد، اما در مجموع، اگرچه شواهدی برای این ادعا وجود دارد که شخصیت اسکیزوتایپی شاخص پیش‌بینی پیامد درمانی منفی در OCD است، اما این شواهد محدود هستند. با این که در متون روان‌شناسی مرضی به رابطه OCD و اسکیزوفرنیا اشاره

-
1. Fricke
 2. passive aggressive
 3. Schizotypal Personality Questionnaire
 4. Schizoid

شده، ولی بررسی دقیق و شناسایی خصیصه‌های مشترک اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی و تلویحات درمانی این رابطه موضوعی در حال رشد است. در بیان مسأله اصلی پژوهش حاضر، شاید مهم ترین ایرادی که به پژوهش‌های قبلی وارد شده، این است که آنها فرض کرده اند که شخصیت اسکیزوتایپی سازه‌ای تک بعدی و همگن است. تحلیل‌های عاملی مکرراً عوامل مثبت و منفی اسکیزوتایپی را آشکار کرده اند (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۶). یک رویکرد دو بعدی (حضور یا فقدان حضور شخصیت اسکیزوتایپی) می‌تواند رابطه بین نشانه‌های اسکیزوتایپی و پیامد درمانی OCD را مغشوش کند. بلکه از آنجایی که اسکیزوتایپی سازه‌ای چند بعدی است بنابراین، تأثیر ابعاد مثبت و منفی باید در نظر گرفته شود. سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا نشانه شناسی مثبت و منفی صفات شخصیت اسکیزوتایپی بر میزان بهره مندی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی از درمان شناختی- رفتاری تأثیرات متفاوتی دارند؟ بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی آزمایشی یکی از علل پیش آگهی ضعیف اختلال وسواس فکری- عملی یعنی تأثیر همبندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی با توجه به نشانه شناسی مثبت و منفی در درمان شناختی- رفتاری بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. تأثیر درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی خالص تفاوت معناداری دارد.
۲. تأثیر درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی خالص تفاوت معناداری دارد.
۳. تأثیر درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی تفاوت معناداری دارد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی است که در آن تدابیر آزمایشی (طرح

درمان به عنوان متغیر مستقل) درباره گروه‌ها (آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با و بدون الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی) اجرا شد و آنگاه اثر آن بر روی گروه‌ها (کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی به عنوان متغیر وابسته) بررسی شد.

جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران را (اعم از مؤنث یا مذکر) شامل بود که در سال ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به مراکز درمانی موجود در شهر تبریز مراجعه کرده و تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، دریافت کرده بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس بود، و افرادی را شامل می‌شد که یا در فاصله سال‌های ۸۶ تا ۸۷ به مطب خصوصی محقق مراجعه کرده بودند یا در این فاصله متخصصان دیگر آنها را به محقق ارجاع داده بودند. حجم نمونه پژوهش ۳۰ نفر دارای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی بود که با استفاده از مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA) و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی فرم کوتاه (SPQ-B) در ۳ گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. گروه‌ها عبارت بودند از «وسواس فکری- عملی خالص»، «وسواس فکری- عملی همراه با علائم مثبت اسکیزوتایپی» و «وسواس فکری- عملی همراه با علائم منفی اسکیزوتایپی». برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که پس از مراجعه به مراکز مربوطه، بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی به روان‌شناس بالینی (محقق) ارجاع داده شدند. ابتدا بیماران از لحاظ ملاک‌های محدود کننده (این ملاک‌ها در ادامه ذکر شده‌اند) مصاحبه شدند. در صورت دارا بودن ملاک‌ها، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV¹ با بیماران مصاحبه به عمل آمد و در صورت تأیید تشخیص از بیماران خواسته شد به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. گروه آزمایشی وسواس فکری- عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی بر اساس نمراتی انتخاب شدند که در مقیاس‌های فرعی «تجارب ادراکی غیرمعمول» و «تفکر سحرآمیز» مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA) کسب کردند و گروه آزمایشی وسواس فکری- عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی هم بر اساس نمراتی انتخاب شدند که در مقیاس‌های فرعی «نقایص بین فردی» و «سازمان نیافتگی»

1. Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis 1 Disorders (SCID-1)

پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه (SPQ-B) به دست آوردند. گروه کنترل (سواس فکری - عملی خالص) نیز از میان مراجعه کنندگان به مراکز مذکور انتخاب شدند. ملاک‌های خروج^۱ و شمول^۲ که در انتخاب گروه‌ها اعمال شد، بدین صورت بود: گروه‌ها نباید به افسردگی و اضطراب شدید مبتلا باشند، فقدان اختلالات جسمانی اساسی، گروه‌ها نباید سابقه دریافت درمان‌های روان‌شناختی را برای اختلال و سواس فکری - عملی داشته باشند، گروه‌ها به غیر از اختلال و سواس فکری - عملی با ویژگی‌های اسکیزوتایپی، به طور همزمان تشخیص اختلال روانی دیگری نداشته باشد، گروه‌ها باید حداقل تا کلاس سوم راهنمایی سواد داشته باشند، گروه‌ها داوطلبانه وارد پژوهش شده باشند.

ابزارهای پژوهش

الف) مقیاس و سواس فکری - عملی ییل - براون (Y-BOCS): این مقیاس با هدف فراهم کردن یک ابزار پژوهشی ایجاد شده، در عین حال سودمندی بالینی آن نیز به اثبات رسیده است (گودمن^۳ و همکاران، ۱۹۸۹). Y-BOCS ۱۰ ماده اصلی و ۱۱ ماده بررسی پذیر را شامل است. ماده‌های اصلی، ۵ پارامتر مهم و سواس‌های فکری (ماده‌های ۱ تا ۵) و ۵ پارامتر مهم و سواس‌های عملی (ماده‌های ۶ تا ۱۰) را جداگانه ارزیابی می‌کند. نحوه اجرا و نمره‌گذاری بدین صورت است که پس از کامل کردن فهرست و ارسی نشانه‌ای مقیاس و سواس فکری - عملی، درمانگر ۱۰ ماده‌ای مقیاس و سواس فکری - عملی ییل براون (فرم ب) را برای رتبه‌بندی و سواس‌ها بر روی پیوستاری از ۰ تا ۴ و بر اساس عامل‌های مدت زمان، تداخل، پریشان‌کنندگی، مقاومت و میزان کنترل اعمال شده روی و سواس‌ها به کار می‌برد تا شدت نشانه‌ها را تعیین کند. این مقیاس وضعیت‌ها را بر پایه مقیاس ۵ ماده‌ای از نوع لیکرت می‌سنجد. میزان ضریب آلفای آن در فرهنگ اصلی ۰/۹۱ گزارش شده است و روایی همزمان و پایایی بازآزمایی مناسبی هم برای آن گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). در ایران، آزاد و همکاران، (۱۳۸۲) ضریب پایایی خرده‌آزمون‌های و سواس فکری و عملی را به

-
1. Exclusive
 2. Inclusive
 3. Goodman

ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

ب) مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA): این مقیاس به منظور سنجش الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی ساخته شده و عمدتاً نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجد. STA ۳۷ ماده را شامل است که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل دارد: عامل‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سؤزن پارانوئید/اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز. جکسون و کلاریج^۱ (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STA، ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز^۲ و همکاران (۲۰۰۱) ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۵ را برای STA گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STA با مقیاس روان رنجورخویی پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی ۰/۶۱ گزارش شده است (راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱). هنجاریابی و خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس را در ایران، محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) انجام داده‌اند و روایی همزمان این مقیاس و عامل‌های آن با مقیاس روان رنجورخویی فرم تجدید نظرشده پرسشنامه شخصیتی آیزنک EPQ-R به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۰، ۰/۵۵ و ۰/۶۹ گزارش شده است، ضمن این که STA از روایی عاملی و افتراقی مطلوبی هم برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی STA در فاصله ۴ هفته‌ای کل مقیاس ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سؤزن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ محاسبه شد.

ج) پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه (SPQ-B): این پرسشنامه به منظور سنجش الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی ساخته شده و نشانه‌شناسی مثبت و منفی اسکیزوتایپی را می‌سنجد. پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی - فرم کوتاه ۲۲ ماده دارد و رایین و بنیشای^۳ (۱۹۹۵) آن را ساخته‌اند و نسخه کوتاه شده پرسشنامه ۷۴ سؤالی است. SPQ-B به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این ابزار سه مقیاس فرعی دارد (ادراکی - شناختی، بین فردی و سازمان نایافتگی). همسانی درونی این مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ (میانگین ۰/۷۶) قرار دارند. پایایی بازآزمایی

-
1. Jacson & Claridge
 2. Rawlings
 3. Raine & Benishay

دو ماهه آن ضرابی بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ (میانگین ۰/۹۰) است. روایی ملاکی آن به وسیله همبستگی آن با ابزارهای بالینی شخصیت اسکیزوتایپی روایی بالایی نشان داده است. این ضرایب برای کل مقیاس ۰/۶۶، عامل ادراکی - شناختی ۰/۷۳ و عامل بین فردی ۰/۶۳ است، ولی روایی ملاکی عامل آشفتگی، پایین است (۰/۳۶) (راین و بنیشای، ۱۹۹۵). اعتبارسنجی این ابزار را در ایران محمدزاده (۲۰۰۷) انجام داده است و روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی ۰/۷۵ گزارش شده است، همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته‌ای کل مقیاس SPQ-B ۰/۹۴ و برای عامل‌های نقایص ادراکی - شناختی، نقایص بین فردی و آشفتگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. بر اساس نتایج حاصله، مقدار ضریب آلفا برای کل SPQ-B ۰/۸۳ و برای عامل‌های نقایص ادراکی - شناختی ۰/۶۶، نقایص بین فردی ۰/۷۰ و آشفتگی ۰/۶۸ است.

د) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-1): این ابزار یک نوع مصاحبه ساختاریافته است که فرست^۱ و همکاران، (۱۹۹۷) آن را به منظور سنجش اختلال‌های روانی محور I در DSM-IV ساخته‌اند و یک ابزار جامع استاندارد شده بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. این ابزار دو نسخه دارد، نسخه بالینی که بیشتر تشخیص اختلالات را شامل می‌شود و نسخه پژوهشی که کامل تر و طولانی تر است و کلیه تشخیص‌ها و زیر نوع‌های تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را شامل می‌شود. در این مطالعه از نسخه بالینی استفاده شد. در ایران شریفی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار این ابزار را در تشخیص اختلالات روانی محور I تأیید کرده‌اند. بر این اساس، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها متوسط تا خوب بود (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

فرایند اجرای پژوهش

پس از انتخاب آزمودنی‌ها، مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون (Y-BOCS) (با همکاری محقق) به صورت پیش‌آزمون به منظور ارزیابی عینی وضعیت آزمودنی‌ها در میان

آنها اجرا شد. هر سه گروه در معرض جلسات درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. در پایان، هر سه گروه مجدداً در مرحله پس آزمون از لحاظ میزان کاهش علائم به وسیله مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون (Y-BOCS) ارزیابی شدند. در تکمیل همزمان پرسشنامه‌ها ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها نخست برخی مقیاس‌ها و نیمی دیگر نخست دیگر مقیاس‌ها را تکمیل کنند تا بدین وسیله اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شود. همچنین با توجه به زیاد بودن تعداد پرسشنامه‌ها و برای جلوگیری از مغشوش شدن یافته‌ها به خاطر خستگی و بی‌حوصلگی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها با فواصل زمانی متناسب برای هر آزمودنی اجرا شد. روش درمانی پژوهش حاضر عبارت بود از درمان شناختی- رفتاری اختصاصی برای اختلال وسواس فکری- عملی که متناسب با محتوای افکار و آیین‌های ناهمگن بیماران تعدیل شد. فن درمانی در جلسات ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای، به مدت ۱۲ جلسه هفتگی و عموماً بر اساس بسته درمانی اجرا شد که لپی و هولاند^۱ (۲۰۰۰) آن را پیشنهاد کرده بودند. رئوس کلی طرح درمان به شرح ذیل بود:

جلسات ۱-۲

سنجش (ارزیابی بالینی اولیه از وسواس‌های فکری و عملی، سنجش اختلال در عملکرد اجتماعی، آموزشی و شغلی، سنجش حمایت‌های اجتماعی و درگیر کردن اعضای خانواده در فرایند درمان، اجرای پرسشنامه‌های مربوط به پیش آزمون) اجتماعی شدن برای درمان^۲ (آگاه کردن مراجع از تشخیص، آموزش مراجع درباره گزینه‌های درمان، از جمله دارو درمانی، بحث درباره ماهیت، علل، نشانه‌ها و فرایند درمان اختلال وسواس فکری- عملی و نیز ارائه جزوه‌های مربوط به اختلال و درمان شناختی رفتاری آن) تکلیف (موظف کردن مراجع به مطالعه کتاب‌های خودآموز وسواس، موظف کردن مراجع به نوشتن اهداف درمان).

جلسات ۳-۴

سنجش (ارزیابی تکالیف خانگی، ارزیابی اضطراب و افسردگی، ارزیابی انگیزه درمانی) اجتماعی شدن برای درمان (بحث درباره مفهوم سازی شناختی- رفتاری اختلال وسواس

1. Leahy & Holland
2. Socialization to treatment

فکری- عملی و شرح و توضیح درمان شناختی- رفتاری، آموزش مراجع درباره نتایج درمان، ایجاد انگیزه برای درمان در صورت لزوم) مداخلات رفتاری (آموزش آرمیدگی)، تکالیف خانگی (موظف کردن مراجع به فهرست بندی مزایا و معایب فرایند درمان، موظف کردن مراجع به تلاش برای ترک کامل آیین‌ها و وسواس‌های فکری، طرح‌ریزی تمرین آرمیدگی).

جلسات ۵-۶

سنجش (همانند جلسات ۳-۴) اجتماعی شدن برای درمان (اخذ تعهد از مراجع برای تداوم درمان، در صورت نیاز آموزش اعضاء خانواده درباره اختلال و نقش آنها در درمان) مداخلات رفتاری (آموزش آرمیدگی، کمک به مراجع در تنظیم سلسله مراتب وسواس‌های فکری و موقعیت‌های اجتنابی، طرح ریزی جلسات اولیه مواجهه، آموزش فن جلوگیری از پاسخ به تعویق انداختن کند ساختن و تغییر آیین‌ها) مداخلات شناختی (آموزش مراجع در رابطه با افکار مزاحم به عنوان پدیده‌ای طبیعی، کمک به مراجع برای ابداع تجربه‌های رفتاری) تکالیف خانگی (موظف کردن مراجع به تداوم ترک آیین‌ها و وسواس‌های فکری، تمرین آرمیدگی، موظف کردن مراجع به هدایت تجربه‌های رفتاری، موظف کردن مراجع به تمرین وقفه ایجاد کردن در آیین‌های وسواسی).

جلسات ۷-۱۱

سنجش (همانند جلسات ۳-۴) مداخلات رفتاری (تکمیل مواجهه با سلسله مراتب وسواس‌ها، شروع مواجهه با سلسله مراتب موقعیت‌های اجتنابی، نظارت بر هر گونه اجتناب از تکالیف مواجهه، تداوم کمک به مراجع برای متوقف کردن آیین‌های وسواسی، بررسی هرگونه عود اختلال در انجام جلوگیری از پاسخ) مداخلات شناختی (بررسی و چالش با هر تفکری که مرتبط با اجتناب از مواجهه باشد، بررسی و چالش با هر تفکری که مرتبط با عود آیین‌های وسواسی باشد، کمک به مراجع در ارزیابی مزایا و معایب آیین‌های وسواسی، چالش با افکار، فرضیات و طرحواره‌های خودکار مرتبط با خطر و مسئولیت پذیری) تکالیف خانگی (موظف کردن مراجع به تداوم ترک آیین‌ها و وسواس‌های فکری، واداشتن مراجع به ثبت افکار خودکار مرتبط با هرگونه عود، موظف کردن مراجع به ادامه تکرار روزانه مواجهه،

موظف کردن مراجع به ادامه تمرین آرمیدگی).

جلسه ۱۲

سنجش (همانند جلسات ۳-۴، ارزیابی و عنوان کردن هر گونه علائم باقیمانده اختلال، ارزیابی هرگونه مشکل در زندگی در ارتباط با اختلال و سواس فکری- عملی یا پیشرفت اختلال) پیشگیری از عود (آموزش مراجع درباره احتمال نشانه‌های باقیمانده اختلال و استفاده از عود به عنوان فرصتی برای تمرین مهارت‌های کسب شده، ارزیابی فشارزاهای احتمالی آینده، بررسی مهارت‌های مقابله‌ای و بحث درباره راهبردهای مؤثر در مواجهه با فشارزاهای آینده، مطرح کردن مشکلات کنونی زندگی، درخواست کردن از مراجع مبنی بر آماده کردن فهرستی از مهارت‌های یاد گرفته شده در درمان) تکالیف خانگی (واداشتن مراجع به تکلیف مواجهه خود ساخته، تشویق مراجع به ادامه تمرین تمام مهارت‌های فرا گرفته شده) اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های پژوهش در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های پژوهش

مشخصات	سن	جنس		فروانی
		مذکر	مونث	
گروه و سواس	میانگین سنی	میانگین سنی	درصد	تعداد
خالص	۲۵/۵۰	۲۶	۷۰	۱۰
اسکیزوتایپی مثبت	۲۴/۳۰	۲۴	۶۰	۱۰
اسکیزوتایپی منفی	۲۷	۲۷/۶۶	۴۰	۱۰
کل نمونه	۲۵/۶۰	۲۶/۱۵	۵۷/۷	۳۰

میانگین و انحراف معیار نمرات وسواس سه گروه از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت، همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی و خالص در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسواس سه گروه

پس آزمون		پیش آزمون		شاخص گروه وسواس
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۴/۶۴	۱۳/۷۰	۶/۳۸	۲۴/۶۰	خالص
۵/۱۵	۲۱/۸۰	۵/۶۲	۲۳/۴۰	با اسکیزوتایپی مثبت
۴/۶۴	۱۳/۷۰	۶/۳۸	۲۴/۶۰	با اسکیزوتایپی منفی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس، پیش فرض همگنی واریانس‌ها به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بررسی شد. نتایج آزمون لوین نشان داد پیش فرض تساوی واریانس‌ها در مرحله پس آزمون تأیید نشده است ($F=۱۰/۵۶$)، ولی به دلیل معیار بودن ابزار به کار برده شده و نیز برابر بودن تعداد آزمودنی‌های دو گروه، استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلا مانع است. علاوه بر آزمون لوین، مهمترین مفروضه‌های استفاده از تحلیل کواریانس یعنی کنترل خطی بودن رابطه بین پیش آزمون (به عنوان متغیر همراه) و پس آزمون (به عنوان متغیر وابسته) و همگنی ضرایب رگرسیون انجام شد. در کنترل خطی بودن، نمودار پراکنش و خط برازش برای متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون حاکی از رابطه خطی بین دو متغیر مذکور بود. همگنی ضرایب رگرسیون نیز به صورت آماری به این منظور بررسی شد که تعاملی بین مداخله و متغیر هم تغییر وجود دارد، که نتایج آن نشان داد بین متغیرهای گروه و پیش آزمون تعامل وجود ندارد ($F=۲/۵۱$)، لذا تخطی از همگنی ضرایب رگرسیون به منظور استفاده از تحلیل کواریانس وجود ندارد. در ادامه به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس یک راهه همراه با آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم
وسواس فکری- عملی در پس آزمون

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۷۳۰/۲۷	۱	۷۳۰/۲۷	۲۵/۹۸	۰/۰۰۵	۰/۵۰	۰/۹۹
گروه	۳۵۲/۳۶	۲	۱۷۶/۱۸	۶/۲۷	۰/۰۰۶	۰/۳۲	۰/۸۵
خطا	۷۳۰/۶۲	۲۶	۲۸/۱				
کل	۱۶۲۴/۳	۲۹					

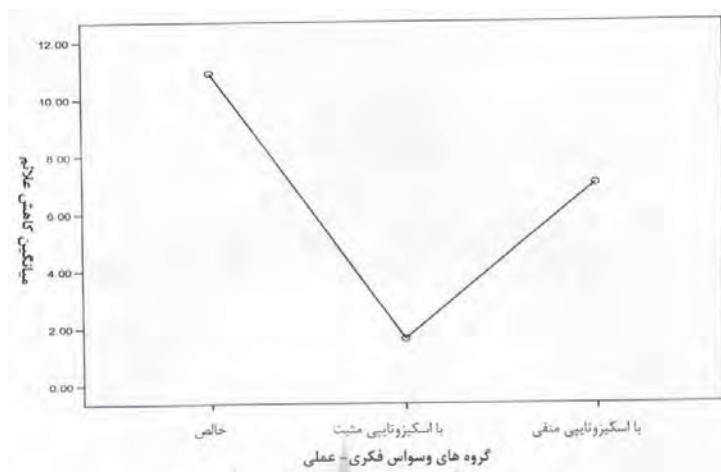
نتایج جدول فوق حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده در بین میانگین نمرات باقی مانده وسواس فکری - عملی سه گروه معنادار است ($F=۶/۲۷, p=۰/۰۰۶$). مجذور اتا میزان تفاوت در بهره مندی از درمان شناختی رفتاری را ۳۲ درصد نشان می‌دهد. در ادامه و به منظور مقایسه‌های زوجی برای بررسی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جدول ۴ یافته‌های این بخش از پژوهش را خلاصه کرده است. نتایج به دست آمده نشان داد که بین جفت گروه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با اسکیزوتایپی مثبت - خالص اختلاف میانگین به دست آمده معنادار است و بین جفت گروه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با اسکیزوتایپی منفی - خالص و اسکیزوتایپی مثبت- منفی تفاوتی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها

گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار
خالص	۸/۶*	۲/۴۴
با اسکیزوتایپی مثبت	۵/۷	۲/۳۷
اسکیزوتایپی منفی	۳/۵۳	۲/۴۰

* تفاوت در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است.

نمودار ۱ میزان کاهش نمرات پیش آزمون بر اثر درمان شناختی رفتاری را نشان می‌دهد. بر طبق این نمودار، همبندی نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی به ترتیب به بیشترین میزان افت در پیامد درمانی منجر می‌شوند.



نمودار ۱: مقایسه سه گروه پژوهش در کاهش علائم وسواس فکری- عملی

بحث و نتیجه گیری

حضور شخصیت اسکیزوتایپی در اختلال وسواس فکری- عملی توجه محققان را به خود جلب کرده است. میزان شیوع شخصیت اسکیزوتایپی در اختلال وسواس فکری- عملی در پژوهش‌های مختلف متغیر بوده و دامنه‌ای از کمترین میزان یعنی ۵ درصد تا بالاترین میزان یعنی ۳۲ درصد را شامل می‌شود (بیر^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). به نظر می‌رسد که همانندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی تضعیف پیامد درمانی را موجب شود، گرچه در ادبیات پژوهشی درباره این ادعا اتفاق نظری وجود ندارد. به‌رغم پیشرفت‌های جالب توجه در درمان دارویی و شناختی- رفتاری اختلال وسواس فکری- عملی، در بررسی پیامد درمانی این اختلال و مقایسه آن با دیگر اختلالات اضطرابی مشاهده می‌شود که بحث راجع به بهبودی مورد انتظار در این بیماران چالش‌انگیز است (موریتز و همکاران، ۲۰۰۴) و به ویژه گروه‌هایی از آنها به درمان‌های رایج پاسخ درمانی ضعیفی می‌دهند. گفته شده است که درباره اختلال وسواس فکری- عملی پیش‌آگهی ضعیف‌تر با وجود همزمان اختلال افسردگی اساسی، باورهای هذیانی^۲،

1. Bear
2. Delusional belief

عقاید بیش بها داده شده^۱، وجود همزمان یک اختلال شخصیت به ویژه اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، تسلیم شدن به اعمال و سواسی تا مقاومت در برابر آن، شروع در دوران کودکی، اعمال و سواسی غیرعادی و نیاز به بستری شدن رابطه دارد (سادوک^۲ و سادوک، ۱۳۸۶). پژوهش حاضر به بررسی آزمایشی یکی از علل پیش آگهی ضعیف اختلال و سواس فکری- عملی یعنی تأثیر همابندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی (با توجه به رویکرد دو بعدی نسبت به شخصیت اسکیزوتایپی یعنی نشانه شناسی مثبت و منفی) در درمان شناختی- رفتاری اقدام کرد و در این راستا ضمن اجتناب از رویکرد تک مقوله‌ای به شخصیت اسکیزوتایپی، رویکرد دو بعدی نسبت به شخصیت اسکیزوتایپی یعنی نشانه شناسی مثبت و منفی آن محور فرضیه‌های پژوهش قرار گرفت.

به طور کلی، نتایج حاصل از این پژوهش، توانسته است تعدادی از یافته‌های قبلی در درمان اختلال و سواس فکری- عملی را تکرار کند. اولاً: یافته‌های این پژوهش، همسو با پژوهش‌های انجام شده (جنیک و همکاران، ۱۹۸۶؛ موریتز و همکاران، ۲۰۰۴؛ فریک و همکاران، ۲۰۰۶) از اثر تضعیف‌کننده شخصیت اسکیزوتایپی در درمان اختلال و سواس فکری- عملی حمایت می‌کند. دوماً: نتایج به دست آمده در این پژوهش، حاکی از این است که به طور کلی، نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیرات متفاوتی بر پیامد درمانی اختلال و سواس فکری- عملی دارند.

در ارتباط با فرضیه اول، پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی خالص بهره کمتری از درمان شناختی رفتاری می‌برند و همابندی نشانه شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی با پیش آگهی ضعیف درمانی رابطه دارد. در این پژوهش، نشانه شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی شامل دو مؤلفه بود: تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحر آمیز. مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی، اختلال حسی بدنی، تجارب شبه توهمی، عقاید انتساب (شبه هذیانی) را شامل می‌شود. بر طبق

-
1. Over valued ideas
 2. Sadock

مفروضه‌های الگوی تنیدگی - آسیب پذیری^۱ و پیوستاری بین صفات اسکیزوتایپی و روان گسستگی اسکیزوفرنیا، این علائم به عنوان شکل خفیف و غیربالینی اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (محمدزاده، ۱۳۸۷؛ محمدزاده و برجعلی، ۱۳۸۷). بنابراین، حضور علائم مرتبط با مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی می‌تواند به حرکت تدریجی نشانه‌های روان آزدگی و سواس فکری - عملی به سمت روان گسستگی اسکیزوفرنیا منجر شود و از این طریق به پیش آگهی ضعیف اختلال و سواس فکری - عملی منجر شود. به عبارتی، صفات شخصیت اسکیزوتایپی به طور اعم و مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی به طور اخص می‌توانند به عنوان حلقه اتصال و سواس فکری - عملی و اسکیزوفرنیا تلقی شوند. این احتمال توسط برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (مثلاً محمدزاده و اسکندری، ۱۳۸۸). تفکر سحرآمیز که برخی از نشانگان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مانند اعتقاد به خرافات، عقاید انتساب، اشتغال‌های ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند، یکی از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت همجوشی فکر - عمل (TAF) نشان می‌دهد (تولین و همکاران، ۲۰۰۱؛ انشتین و منزیس، ۲۰۰۴؛ لی و همکاران، ۲۰۰۵). در تبیین فقدان بهره مندی بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی از درمان شناختی رفتاری امکان دارد یک احتمال این باشد که عامل تفکر سحرآمیز اسکیزوتایپی در این بیماران ممکن است فرد را در معرض خطر بیشتر برای ایجاد سوگیری شناختی همجوشی فکر - عمل از نوع احتمال (این باور که داشتن افکار نامقبول و آشفته احتمال به وقوع پیوستن آنها در واقعیت را افزایش می‌دهد) قرار دهد و از این طریق به تقویت و تشدید و سواس‌های فکری منجر شود و از طریق تشدید علائم فقدان پاسخ دهی به درمان را باعث شود. از آنجایی که بین عامل تفکر سحرآمیز و علائم OCD رابطه مثبتی وجود دارد (لی و همکاران، ۲۰۰۵) این احتمال موجه به نظر می‌رسد.

در ارتباط با فرضیه دوم، پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری - عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال

وسواس فکری - عملی خالص بهره‌برابری از درمان شناختی رفتاری می‌برند و همبندی نشانه‌شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی با پیش‌آگهی ضعیف درمانی رابطه ندارد. در این پژوهش، نشانه‌شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی دو مؤلفه را شامل بود: نقایص میان فردی^۱ و سازمان‌نیافتگی. نقایص میان فردی به ماده‌های اضطراب اجتماعی مفرط، فقدان دوستان صمیمی، عاطفه محدود و سؤطن شخصیت اسکیزوتایپی مربوط می‌شوند و سازمان‌نیافتگی بخشی از نشانه‌های منفی شخصیت اسکیزوتایپی از قبیل محدودیت تکلمی را شامل می‌شود. نتایج این بخش از پژوهش نشان داد نشانه‌شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیری در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری - عملی ندارد. این یافته به نوعی چند بعدی بودن شخصیت اسکیزوتایپی را نیز تأیید می‌کند و شاید همین چند بعدی بودن شخصیت اسکیزوتایپی برخی از تناقض‌های موجود در ادبیات پژوهشی مربوط به تأثیر شخصیت اسکیزوتایپی را در درمان اختلال وسواس فکری - عملی توجیه کند. احتمالاً مطالعاتی که نشان داده‌اند شخصیت اسکیزوتایپی تأثیری در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری - عملی ندارد (مثلاً دریزن و همکاران، ۱۹۹۷) بیشتر علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی را سنجیده‌اند تا علائم مثبت و بین دو بعد شخصیت اسکیزوتایپی تمایزی قائل نشده‌اند.

در ارتباط با فرضیه سوم، یافته‌های این بخش از پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی بهره‌ کمتری از درمان شناختی رفتاری می‌برند، اگرچه این تفاوت معنادار نیست، و همبندی نشانه‌شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی با پیش‌آگهی ضعیف درمانی رابطه دارد در حالی که همبندی نشانه‌شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیر معناداری در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری - عملی ندارد. یافته‌های مربوط به این بخش از پژوهش در پرتو یافته‌های فرضیه‌های اول و دوم وضوح بیشتری می‌یابد و به نوعی تأیید کننده لزوم تمایز بین نشانه‌شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی در مطالعات مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف درمانی اختلال وسواس فکری - عملی است و با پژوهش موریتز و همکاران (۲۰۰۴) همسو است.

1. Interpersonal deficits

یافته‌های حاصل از این پژوهش، در درجه اول می‌تواند در راه گسترش دانش پایه در زمینه اختلال وسواس فکری- عملی و ارتباط آن با اختلالات طیف اسکیزوفرنیا گامی بردارد و در واقع، راه را برای دیگر علاقمندان به این زمینه پژوهشی باز کند. هم چنین، توجه به بحث همایندی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی در ارتباط با بیماران وسواس فکری- عملی می‌تواند متخصصان و صاحب‌نظران مربوطه را نسبت به وضعیت این دسته از بیماران آگاه تر کرده و باعث شود، آنها بتوانند با ذهنی روشن تر با این اختلال برخورد کنند. با توجه به اینکه نشانه‌های مثبت شخصیت اسکیزوتایپی با پیامد درمانی ضعیف در اختلال وسواس فکری- عملی رابطه دارد و به عدم بهره مندی کافی این بیماران از درمان‌های شناختی رفتاری منجر می‌شود، و از آنجایی که گزارش شده که دوزهای پایین داروهای نورولپتیک آتپیک در درمان نشانه‌های مثبت شخصیت اسکیزوتایپی تأثیر دارد (مثلاً کوکارو^۱، ۱۹۹۸)، پیشنهاد می‌شود متخصصان درمان‌های ترکیبی شناختی رفتاری و دارویی نورولپتیک را در گروه‌های وسواس فکری- عملی همراه با نشانه‌های مثبت شخصیت اسکیزوتایپی مد نظر قرار دهند.

پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌ها همراه بود که باید تأثیر آنها در تفسیر یافته‌ها مد نظر قرار گیرد. در پژوهش حاضر امکان گنجانیدن مرحله پیگیری در طرح پژوهشی میسر نشد و به دلیل داشتن عود پذیری بالای اختلال وسواس فکری- عملی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی یافته‌های حاصل از این پژوهش را در مرحله پیگیری بررسی کنند. بنابراین، جنسیت عنصری مهم است که در پژوهش‌های مربوط به اسکیزوتایپی باید در نظر گرفته شود. چرا که این متغیر می‌تواند پاسخ‌های افراد به مقیاس‌های اسکیزوتایپی را تحت تأثیر قرار دهد (فوساتی^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر به دلیل برخی محدودیت‌های عملی، امکان مقایسه پیامد درمانی با توجه به گروه‌های جنسیتی متفاوت فراهم نشد. پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر در گروه‌های جنسیتی بررسی شود تا تأثیر تعاملی احتمالی جنسیت در پیامد درمانی وسواس‌های فکری- عملی همایند با الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی نیز معلوم شود. در پژوهش حاضر امکان کنترل آسیب‌های عصب روان شناختی و بررسی تعامل آن با صفات اسکیزوتایپی میسر نشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با کنترل متغیر مذکور

-
1. Coccaro
 2. Fossati

وضوح بیشتری به سهم هر یک از متغیرهای آسیب‌های عصب روان‌شناختی و صفات اسکیزوتایپی در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری- عملی ببخشند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر کمبود نمونه‌ها در گروه‌ها بود که از ماهیت نمونه پژوهش ناشی بود چرا که با توجه به شیوع کمتر، امکان دسترسی بیشتر به بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، همراه با ویژگی‌های شخصیت اسکیزوتایپی وجود نداشت و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی سعی در برطرف کردن این محدودیت برآیند.



منابع

- آزاد، حسین؛ علی دلاور و سیدحمید آتش پور، (۱۳۸۲). مقایسه شیوه‌های رفتار درمانی و دارو درمانی در کاهش علائم وسواس فکری و عملی و میزان بهبود مراجعه کنندگان به مراکز درمانی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، شماره هفدهم، صص ۷۶-۵۷.
- سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک، (۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، جلد ۲، تهران، شهراب.
- شریفی، ونداد؛ سیدمحمد اسعدی؛ محمدرضا محمدی؛ همایون امینی؛ حسین کاویانی؛ یوسف سمنازی؛ امیر شعبانی؛ زهرا شهریور؛ رزیتا داوری آشتیانی؛ میترا حکیم شوشتری؛ ارشیا صدیق و محسن جلالی رودسری، (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV، (DCID). تازه‌های علوم شناختی، سال ۶، شماره ۱ و ۲، صص ۱۰-۲۲.
- محمدزاده، علی، (۱۳۸۷). رابطه بین تحصیلات والدین، جمعیت خانواده، تاهل، سن و ترتیب تولد با الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، سال سوم، شماره ۱۱، صص ۷۵-۶۱.
- محمدزاده، علی؛ حسین اسکندری، (۱۳۸۸). ابعاد اسکیزوتایپی: پیوستاری بین اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس بی اختیاری. روانشناسی معاصر، سال ۴، شماره ۱، پیاپی ۷، ۶۴-۷۳.
- محمدزاده، علی؛ احمد برجعلی، (۱۳۸۷). بررسی رابطه شخصیت‌های اسکیزوتایپی و مرزی در نمونه‌های غیربالینی، مطالعات روان‌شناختی، دوره ۴، شماره ۱. صص ۱۲۳-۱۳۷.
- محمدزاده، علی؛ محمدعلی گودرزی؛ سیدمحمدرضا تقوی؛ جواد ملازاده، (۱۳۸۶). بررسی ساختارعاملی، روایی، اعتبار و هنجاریابی مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی، (STA)، مجله روانشناسی، سال یازدهم، شماره ۱. صص ۲۷-۳.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd, Revised)*. Washington, DC: APA**
- Baer, L, Jenike, M. A Black, D. W Treece, C, Rosenfeld, R & Greist, J, (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with Clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-866.**

- Coccaro, E. F, (1998).** Clinical outcome of psychopharmacologic treatment of borderline and schizotypal personality disordered subjects, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 30-35.
- Dressen, L, Hoekstra, R & Arntz, A, (1997).** Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 503-521.
- Einstein, D. A & Menzies, R. G, (2004).** The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-549
- First, M, Spitzer, R, Gibbon, M & Williams, J.B, (1997).** *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Fossati, A, Raine, A, Carreta, I, Leonardi, B & Maffei, C, (2003).** The three-factor model of schizotypal personality: invariance across age and gender, *Personality and Individual Differences*, 35, 1007-1019
- Fricke, S, Moritz, S, Andresen, B, Jacobson, D, Kloss, M, Rufer, M & Hand, I, (2006).** Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study, *European Psychiatry*, 21, 319-324.
- Goodman, W. K, Price, L. H, Rasmussen, S. A, Mazure, C, Delgado, P, Heninger, G. R & Charney, D. S, (1989).** The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use, reliability, and validity, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1016.
- Jackson, M & Claridge, G, (1991).** Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ), *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 311-323.
- Jenike, M. A, Baer, L, Minichiello, W. E, Schwartz, C. E & Carey, R. J, (1986).** Concomitant obsessive- compulsive disorder and schizotypal personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Keeley, M. L, Storch, E. A, Merlo, L. J & Geffken, G. R, (2008).** Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder, *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130.
- Leahy, R. L & Holland, S. J, (2000).** *Treatment plans and interventions for depression and anxiety Disorders*, New York, Guilford.
- Lee, H. J, Cogle, J. R & Telch, M. J, (2005).** Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29- 41.
- Lee, H. J & Kwon, S. M, (2003).** Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions, *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lee, H. J & Telch, M. J, (2005).** Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features, *Anxiety Disorders*, 19, 793-805

- Mohammadzadeh, A, (2007).** The Study of Psychometric Properties of Schizotypal Personality Questionnaire-Brief (SPQ-B), *International Journal of Psychology*, 1(2), 47-61.
- Moritz, S, Fricke, S, Jacobsen, D, Kloss, M, Wein, C, Rufer, M, Katenkamp, B, Farhumand, R & Hand, I, (2004).** Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 42, 217-227.
- Pallanti, S, (2000).** The anxiety -psychosis spectrum, *CNS Spectrum*, 5, 22.
- Poyurovsky, M & Koran, L. M, (2005).** Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications, *Journal of Psychiatric Research*, 39, 399-408.
- Raine, A & Benishay, D, (1995).** The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rawlings, D, Claridge, G & Freeman, J. L, (2001).** Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB), *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Rossi, A, Marinangeli, M.G, Butti, G, Kalyvoka, A & Petruzzi, C, (2000).** Pattern of comorbidity among anxious and odd personality disorders: the case of obsessive-compulsive personality disorder, *CNS Spectrum*, 5, 23-26.
- Sobin, C, Blundell, M. L, Weiller, F, Gavigan, C, Haiman, C & Karayiorgou, M, (2000).** Evidence of schizotypy subtype in OCD, *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24.
- Tolin, D. F, Abramowitz, J. S, Kozak, M. J & Foa, E. B, (2001).** Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 501-510.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی