

## ابعاد اسکیزوتایپی: پیوستاری بین اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس فکری - عملی

## Schizotypal dimensions: continuity between schizophrenia and obsessive-compulsive disorders

Ali Mohammadzadeh, Ph.D.

Hossein Eskandari, Ph.D.

دکتر علی محمدزاده\*

دکتر حسین اسکندری\*\*

## چکیده

## Abstract

Although schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD) are distinct diagnostic entities, there are substantial areas of overlap between the two disorders in some characteristics. There are some similarities between the schizotypal personality, as a schizophrenia prodromal personality, and obsessive-compulsive disorder that is reflected in the literature. The present study explored the possibility that schizotypal patterns may be significantly related to obsessive-compulsive and schizophrenia disorders. One-hundred and two participants (two obsessive-compulsive and schizophrenia samples, each comprising 34 patients, were compared to 34 healthy controls) completed the Schizotypal Trait Questionnaire (STA) and the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief form (SPQ-B). Findings indicate that schizotypal patterns are found in schizophrenia, obsessive compulsive disorder as well as the normal group. Results are discussed in light of previous findings showing that obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia psychosis are related to each other through psychotic-like schizotypal features and patterns.

اگرچه اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس فکری - عملی مقوله‌های تشخیصی متمایزی هستند، ولی بر اساس برخی ویژگی‌ها بین دو اختلال همپوشی وجود دارد. همچنین، بین شخصیت اسکیزوتایپی به عنوان شخصیت پیش‌نشانه‌ای اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس فکری - عملی شباهت‌هایی وجود دارد که در ادبیات پژوهشی اخیر انعکاس یافته‌اند. بررسی حاضر، به منظور امکان ارتباط الگوهای اسکیزوتایپی با اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس فکری - عملی انجام گرفت. صد و دو آزمودنی (دو گروه از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال وسواس فکری - عملی به همراه گروه بهنجار، هر کدام ۳۴ نفر) با استفاده از مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA) و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه (SPQ-B)، بررسی شدند. نتایج نشان داد گروه‌های اسکیزوفرنیا، اختلال وسواس فکری - عملی و بهنجار به ترتیب بیشترین نمره را در مقیاس‌های اسکیزوتایپی کسب کرده‌اند. این یافته‌ها در راستای تحقیقات قبلی و بر اساس رابطه وسواس و اسکیزوفرنیا از طریق الگوهای شبه پسیکوزی شخصیت اسکیزوتایپی تفسیر گردید.

**Keywords:** schizotypy, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder

**واژه‌های کلیدی:** اسکیزوتایپی، اسکیزوفرنیا، اختلال وسواس فکری - عملی

افراد غیر سایکوتیک در ابعاد مختلف است (لافلند و ویلیامز<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۷؛ محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴؛ محمدزاده و کریمی، ۱۳۸۸). اسکیزوتایپی معمولاً نوعی آمادگی برای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲). همچنین، اسکیزوتایپی را می‌توان به عنوان آمادگی برای پسیکوز به طور اعم در نظر گرفت (کلاریج، مک کریری، ماسن، بنتال، بویل، اسلید و پاپل‌ول<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶). این آمادگی با آسیب‌های عصب‌شناختی، نوروبیولوژیک، روان‌پزشکی و نوروپسیکولوژیک در خویشاوندان درجه اول غیرسایکوتیک و غیراسکیزوتایپی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است (تسانگ، استون، تاربوکس و فاراوان<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲). علاوه بر این، در الگوی ابعادی کامل<sup>۱۷</sup> پسیکوز (کلاریج، ۱۹۹۷؛ به نقل از روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲)، بعد اسکیزوتایپی را می‌توان به عنوان پیوستاری در نظر گرفت که نقطه شروع آن حالت بهنجار و انتهای آن نه تنها اسکیزوفرنیا بلکه طیف‌های دیگر آسیب‌شناسی روانی همچون اختلال‌های دوقطبی<sup>۱۸</sup> و سواس فکری - عملی را نیز شامل شود. در این دیدگاه، رابطه بین سازه اسکیزوتایپی با اختلال دوقطبی و نیز اختلال سواس فکری - عملی می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره ماهیت ابعادی بودن اسکیزوتایپی ارائه دهد (روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲).

گزارش شده است که اختلال سواس فکری - عملی، از میان دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی غیرپسیکوزی، آمادگی بیشتری برای داشتن اختلال‌های شخصیتی شاخه A (عجیب و غیر عادی) دارد (بجروت، نیلاندر، لیندستورم<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱). اختلال سواس فکری - عملی، به دلیل بعضی ویژگی‌های شخصیتی، اجرایی و مغزی که دارد، ابهامات زیادی را برای محققان این حیطه به وجود آورده است؛ مثلاً با وجود اینکه این اختلال از ابتدا در طبقه اختلال‌های اضطرابی قرار گرفته است، اما تعداد زیادی از بیماران، ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنیا را نشان می‌دهند (راسموسن و تسانگ<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۶). مروری بر چندین مطالعه نشان می‌دهد که ۷ تا ۱۲ درصد بیماران مبتلا به سواس

از نقطه نظر بالینی، وجود همبندی مرضی<sup>۱</sup> بین اختلال سواس فکری - عملی (OCD)<sup>۲</sup> و طبقه A اختلالات شخصیت (روسی، مارینانگلی، بوتی، کالیوکا و پتروزی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، نیز توصیفات تجربی انواع فرعی اسکیزوتایپی<sup>۴</sup> در اختلال سواس فکری - عملی (سوبین، بلاندل، ویلر، گایگان، هایمان و کارایورگو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰)، احتمال وجود طیف اضطراب - پسیکوز<sup>۶</sup> را مطرح می‌سازد (پالاتتی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). میزان همبندی اختلال سواس فکری - عملی با اسکیزوفرنیا<sup>۸</sup> در تحقیقات مختلف بین ۷/۸ تا ۴۰/۵ درصد گزارش شده است (راجکومار، ردی و کانداول<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸). اختلال شخصیت اسکیزوتایپی هم که به لحاظ پدیدارشناسی و نوروبیولوژی شبیه اسکیزوفرنیا بوده (سیور و دیویس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴) همبندی معناداری با اختلال سواس فکری - عملی نشان داده است (پویوروسکی، فرجیان، پشینان، هیدراچ، فوکس، ویزمن و کوران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸؛ پویوروسکی و کوران، ۲۰۰۵). اختلال سواس فکری - عملی و طیف اسکیزوفرنیا در طول ابعاد اسکیزوتایپی به هم مرتبط می‌شوند. شواهد روان‌سنجی و عصب‌شناختی در حمایت از این مفهوم وجود دارد (روسی و دانلوزو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۲)؛ در واقع بیماران مبتلا به اختلال سواس فکری - عملی در پرسشنامه‌های مختلفی که برای سنجش صفات اسکیزوتایپی ساخته شده‌اند، نمرات بالایی می‌آورند. همچنین نشان داده شده که نقص‌های پردازش اطلاعات این بیماران با بیماران مبتلا به پسیکوز همانندی دارد (روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲). یافته‌های ناشی از تحقیقات ژنتیکی و شناختی مربوط به وضعیت‌های مرزی پسیکوزی (مثل اختلال شخصیت اسکیزوتایپی و اختلال شخصیت مرزی<sup>۱۳</sup>) حاکی از وجود پیوستاری رفتاری بین نشانه‌شناسی مرضی بیماران سایکوتیک و

1. comorbidity
2. Obsessive-Compulsive Disorder
3. Rossi, A., Marinangeli, M. G., Butti, G., Kalyvoka, A. & Petruzzi, C.
4. schizotypy
5. Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M.
6. anxiety-psychosis spectrum
7. Pallanti, S.
8. schizophrenia
9. Rajkumar, R. P., Reddy, J., & Kandavel, T.
10. Siever, L. J., & Davis, K. L.
11. Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R., & Koran, L.
12. Rossi, A., & Daneluzzo, E.
13. Borderline Personality Disorder

14. Loughland, C. M., & Williams, L. M.

15. Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D.

16. Tsung, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., & Faraone, S. V.

17. full dimensional

18. bipolar disorder

19. Bejerot, S., Nylander, L., & Lindstorm, E.

20. Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T.

بازداری شناختی<sup>۱۱</sup> مشابهی را در شخصیت اسکیزوتایپی، اسکیزوفرنیا و OCD نشان داده‌اند (روت و باریبی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰).

بنابراین، محققین اظهار می‌دارند که این اختلال ممکن است در ردیف اختلال‌های اسکیزوفرنیا قرار گیرد تا اختلال‌های اضطرابی. این مطالب حاکی از آن است که هم اختلال وسواس فکری - عملی و هم اختلال اسکیزوفرنیا با ناکارآمدی‌هایی در لوب پیشانی در ارتباط است (اشپیتزناگل و سور، ۲۰۰۲). مثلاً، در مطالعه بولتون، ریون، مادرونال - لوکو و مارکس<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۰) دیده شده است این دو اختلال در بسیاری از علائم عصب‌شناختی که از طریق فهرست عصب‌شناسی کمبریج سنجیده شد، به هم شباهت دارند. نتایج مطالعه دیگری که توسط آیسسیسجی، دین، هریس و ارکمن<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۳) انجام شد، حاکی از این بود که بیماران وسواسی که در مقیاس‌های اسکیزوتایپی نمرات بالاتری می‌گیرند، کارکرد اجرایی ضعیف‌تری دارند. پیوروسکی و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند این گروه از بیماران OCD، با بینش ضعیف‌تر، نشانه‌های منفی بیشتر و دارا بودن بستگان درجه اول مبتلا به اسکیزوفرنیا همراه هستند.

لی و وون<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۳) نشان داده‌اند دو نوع وسواس فکری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای کنترلی متفاوتی را فراخوانی می‌کنند: وسواس‌های فکری خودزاد<sup>۱۶</sup> و وسواس‌های فکری واکنشی<sup>۱۷</sup>. وسواس‌های فکری خودزاد نفرت‌انگیزتر، عجیب و غیرمقبول‌تر و گناه آلوده‌تر بوده، در حالی که وسواس‌های فکری واکنشی نگرانی‌های عمده مبنی بر درستی افکار را بر می‌انگیزند. همچنین، وسواس‌های فکری خودزاد صرفاً به خاطر خود افکار، تهدید کننده ادراک می‌شوند و تلاش برای کنترل فکر را موجب می‌شوند، در مقابل، وسواس‌های فکری واکنشی، واقعی‌تر ادراک شده و موجب برانگیختن احساس مسؤولیت برای جلوگیری از آسیب می‌شوند. علاوه بر این، وسواس‌های فکری خودزاد، راهبردهای ذهنی کنترل افکار اجتنابی‌تری (پوشیده) را فرا می‌خوانند (مانند توقف فکر و حواس‌پرتی)؛ در مقابل، وسواس‌های فکری واکنشی راهبردهای

فکری - عملی در دوره‌های بعدی اختلال، نشانه‌های اختلال اسکیزوفرنیا را نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد، وجود اختلال وسواس فکری - عملی قبلی، دوره تحول اختلال اسکیزوفرنیای بعدی را ۲۴ مرتبه بیشتر از جمعیت عادی افزایش می‌دهد (اشپیتزناگل و سور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

همان‌طور که ذکر گردید، رابطه بین نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، به نظر قوی‌تر است. جنیک، بیر، مینی چیلو، شوارتز و کری<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) شیوع بالای الگوهای شبه پسیکوزی اسکیزوتایپی و اضطراب اجتماعی را در نمونه‌های بیماران OCD گزارش کرده‌اند. استانلی، تورنر و بوردن<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) گزارش کرده‌اند با اینکه تنها ۸ درصد نمونه بیماران OCD آنها واجد ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷) برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپی بودند، اما ۲۰٪ از نمونه‌ها، اضطراب اجتماعی غالب، الگوهای شبه پسیکوز اسکیزوتایپی شامل باورهای هذیانی زل زدن دیگران به آنها یا موضوع اظهارات توهین‌آمیز بودن، هذیان‌های بدنی، توهمات بینایی و خطاهای حسی بینایی را نیز تجربه می‌کردند. انرایت و بیچ<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) گروهی از بیماران OCD و دیگر اختلالات اضطرابی را در پرسشنامه ترکیبی شخصیت اسکیزوتایپی<sup>۶</sup> کلاریج و بروکز<sup>۷</sup> (۱۹۸۴) مقایسه کردند. نتایج نشان داد بیماران OCD در مقایسه با گروه کنترل اضطرابی، به‌طور معناداری نمرات بالاتری در مقیاس‌هایی که ویژگی‌های "نشانه‌های مثبت پسیکوز"<sup>۸</sup> و "سازمان نایافتگی شناختی/ اضطراب"<sup>۹</sup> اسکیزوتایپی را منعکس می‌کردند، کسب کردند. یافته مشابهی هم در مطالعه دیگر به دست آمد (انرایت، کلاریج، بیچ و کمپ - ویلر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴). رابطه نزدیک OCD با الگوهای شبه پسیکوزی شخصیت اسکیزوتایپی که به‌طور ثابت در اکثر تحقیقات گزارش شده است با یافته‌های حاصل از آزمایش‌های تجربی مشابهی هم هماهنگ است که

11. cognitive inhibition

12. Roth, R. M., & Baribeau, J.

13. Bolton, D., Raven, P., Madronal-Luque, R., & Marks, I. M.

14. Aycicegi, A., Dinn, W. K., Harris, C. L., & Erkmen, H.

15. Lee, H. J., & Kwon, S. M.

16. autogenous obsessions

17. reactive obsessions

1. Spitznagel, M. B., & Suhr, J. A.

2. Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E., & Carey, R. J.

3. Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W.

4. American Psychiatric Association

5. Enright, S. J., & Beech, A. R.

6. Combined Schizotypal Trait Questionnaire

7. Claridge, G., & Broks, P.

8. positive symptoms of psychosis

9. disorganization/anxiety

10. Enright, S. J., Claridge, G. S., Beech, A. R., & Kemp-Wheeler, S. M.

اسکیزوتایپی در پیوستار روان نوروژ - پسیکوز به منظور فراهم نمودن پشتوانه پژوهشی بیشتر و افزایش دانش در مورد اختلال‌هایی که در مرز پسیکوز قرار دارند، است.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** این پژوهش در یک بررسی زمینه‌یابی و پس‌رویدادی انجام شده و از نوع توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه بیمارانی (اعم از مؤنث یا مذکر) است که در سال ۱۳۸۶ به کلینیک‌های مشاوره و بیمارستان‌های اعصاب و روان شهرهای تهران و تبریز مراجعه کرده و تشخیص‌های اختلال وسواس فکری - عملی و اسکیزوفرنیا را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، دریافت کرده‌اند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه آماری پژوهش حاضر، شامل ۱۰۲ نفر از افرادی بود که در ۳ گروه زیر قرار گرفتند:

۱- گروه اول، شامل ۳۴ نفر از بیمارانی بود که در ۵ ماهه اول سال ۱۳۸۶ به بیمارستان‌های اعصاب و روان مراجعه و در آنجا بستری شده بودند و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و توسط روان‌پزشک به عنوان بیماران اسکیزوفرن تشخیص گرفته بودند.

۲- گروه دوم، ۳۴ نفر، بیمارانی بودند که در همین مدت به مراکز مشاوره و بیمارستان‌ها مراجعه و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و توسط روان‌پزشک مربوط، به عنوان بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی تشخیص گرفته بودند.

۳- گروه سوم، شامل ۳۴ نفر از افراد بهنجار بود که هیچ‌گونه تشخیص روان‌پزشکی قبلی نداشته و از نظر روانی سالم بودند. این گروه، از نظر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تا شدند.

پس از مراجعه به مراکز، بیماران دارای تشخیص‌های اختلال وسواس فکری - عملی و اسکیزوفرنیا به محقق ارجاع داده شدند. ابتدا بیماران از لحاظ ملاک‌های شمول مورد مصاحبه قرار گرفتند و در صورت تأیید از آنها خواسته شد که به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ملاک‌های شمول که در انتخاب گروه‌ها اعمال شد، عبارت بودند از: فقدان اختلال‌های جسمانی اساسی؛ اگر بیمار تحت درمان داروهای روانگردان باشد نباید بیش از دو هفته قبل از اجرای پرسشنامه‌ها دارو درمانی شروع شده باشد؛ گروه‌ها به‌طور هم‌زمان تشخیص اختلال روانی دیگری نداشته باشند؛ گروه‌ها باید حداقل تا کلاس سوم راهنمایی سواد داشته

کنترلی مواجهه‌ای تر و رفتاری تری (آشکار) را راه اندازی می‌کنند (مانند واریسی و شستشو). شناسایی محرک برانگیزنده وسواس‌های فکری در وسواس‌های فکری واکنشی نسبتاً آسان است در حالی که در وسواس‌های فکری خودزاد شناسایی محرک راه‌انداز سخت و یا اصلاً وجود ندارد. رابطه محتوای فکر با محرک برانگیزاننده در وسواس‌های فکری واکنشی منطقی و واقعی‌تر بوده در حالی که این رابطه در مورد وسواس‌های فکری خودزاد نمادین و دارای تداعی‌های غیرممکن و عجیب و غریب است. وسواس‌های فکری خودزاد خود ناهمخوان‌تر<sup>۱</sup> از وسواس‌های فکری واکنشی هستند. وسواس‌های فکری خودزاد بیشتر دارای محتوای جنسی، کفرآمیز و پرخاشگرانه بوده، در حالی که، محتوای وسواس‌های فکری واکنشی بیشتر شامل افکار آلودگی، تردید، بیماری و نامتقارنی و گم کردن اشیاء مهم می‌باشد. در همین راستا، لی و تلچ<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) گزارش کرده‌اند که وسواس‌های فکری خودزاد رابطه قوی‌تری با شخصیت اسکیزوتایپی است، در حالی که، رابطه بین وسواس‌های فکری واکنشی و شخصیت اسکیزوتایپی قابل چشم‌پوشی است. تفکر سحرآمیز<sup>۳</sup> یکی دیگر از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی می‌باشد. تفکر سحرآمیز یکی از ملاک‌های ۹ گانه DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت آمیختگی فکر - عمل<sup>۴</sup> (TAF) افزایش احتمال وقوع یک عمل به خاطر تفکر زیاد در مورد آن عمل) نشان می‌دهد (تولین، آبرامویتز، کوزاک و فوا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ اینشتین و منزیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ لی، لی، کوگل و تلچ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

اگرچه بحث در مورد رابطه اختلال وسواس فکری - عملی و اسکیزوفرنیا موضوعی چندان جدید نیست، ولی نقش احتمالی واسطه‌گری الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی در رابطه با دو اختلال، موضوعی جدید و رو به رشد است که انجام پژوهش حاضر نیز در همین راستا قابل توجیه است. بنابراین و با توجه به موارد یاد شده، هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های

1. ego dystonic
2. Lee, H. J., & Telch, M. J.
3. magical thinking
4. Thought Action Fusion
5. Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B.
6. Einstein, D. A., & Menzies, R. G.
7. Lee, H. J., Cougle, J. R., & Telch, M. J.

۰/۶۷، سوءظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی ۰/۶۸ و تفکر سحرآمیز ۰/۶۰ بود که رضایت‌بخش می‌باشد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۶).

**پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه<sup>۶</sup> (SPQ-B):** پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی - فرم کوتاه ۲۲ ماده دارد، توسط راین و بنیشای<sup>۷</sup> (۱۹۹۵) ساخته شده و نسخه کوتاه شده پرسشنامه ۷۴ سؤالی می‌باشد. SPQ-B به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این ابزار عمدتاً نشانه‌شناسی منفی اسکیزوتایپی را می‌سنجد و سه عامل دارد: عامل‌های ادراکی - شناختی<sup>۸</sup>، بین‌فردی<sup>۹</sup> و سازمان‌نیافتگی<sup>۱۰</sup>. همسانی درونی این عامل‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ (میانگین ۰/۷۶) قرار دارند. پایایی بازآزمایی دو ماهه آن ضرایبی بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ (میانگین ۰/۹۰) می‌باشد. روایی ملاکی آن به وسیله همبستگی آن با ابزارهای بالینی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی روایی بالایی نشان داده است. این ضرایب برای کل مقیاس ۰/۶۶، عامل ادراکی - شناختی ۰/۷۳ و عامل بین‌فردی ۰/۶۳ می‌باشد. ولی روایی ملاکی عامل آشفتگی، پایین می‌باشد (۰/۳۶) (راین و بنیشای، ۱۹۹۵). اعتبارسنجی این ابزار در ایران توسط محمدزاده (۲۰۰۷) انجام گرفته است و روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی ۰/۷۵ گزارش شده است، همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس SPQ-B، ۰/۹۴ و برای عامل‌های نقایص ادراکی - شناختی، نقایص بین‌فردی و آشفتگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. بر اساس نتایج حاصل، مقدار ضریب آلفا برای کل SPQ-B، ۰/۸۳ و برای عامل‌های نقایص ادراکی - شناختی ۰/۶۶، نقایص بین‌فردی ۰/۷۰ و آشفتگی ۰/۶۸ می‌باشد.

### یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی سه گروه بر اساس جنسیت و سن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۲، نتایج سه گروه اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و بهنجار را بر اساس نمراتی که در مقیاس STA و عامل‌های آن به

باشند؛ گروه‌ها به‌طور داوطلبانه وارد تحقیق شده باشند. در تکمیل همزمان دو پرسشنامه ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها نخست مقیاس STA و سپس پرسشنامه SPQ-B را تکمیل نمایند و نیم دیگر از آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه SPQ-B و سپس STA را تکمیل نمایند تا بدین وسیله اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شود. همچنین، برای جلوگیری از مغشوش شدن یافته‌ها به خاطر خستگی و بی‌حوصلگی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها با فواصل زمانی متناسب برای هر آزمودنی اجرا شد.

### ابزار سنجش

**مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی<sup>۱</sup> (STA):** STA شامل ۳۷ ماده می‌باشد که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس عمدتاً نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجد و سه عامل دارد: عامل‌های تجارب ادراکی غیرمعمول<sup>۲</sup>، سوءظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی<sup>۳</sup> و تفکر سحرآمیز. جکسون و کلاریج<sup>۴</sup> (۱۹۹۱). ضریب ضریب پایایی بازآزمایی را برای STA، ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز، کلاریج و فریمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۵ را برای STA گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STA با مقیاس روان‌آزدگی پرسشنامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی، ۰/۶۱ گزارش شده است (راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱). هنجاریابی و خصوصیات روان-سنجی این مقیاس در ایران، توسط محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۶) انجام گرفته است و روایی همزمان این مقیاس و عامل‌های آن با مقیاس روان‌آزدگی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک EPQ-R به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۰، ۰/۵۵ و ۰/۶۹ گزارش شده است، ضمن اینکه STA از روایی عاملی و افتراقی مطلوبی هم برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی STA در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سوءظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ محاسبه گردید. بر اساس نتایج حاصله ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول

6. Schizotypal Personality Questionnaire Brief form  
7. Raine, A., & Benishay, D.  
8. cognitive perceptual deficits  
9. interpersonal deficits  
10. disorganization

1. Schizotypal Trait Questionnaire A Scale  
2. unusual perceptual experiences  
3. paranoid suspiciousness/social anxiety  
4. Jackson, M., & Claridge, G.  
5. Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L.

دست آورده‌اند، مقایسه می‌کند. اطلاعات این جدول گویای آن فکری - عملی و بهنجار معنادار است. است که تفاوت مشاهده شده بین سه گروه اسکیزوفرنیا، وسواس

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی سه گروه

اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و بهنجار					
جنس	مؤنث	اسکیزوفرنیا			تعداد کل
		فکری - عملی	وسواس	بهنجار	
مذکر	۱۱	۱۴	۱۳	۳۸	
مؤنث	۲۳	۲۰	۲۱	۶۱	
تعداد کل	۳۴	۳۴	۳۴	۱۰۲	
میانگین سنی	۳۰/۴	۳۲/۰۳	۳۲/۶۳	۳۱/۶۸	
تأهل	متأهل	۱۴	۱۲	۱۴	۴۰
مجرد	مجرد	۲۰	۲۲	۲۰	۶۲

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه سه گروه

اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و بهنجار در مقیاس STA

مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین جذورات	F*
کل STA	بین گروهی	۶۷۹۲/۳۷	۲	۳۳۹۶/۱۸	۳۸۱/۴۳
	درون گروهی	۸۸۱/۴۷	۹۹	۸/۹۰	
	کل	۷۶۷۳/۸۴	۱۰۱		
تجارب ادراکی غیرمعمول	بین گروهی	۵۴۹/۵۸	۲	۲۷۴/۷۹	۲۴۳/۲۸
	درون گروهی	۱۱۱/۸۲	۹۹	۱/۱۳	
	کل	۶۶۱/۴۱	۱۰۱		
سؤطن پارانوئید / اضطراب اجتماعی	بین گروهی	۸۶۰/۳۱	۲	۴۳۰/۱۵	۷۰/۵۴
	درون گروهی	۶۰۳/۶۴	۹۹	۶/۰۹	
	کل	۱۴۶۳/۹۶	۱۰۱		
تفکر سحرآمیز	بین گروهی	۲۱۰/۱۳	۲	۱۰۵/۰۶	۷۰/۴۲
	درون گروهی	۱۴۷/۷۰	۹۹	۱/۴۹	
	کل	۳۵۷/۸۴	۱۰۱		

\* F در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

به منظور تعیین معناداری تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های سه گانه از نظر نمرات کسب شده در مقیاس STA و عامل‌های آن، از آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی استفاده شد. این نتایج در جدول ۳ خلاصه شده است. نتایج حاصل بیانگر این نکته است که تفاوت میانگین تغییرات نمرات در گروه‌های اسکیزوفرنیا - وسواس فکری - عملی، اسکیزوفرنیا - بهنجار و وسواس فکری - عملی - بهنجار معنادار است و سه گروه به ترتیب بیشترین نمره را در STA کسب کرده‌اند.

جدول ۳- آزمون تعقیبی توکی به منظور تعیین رابطه معنادار بین جفت گروه‌ها در مقیاس STA

عامل	گروه	تفاوت میانگین <sup>۰</sup>			انحراف معیار
		اسکیزوفرنیا	وسواس فکری - عملی	بهنجار	
کل	اسکیزوفرنیا	---	۳/۰۸	۱۸/۶۶	۲/۹۱
	وسواس فکری - عملی	۳/۰۸	---	۱۵/۵۵	۲/۴۱
	بهنجار	۱۸/۶۶	۱۵/۵۵	---	۳/۵۲
اول	اسکیزوفرنیا	---	۱/۶۱	۵/۵۲	۱/۱۵
	وسواس فکری - عملی	۱/۶۱	---	۳/۹۱	۰/۹۵
	بهنجار	۵/۵۲	۳/۹۱	---	۱/۰۶
دوم	اسکیزوفرنیا	---	۵	۶/۸۸	۱/۴۳
	وسواس فکری - عملی	۵	---	۱/۸۸	۳/۷۷
	بهنجار	۶/۸۸	۱/۸۸	---	۱/۴۱
سوم	اسکیزوفرنیا	---	۰/۹۷	۳/۴۱	۱/۱۱
	وسواس فکری - عملی	۰/۹۷	---	۲/۴۴	۰/۹۴

\* همه تفاوت‌های مشاهده شده در سطح حداقل ۰/۰۰۴ معنادار است.

جدول ۴ نیز نتایج سه گروه اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و بهنجار را بر اساس نمراتی که در پرسشنامه SPQ-B و عامل‌های آن به دست آورده‌اند، مقایسه می‌کند. اطلاعات این جدول نیز گویای آن است که تفاوت مشاهده شده بین سه گروه معنادار است. به منظور تعیین معناداری تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های سه‌گانه از نظر نمرات کسب شده در پرسشنامه SPQ-B و

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه سه گروه اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و بهنجار در مقیاس SPQ-B

مقیاس	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F*
کل SPQ-B	بین گروهی	۲۵۶۶/۸۲	۲	۱۲۸۳/۴۱	۲۲۳/۷۴
	درون گروهی	۵۶۷/۸۸	۹۹	۵/۷۳	
	کل	۳۱۳۴/۷۰	۱۰۱		
نقایص ادراکی - شناختی	بین گروهی	۳۷۶/۹۶	۲	۱۸۸/۴۸	۹۷/۴۰
	درون گروهی	۱۹۱/۵۵	۹۹	۱/۹۳	
	کل	۵۶۸/۵۲	۱۰۱		
نقایص بین فردی	بین گروهی	۳۵۴/۷۶	۲	۱۷۷/۳۸	۱۳۵/۷۹
	درون گروهی	۱۲۹/۳۲	۹۹	۱/۳۰	
	کل	۴۸۴/۰۸	۱۰۱		
آشفته‌گی	بین گروهی	۱۶۰/۸۴	۲	۸۰/۴۲	۱۰۸/۷۱
	درون گروهی	۷۳/۲۳	۹۹	۰/۷۴	
	کل	۲۳۴/۰۷	۱۰۱		

\* F در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است.

جدول ۵- آزمون تعقیبی توکی به منظور تعیین رابطه معنادار بین جفت گروه‌ها در مقیاس SPQ-B

عامل‌ها	گروه	تفاوت میانگین*	میانگین	انحراف معیار
		اسکیزوفرنیا	وسواس فکری - عملی	بهنجار
کل	اسکیزوفرنیا	---	۴/۲۹	۲/۲۵
	وسواس فکری - عملی	۴/۲۹	---	۲/۶۴
	بهنجار	-۱۲/۱۱	-۷/۸۲	---
اول	اسکیزوفرنیا	---	۲/۲۰	۱/۲۳
	وسواس فکری - عملی	-۲/۲۰	---	۱/۸۱
	بهنجار	-۴/۷۰	-۲/۵۰	---
دوم	اسکیزوفرنیا	---	۱/۲۹	۱/۰۷
	وسواس فکری - عملی	-۱/۲۹	---	۱/۳۰
	بهنجار	-۴/۴۴	-۳/۱۴	---
سوم	اسکیزوفرنیا	---	۰/۷۹	۰/۷۶
	وسواس فکری - عملی	-۰/۷۹	---	۰/۸۴
	بهنجار	-۲/۹۷	-۲/۱۷	---

\* همه تفاوت‌های مشاهده شده در سطح حداقل ۰/۰۰۴ معنادار است.

## بحث

۲۰۰۳؛ جنیک و همکاران، ۱۹۸۶؛ روسی و دانلوزو، ۲۰۰۲؛ سوپین و همکاران، ۲۰۰۰) نیز همسو است. شخصیت اسکیزوتایپی و OCD شباهت ساختاری با یکدیگر دارند که بعضی از آنها عبارتند از: وسواس‌های فکری خودزاد (لی و تلج، ۲۰۰۵)، تفکر سحرآمیز (اینشتین و منزیس، ۲۰۰۴؛ تولین و همکاران، ۲۰۰۱؛ لی و همکاران، ۲۰۰۵)، ثبات باورها<sup>۴</sup>، انحراف در ادراک<sup>۵</sup> (تولین و همکاران، ۲۰۰۱). تحقیق حاضر نیز این شباهت‌ها را نشان داد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اختلال‌های اسکیزوفرنیا و وسواس فکری - عملی دو اختلال کاملاً مجزا از هم نیستند و تا حدودی هم با یکدیگر رابطه دارند و این رابطه در طول صفات اسکیزوتایپی معنا می‌یابد. این یافته‌ها، پیامدهایی نیز برای درمان اختلال وسواس فکری - عملی می‌تواند داشته باشد و شاید توجیه کننده عدم بهره‌مندی این بیماران، حداقل گروه‌های خاصی از آنها، به خاطر وجود صفات شبه پسیکوزی اسکیزوتایپی از درمان‌های استاندارد باشد. در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که صفات اسکیزوتایپی با پیامد درمانی ضعیف اختلال وسواس فکری - عملی رابطه دارد (موریتز، فریک، جکوبسون، کلوس، وین، روفر، کتن کامپ، فرهومند و هند، ۲۰۰۴؛ فریک، موریتز، اندرسون<sup>۶</sup>، جکوبسون، کلوس، روفر و هند، ۲۰۰۶). یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند گامی در راه گسترش دانش پایه در زمینه اختلال وسواس فکری - عملی و رابطه آن با اختلال‌های طیف اسکیزوفرنیا بردارد و در واقع، راه را برای دیگر علاقمندان به این زمینه پژوهشی باز کند. همچنین، پرداختن به بحث همابندی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی در ارتباط با بیماران وسواس فکری - عملی می‌تواند متخصصان و صاحب‌نظران را نسبت به وضعیت این دسته از بیماران آگاه‌تر کرده و باعث شود آنها بتوانند با ذهنی روشن‌تر با این اختلال برخورد کنند.

**محدودیت‌های پژوهش:** انجام پژوهش در انواع فرعی اختلال‌های اسکیزوفرنیا و وسواس فکری - عملی می‌تواند در ارتباط با رابطه دو اختلال، اطلاعات مکملی فراهم نماید. به علت محدودیت گروه‌های بیماران مبتلا به اختلال‌های اسکیزوفرنیا و وسواس فکری - عملی تحقیق در انواع فرعی اختلال‌های مذکور

در این پژوهش با استفاده از دو ابزار معتبر اسکیزوتایپی که هر دو بر اساس ملاک‌های DSM-III و DSM-III-R ساخته شده‌اند و اکنون نیز مطابق با DSM-IV-TR می‌باشند (ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در DSM-IV-TR نیز بدون تغییر باقی مانده است) و در تحقیقات مربوط به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا مکرراً مورد استفاده قرار گرفته‌اند، رابطه OCD با اسکیزوفرنیا با توجه به سازه اسکیزوتایپی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد گروه‌های اسکیزوفرنیا، OCD و بهنجار به ترتیب بیشترین نمره را در مقیاس‌های اسکیزوتایپی کسب کرده‌اند. در ادبیات پژوهشی مربوط به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، اسکیزوتایپی به عنوان شخصیت پیش‌نشانه‌ای<sup>۱</sup> اسکیزوفرنیا بحث شده است، چرا که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی به‌طور فراوان در خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده می‌شود و همچنین در بعضی افراد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی خود علامتی برای شروع اسکیزوفرنیا است (والفرد و استراب<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). بنا بر این، صفات اسکیزوتایپی اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلفی بر روی یک پیوستار مفهوم سازی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های الگوی استرس - آسیب‌پذیری<sup>۳</sup> مبین درجاتی از خطر است (والفرد و استراب، ۱۹۹۸). تحقیقات نیز شباهت‌ها و آسیب‌پذیری افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی یا افراد با صفات اسکیزوتایپی بالا به اسکیزوفرنیا را نشان داده‌اند (تسانگ و همکاران، ۲۰۰۲). بنا بر این، برافراشتگی زیاد نمرات گروه اسکیزوفرنیا در مقیاس‌های اسکیزوتایپی در مقایسه با دو گروه اسکیزوفرنیا و بهنجار قابل انتظار است. در رابطه با OCD، نمرات اسکیزوتایپی این گروه کمتر از اسکیزوفرنیا و بیشتر از گروه بهنجار است و نشان می‌دهد که OCD و صفات اسکیزوتایپی تا حدودی با یکدیگر رابطه دارند و شاید بتوان گفت در یک طیف قرار می‌گیرند و آن احتمالاً طیف اضطراب - پسیکوز است. اما از آنجایی که بین گروه‌های اسکیزوفرنیا و OCD نیز در نمرات اسکیزوتایپی تفاوت معنادار وجود دارد، لذا، رابطه این دو اختلال رابطه‌ای خطی و ساده نیست و به نظر می‌رسد عوامل دیگری به جز OCD، فرد را مستعد اسکیزوفرنیا می‌کند. یافته حاضر، از این نظر با نظریه‌پردازی‌ها و یافته‌های قبلی (آیسی سچی و همکاران،

4. fixity of belief  
5. aberrant perception  
6. Anderson, B.

1. prodromal  
2. Wolfardt, U., & Struabe, E. R.  
3. stress - vulnerability model



محدودیت را تا حد ممکن پوشش دهند. همچنین، عدم امکان الگوی ابعادی روان‌گسستگی از دیدگاه شناخت اجتماعی.

مجله روانشناسی، ۴۹، ۸۵-۹۷.

محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۲۸-۲۷، ۸۹-۷۵.

محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمدرضا و ملازاده، جواد (۱۳۸۶). بررسی ساختار عاملی، روایی، اعتبار و هنجاریابی مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA). مجله روانشناسی، ۴۱، ۳-۲۷.

میسر نشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی این ارزیابی شدت بیماری در گروه‌های اسکیزوفرنیا و وسواس فکری - عملی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که ممکن است نتیجه‌گیری‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در استفاده از یافته‌های پژوهش حاضر، این محدودیت مدنظر قرار گیرد.

## مراجع

محمدزاده، علی و کریمی، یوسف (۱۳۸۸). بررسی سوگیری‌های اسنادی در شخصیت اسکیزوتایپی: تأییداتی برای

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3 rd.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised, 3 rd.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd., Text Revised)*. Washington, DC: APA.
- Aycicegi, A., Dinn, W. K., Harris, C. L., & Erkmen, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry, 18*, 241-248.
- Bejerot, S., Nylander, L., & Lindstorm, E. (2001). Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 55*, 169-176.
- Bolton, D., Raven, P., Madronal-Luque, R., & Marks, I. M. (2000). Neurological and neuropsychological signs of obsessive-compulsive disorder: interaction with behavioural treatment. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 695-708.
- Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences, 5*, 633-648.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: a replication study. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 103-115.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 539-549.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: anxiety disorder or schizotypy? an information processing and personality assessment. *Psychological Medicine, 20*, 621-627.
- Enright, S. J., Claridge, G. S., Beech, A. R., & Kemp-Wheeler, S. M. (1994). A questionnaire assessment of schizotypy in OCD. *Personality and Individual Differences, 16*, 191-194.
- 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.
- 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.
- 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
- Loughland, C. M., & Williams, L. M. (1997). A cluster analytic study of schizotypal trait dimension. *Personality and Individual Differences*, 23, 877-883.
- Mohammadzadeh, A. (2007). The Study of Psychometric Properties of Schizotypal Personality Questionnaire-Brief (SPQ-B). *International Journal of Psychology*, 1, 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., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R., & Koran, L. (2008). Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 159, 254-258.
- 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.
- Rajkumar, R. P., Reddy, J., & Kandavel, T. (2008). Clinical profile of "schizo-obsessive" disorder: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 262-268.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-IV obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 43, 317- 322.
- 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., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimension in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- 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.
- Roth, R. M., Baribeau, J. (2000). The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Personality and Individual Differences*, 29, 1083-93.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (2004). The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *American Journal of Psychiatry*, 161, 398-413.
- 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.
- Spitznagel, M. B., & Suhr, J. A. (2002). Executive function deficits associated with symptoms of schizotypy and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 110, 151-163.
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- 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.
- Tsung, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., & Faraone, S. V. (2002). An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implication for research on treatment and prevention. *Schizophrenia Research*, 54, 169-175.
- Wolfradt, U., & Struabe, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.