

دکتر همایون مهین \*

## ارتباط نشانگان و سواس، بی اختیاری<sup>۱</sup> با مؤلفه های اضطراب، افسردگی و گسیخته ریختی<sup>۲</sup> در بیماران روانی سرپائی

### چکیده:

در یک نمونه ۴۷ نفری از بیماران سرپائی مبتلا به سواس بی اختیاری، ارتباط نشانگان و سواس - بی اختیاری با مؤلفه های اضطراب، افسردگی و گسیخته ریختی مورد بررسی قرار گرفت. ارتباط نشانگان و سواس - بی اختیاری و گسیخته ریختی معنی دارتر از ارتباط نشانگان و سواس - بی اختیاری با اضطراب و افسردگی بود و در پیمایش بین نشانه های این اختلال گسیخته ریختی (مؤلفه شناختی) سهم تعیین کننده تری نسبت به دو مؤلفه دیگر داشت.

---

\* عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز.

## مقدمه :

در مفهوم سنتی یا مقوله ای طبقه بندی ، فرض بر این است که تمامی پدیده هایی که باید طبقه بندی شوند ، می توانند در طبقه هایی کاملاً متمایز قرار گیرند . این مفهوم طبقه بندی در بیماری شناسی روانپزشکی سنتی به منزله الگو مورد استفاده قرار گرفته ، که آثار آن در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی (DSMIV<sup>۱</sup>) که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup> تدوین شده است ، مشاهده می شود . DSM IV یک طبقه بندی مقوله است که براساس مجموعه ضوابطی که به طور مشخص توصیف شده اند ، اختلالهای روانی را به انواع مختلف تقسیم کرده است . این طبقه بندی براین فرض مبتنی نیست که هر مقوله از اختلالهای روانی ، جوهری کاملاً مستقل و مرزهای مطلق دارد که آن را از دیگر مقوله های اختلالهای روانی یا از زمینه هایی بودن اختلالها متمایز کند . همچنین این فرض پذیرفته نیست که تمامی افرادی که در یک مقوله از اختلالهای روانی قرار می گیرند در همه قلمروها به یکدیگر شباهت دارند . بنابراین وقتی یک متخصص بالینی از DSM IV استفاده می کند ، باید در نظر بگیرد که نه تنها افراد مشابه از لحاظ یک تشخیص می توانند از زوایه ضوابط توصیف شده تشخیصی متفاوت باشند بلکه غالباً تشخیص موارد مرزی نیز مشکل و دارای جنبه احتمالی است ( دادستان ، ۱۳۷۶ ) . به طوری که در عمل ، در طبقه بندی مقوله ای میزان زیادی از همزمانی اختلالها و همپوشی بین نشانه ها دیده می شود ( دیولسون<sup>۳</sup> و نیل ، ۱۹۹۴ )

براساس نظام طبقه بندی DSM IV اختلال وسواس - بی اختیاری یک اختلال محور I بوده و در چهار چوب اختلالهای اضطرابی طبقه بندی شده است . در طبقه بندی DSM IV برعکس DSM III - R فکر و عمل وسواسی

همواره با هم بوده و هیچ یک به تنهایی مشاهده نشده است. به این ترتیب که عمل وسواسی می تواند یک آیین ذهنی جهت کاهش اضطراب باشد و تفاوت در رفتاری یا فکری بودن نیست، بلکه در اضطراب آفرین یا کاهنده اضطراب بودن است (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۹۹۴، ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۵). در طی سالهای اخیر این اختلال توجه زیادی را به خود جلب کرده و موضوع مطالعات متعددی قرار گرفته است. علت اصلی این توجه را می توان به افزایش شیوع این اختلال در طی سه دهه گذشته نسبت داد. تا قبل از دهه ۱۹۷۰، وسواس - بی اختیاری اختلالی نادر شناخته می شد که به درمان مقاوم است و به همین دلیل مطالعه کنترل شده در مورد این اختلال وجود نداشت. در دهه ۱۹۷۰ تعداد بسیار معدودی مطالعه کنترل شده در مورد شیوع جدول بالینی این اختلال از یک سو و درمان اختلال از سوی دیگر انجام شد که از این میان می توان به مطالعه داوسون<sup>۶</sup> (۱۹۷۷) اشاره کرد. در دهه ۱۹۸۰ تعداد این پژوهشها افزایش یافت و اطلاعات بیشتری در مورد جدول بالینی اختلال بدست آمد در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک معرفی شده است، و آمار بین المللی فراوانی آن را ۲٪ تا ۳٪ گزارش می کنند (کاپلان و دیگران، ۱۹۹۴، ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۵)

در طی این سالها رابطه وسواس - بی اختیاری با سایر اختلالهای اضطرابی و خلقی یک بحث زنده در پژوهشهای روانشناختی و روانپزشکی بوده است (انیسل و اکسیکال<sup>۷</sup>، ۱۹۸۶، راسموسن و تسوانگ<sup>۸</sup>، ۱۹۸۶، نورمن و دیگران<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). اختلال اضطرابی ممکن است شدیداً همزمانی داشته یا به طور متوالی بدون همپوشی اتفاق بیفتند (کلارک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۴). شاید دلیل حضور چند اختلال اضطرابی با هم این باشد که حضور یک اختلال اضطرابی به عنوان

عامل خطر برای اختلالهای دیگر اضطرابی که دارای علت شناسی مشابهی هستند عمل می کند. به همین نحو همپوشی علایم اضطرابی با افسردگی عادی و متداول است، به طوریکه در بین بیماران با اختلال اضطرابی، این همزمانی بیشتر یک قاعده است تا استثناء. از اینرو بعضی مؤلفان (جیانوتی و بولیا، به نقل از دادستان، ۱۳۷۶) عقیده دارند که در خلال بروز اختلال وسواس - بی اختیاری همواره باید امکان وجود افسردگی بنیادی شخصیت در نظر گرفته شود. استکتی و دیگران<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۷) نیز توصیه می نمایند که سنجش و ارزیابی افسردگی در مطالعات وسواس - بی اختیاری باید گنجانیده شود تا ثرات احتمالی خلق افسرده کنترل گردد. براساس این پژوهشها سطح اضطراب و افسردگی در بیماران وسواس - بی اختیاری می تواند در حدی باشد که به همزمانی اختلال افسردگی مهاد و سایر اختلالهای اضطرابی بیانجامد.

همزمانی وسواس - بی اختیاری و اختلالهای محور II مبین وجود مرزهای مشترک در بین مقوله های اختلالهای روانی بوده و لزوم انعطاف پذیری بیشتر در استفاده از طبقه بندی DSM - IV در امر تشخیص را دارد. بعضی از پژوهشها شیوع اختلالهای شخصیت در اختلال وسواس - بی اختیار را بسیار بالا گزارش کرده و همزمانی اختلال شخصیت با اختلال وسواس - بی اختیاری را معنی دار دانسته و حتی احتمال وقوع توأم اختلال وسواس - بی اختیاری را با بعضی اختلالهای شخصیتی (مانند اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی) بیشتر از احتمال وقوع هر یک به تنهایی تخمین زده اند (اسکودول و دیگران<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵). از دیدگاه شناختی - رفتاری اختلال شناخت در وسواس مانند سایر اختلالهای عاطفی و اضطرابی دیده می شود و این اختلال نقش عمده ای در ایجاد، ابقاء و تدوام وسواس دارد. اغلب یافته ها نشانگر و موید این امرند که نشانه های

وسواس بی اختیاری با کاهش توانایی در متوقف ساختن افکار نامعقول در ارتباطند، و به نظر می رسد که افکار غیر منطقی ناخواسته در مقایسه با اضطراب و افسردگی نقش تعیین کننده تری را در وسواس ایفا می کند (لزنوگر و کورفین<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۲، پردون وکلارک<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۳، انریت و بیچ<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۰،<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۳؛ بیچ، مک مانوس، بیلپس و دیگران<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۱). به علت نفوذ افکار غیر منطقی و نامعقول اغلب محتوای فکر بیمار وسواسی کیفیت غیرعادی دارد که سوال ابتلا به شخصیت گسیخته ریختی را بر می انگیزد، زیرا از علائم بارز اختلال گسیخته ریختی داشتن افکار نامعقول و باورهای اشتباه آمیز و تفکرات سحر آمیز است. به رغم وجود ارتباط های روشن بین محتوای فکر بیمار وسواسی با علائم شناختی گسیخته ریختی، تلاش اندکی به منظور کشف رابطه بین این دو انجام شده است و اغلب نتایج بدست آمده ناهمساز می باشند. برای نمونه نورمن، دیویس و دیگران (۱۹۹۶) اعلام نمودند که تا این تاریخ مطلبی دال بر ارتباط معنی دار بین علائم وسواس بی اختیاری، اضطراب، افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی در نمونه های بالینی گزارش نشده است، اما آنها در بررسیهای خود در یافتند که ارتباط بین علائم وسواس و علائم شناختی گسیخته ریختی در نمونه بیماران روانی سرپائی معنی دار است. با استناد به یافته های این حیطه، بسیاری از مسایل و پیچیدگی های مربوط به روانشناسی مرضی را می توان مورد نظر قرار داد. وجود یافته های ناهماهنگ در قلمرو پژوهشهایی که به بررسی ارتباط اختلال وسواس - بی اختیاری با مولفه های دیگر پرداخته اند و مشاهده تفاوت های فردی در زمینه آسیب پذیری پس از تنیدگی، ضرورت پرداختن به این امر را زیاد می کند. بررسی ارتباط نشانگان وسواس - بی اختیاری با نشانه های اختلالهای دیگر اضطرابی، خلقی و اختلالهای شخصیتی هدف کوششهای

پژوهشی فراوانی بوده است که به یافته های با ارزش منتهی شده اند ، اما در این زمینه هنوز پرسشهای فراوانی وجود دارند که ضرورت تدابیر جدید پژوهشی و در نظر گرفتن متغیرهای دیگر را به میان می آورند . پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این نکته و به میان آوردن مولفه هایی که ورود بعضی از آنها به این قلمرو تقریباً جدید است ، از زوایه دیگری به این مساله پرداخته است . پژوهش حاضر با هدف آزمودن همپوشی نشانگان وسواس - بی اختیاری بامولفه های اضطراب ، افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی و تعیین سهم نسبی هر مولفه در پیش بینی این نشانگان بعد از حذف اثرات مولفه های دیگر در یک نمونه از بیماران روانی سرپائی مبتلا به وسواس اقدام کرده است.

با توجه به پی آمدهای گوناگون اختلالهای روانی در زندگی انسان و اهمیتی که امروزه شناخت هرچه بهتر عوامل و علایم مداخله گر در آنها دارد ، نتایج پژوهش حاضر نوید چشم انداز جدیدی را در تشخیص و پیش آگهی تحول بیماری وسواس - بی اختیاری و نارسا کنش وری ناشی از آن و همچنین ارزیابی میزان آسیب پذیری افراد در برابر این تنیدگی مطرح می سازد.

## روش

روش مطالعه این پژوهش از نوع تحقیقات زمینه یاب است . این پژوهش شامل ۵۰ بیمار سرپائی با تشخیص اختلال وسواس - بی اختیاری با حداقل ۱۸ سال سن و حداقل سواد دوره راهنمایی می باشد . این بیماران به صورت نمونه های در دسترس از سه مرکز خصوصی و دولتی در سطح شهر تبریز انتخاب شدند . از ۵۰ آزمودنی پاسخنامه های سه نفر ناقص بودند که کنار گذاشته شدند . میانگین سنی این گروه ۲۸/۶۳ با انحراف استاندارد ۶/۴۸ است . این نمونه شامل ۱۳ نفر ( ۲۸٪ ) مرد و ۳۴ نفر ( ۷۲٪ ) زن ؛ ۷۰/۲۱ درصد

متاهل و ۲۹/۷۸ درصد مجرد؛ ۲۷/۶۶ درصد تحصیلات عالی و ۷۲/۳۴ درصد دارای تحصیلات سیکل و دیپلم بودند. ۴۲/۵۵ درصد کار دولتی آزاد داشتند، ۴/۲۵ درصد محصل و ۴۴/۶۸ درصد خانه دار، که همگی زن بودند. ابتدا برای اطمینان از وجود ضوابط تشخیصی DSMIV برای اختلال و سواس - بی اختیاری فهرست ضوابط تشخیصی اختلال و سواس اجرا شد. در صورت منطبق بودن هر دو تشخیص روانپزشک و فهرست ضوابط تشخیصی، مصاحبه سازمان نیافته ای جهت اطلاع از مسائل جسمانی و فیزیولوژیکی، ذهنی و خلقی بیمار به عمل آمد.

### ابزارها

برای سنجش هر یک از مؤلفه های ذکر شده، و برای افزایش روایی احتمالی و تعمیم پذیری هر یک از همبستگی های بدست آمده دو ابزار مورد استفاده قرار گرفت. در سطور زیر به ابزارهایی که برای بررسی هر اختلال مورد استفاده قرار گرفتند اشاره می کنیم:

### ۱ - سواس - بی اختیاری

پرسشنامه و سواس - بی اختیاری مادزلی<sup>۱۸</sup> (MOCI) توسط هاجسون و راجمن<sup>۱۹</sup> (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات و سواس تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال به صورت صحیح و غلط می باشد. راجمن و هاجسون (۱۹۸۰ و ۱۹۷۷) روایی همگرا<sup>۲۰</sup> و پایایی با روش آزمون - آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش نموده و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه های بالینی و غیر بالینی تأیید کردند. در این پرسشنامه علاوه بر نمره کل برای تعیین شدت و سواس - بی اختیاری با بکار

بردن تحلیل عاملی رچمن و هاجسون (۱۹۹۷) چهار مقیاس فرعی را متمایز نمودند: واری، شستشو، کندی و شک و تردید (وجدان شکاک).

فهرست تجدید نظر شده پادوآ<sup>۲۱</sup> (PI-R) شامل ۴۱ سوال است و در یک مقیاس پنج درجه ای (هرگز = ۰، خیلی زیاد = ۴) پاسخ داده می شود. ون اوپن، هوکسترا و امل کامپ<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۵) با آزمودن ساختار عاملی PI در بیماران وسواس - بی اختیاری و تصفیه آن از سوالات ضعیف، فهرست تجدید نظر شده آن را ارائه نمودند. پنج عامل بدست آمده عبارتند از:

تکانه ها، شستشو (آلودگی) واری، نشخوار فکری و دقت. این آزمون دارای پایایی قابل قبول بوده و با پرسشنامه مادزلی دارای همبستگی  $r = ۰.۷۰$  می باشد. در پژوهش حاضر برای دو مقیاس وسواسی ذکر شده (PI, MOCI) همبستگی  $r = ۰.۷۹$  محاسبه گردید.

## ۲ - گسیخته ریختی

گسیخته ریختی یک پدیده چند بعدی است (کلایچ<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۰). تحقیقات متعددی تایید می نمایند که در گسیخته ریختی جداول دو جزء وجود دارد، یکی از آنها شامل علایم شناختی تحریف های ادراکی<sup>۲۴</sup>، شکل و محتوای افکار غیر عادی، و دیگری علایم عاطفی مانند بی لذتی<sup>۲۵</sup> است (بیلی، وست، ویدگر و همکاران<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۳، کندلر و هویت<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۲؛ کندلر، اوچس، گورمن و دیگران<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۱). این دو جزء گسیخته ریختی به صورت دو جزء مثبت و منفی در علایم روان گسیختگی خود را نشان می دهند (کراو<sup>۲۹</sup>، ۱۹۸۰). اطلاعات گزارش شده در این بررسی متمرکز بر ارتباط بین حالات هیجانی و پدیده های گسسته وار<sup>۳۰</sup> است و بدین علت جنبه های شناختی گسیخته ریختی



در این بررسی انتخاب شدند. و دو مقیاس ساخته شده توسط چپمن<sup>۳۱</sup> و چپمن (۱۹۸۵) برای سنجش این ویژگیهای روانی بکار برده شدند.

مقیاس افکار سحر آمیز<sup>۳۲</sup> (MIS) شامل ۳۰ سوال با پاسخهای صحیح و غلط است (اکبلد، چپمن<sup>۳۳</sup>، ۱۹۸۳). سوالات این مقیاس متمرکز بر قبول علت‌هایی است که عموماً قابل قبول نیستند. ضریب آلفای بدست آمده در مطالعه نورمن و دیگران (۱۹۹۶) برای این مقیاس ۰/۸۷ است.

مقیاس تحریف‌های ادراکی<sup>۳۴</sup> (PAS) شامل ۳۵ سوال با پاسخهای صحیح و غلط است (چپمن، چپمن، و رولین<sup>۳۵</sup>، ۱۹۷۸). سوالات این مقیاس براساس ارزیابی اختلال و در هم شدگی ادراکهای تصویر بدنی ساخته شده است. نورمن و دیگران (۱۹۹۶) ضریب آلفای ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش کردند.

هر دو آزمون (مقیاس افکار سحرآمیز و مقیاس تحریفهای ادراکی) دارای پایانی رضایت بخش با روش آزمون - آزمون مجدد بوده و دارای اعتبار سازه در سنجش خصوصیات گسیخته ریختی می باشند (چپمن، چپمن و میلر<sup>۳۶</sup>، ۱۹۸۲؛ چپمن و چپمن، ۱۹۸۵). هر دو مقیاس دارای هماهنگی درونی بالایی هستند (چپمن و دیگران، ۱۹۸۲؛ بیلی، وست و دیگران، ۱۹۹۳؛ برنهام و مک‌گرو<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۳) در بررسی نورمن و دیگران (۱۹۹۶) بین این دو مقیاس گسیخته ریختی همبستگی ۰/۹۳ است و در پژوهش حاضر، همبستگی ۰/۶۳ بدست آمد. این دو مقیاس بعد از ترجمه و ویرایش، مورد استفاده قرار گرفت. ضریب *a* کرونباخ برای مقیاس افکار سحر آمیز ۰/۸۲ و ضریب گاتمن و اسپیرمن - براون به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۹ بدست آمد. ضریب *a* برای مقیاس تحریف‌های ادراکی گاتمن ۰/۷۸ و اسپیرمن - براون نیز ۰/۷۸ بدست آمد.

### ۳- اضطراب و افسردگی

برای اضطراب و افسردگی به طور جداگانه هم از ابزار خود - گزارش دهی استفاده شد و هم از مقیاس رتبه بندی . مقیاس های هامیلتون و مقیاس های بک از ابزار بسیار متداول رتبه بندی و خود - گزارش دهی هستند که به ترتیب برای اضطراب و افسردگی معرفی می شوند :

فهرست اضطرابی<sup>۳۸</sup> بک (BAI) شامل ۲۱ سوال است که آزمودنی در یک مقیاس ۴ درجه ای (ابتدا = ۰ تا شدید = ۳) به سوالات پاسخ می دهد (بک و استیر<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۰). این فهرست شدت علایم اضطراب بالینی را می سنجد و بر علایم فیزیولوژیکی متمرکز است. این فهرست از هماهنگی درونی<sup>۴۰</sup>، پایایی آزمون - آزمون مجدد<sup>۴۱</sup> و اعتبار سازه<sup>۴۲</sup> بالایی برخوردار است (بک . ایشستاین، بروان و دیگران<sup>۴۳</sup>، ۱۹۸۸ a، بک و استیر<sup>۴۴</sup>، ۱۹۹۱). ضریب آلفای بدست آمده برای این مقیاس ۰/۹۲ است (نورمن و دیگران ۱۹۹۶).

مقیاس درجه بندی اضطرابی هامیلتون<sup>۴۵</sup> (HARS) شامل ۱۴ ماده است که هر ماده با علایم خاص اضطراب مرتبط است، این مقیاس در یک پیوستار ۵ درجه ای بر حسب شدت علایم از صفر تا ۴ رتبه داده می شود. هماهنگی درونی این مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است (نورمن و دیگران، ۱۹۹۶) و پایایی بین ارزیابان برای ماده های این مقیاس در سطح قابل قبولی ارائه شده است (مایر، بولر، فیلیپ و دیگران<sup>۴۶</sup>، ۱۹۸۸). به گزارش بک و استیر (۱۹۹۱) همبستگی بین مقیاس اضطرابی هامیلتون و مقیاس اضطرابی بک  $r = ۰/۵۶$  می باشد، در پژوهش حاضر این همبستگی  $r = ۰/۶۸$  محاسبه گردید.

فهرست افسردگی بک<sup>۴۷</sup> (BDI) متداولترین مقیاس خود - گزارش دهی افسردگی است. شامل ۲۱ سوال است که دربرگیرنده جنبه های مختلف

افسردگی می‌باشد. هر سوال دارای چهار یا پنج جمله است که شدت افسردگی را از کم به زیاد نشان می‌دهد. این مقیاس دارای پایایی و روایی بالایی است (بک، استیر و کاربین<sup>۴۸</sup>، ۱۹۸۸b). ضریب آلفای این مقیاس ۰/۹۱ محاسبه گردیده است (نورمن و دیگران، ۱۹۹۶). در این پژوهش بین فهرست افسردگی بک و مقیاس رتبه بندی افسردگی هامیلتون همبستگی ۰/۷۳ محاسبه شد. مقیاس درجه بندی هامیلتون<sup>۴۹</sup> (HRSD) شامل ۱۷ ماده می‌باشد که در آن نشانه‌های رفتاری جسمانی و ذهنی مختلفی که عمق افسردگی را می‌سنجد، گنجانده شده است. هر یک از این ماده‌ها بر مبنای یک مقیاس ۳ تا ۵ قسمتی رتبه بندی می‌شوند. برای این مقیاس شواهدی دال بر وجود پایایی بین ارزیابان و هماهنگی درونی ماده‌ها موجود است (سه‌یر، ساکیم، مولر و دیگران<sup>۵۰</sup>، ۱۹۹۳).

## روش اجرا

بعد از انتخاب هر بیمار به عنوان عضوی از نمونه، و اجرای مصاحبه سازمان‌نیافته، از آزمودنی خواسته شد که مقیاسهای خود - گزارش دهی<sup>۵۱</sup> را تکمیل کند. و در آخر دو مقیاس افسردگی و اضطراب هامیلتون توسط پژوهشگر بر مبنای اطلاعات بدست آمده، مستقل از پاسخهای مقیاسهای خود - گزارش دهی رتبه بندی گردیدند.

## نتیجه

جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییر نمرات را برای تمام مقیاسها نشان می دهد. عده‌های ارائه شده در این جدول از تمامی یافته های مولفان دیگر در BAI (بک و دیگران، ۱۹۸۸)، BDI (بک و استیر<sup>۵۲</sup>، ۱۹۸۷)، MIS (جورج و نوفیلد<sup>۵۳</sup>، ۱۹۸۷)، PAS (لنز نوگر و لورنجر<sup>۵۴</sup>، ۱۹۸۹b) MOCI (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷) و PI (ساناویو<sup>۵۵</sup>، ۱۹۸۸) و همچنین از دو مقیاس اضطراب و افسردگی هامیلتون (ریسکیند و دیگران<sup>۵۶</sup>، ۱۹۸۷) به طور معنی داری بالاتر است. قسمتی از است تفاوتها شاید ناشی از ویژگی نمونه های مورد مطالعه در این بررسیها بوده باشد. برای نمونه ریسکیند و دیگران (۱۹۸۷) مطالعات خود را در گروههایی با تشخیص اختلال افسردگی مهاد و اختلال اضطراب تعمیم یافته انجام داده اند. در پژوهش حاضر زنان در مقیاسهای ذکر شده نسبت به مردان دارای نمرات و میانگین های بالاتری بودند، گو اینکه در اشکال بیماری و شدت علائم اختلاف بین آنها گزارش شده است.

جدول شماره ۱ - میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمرات در مقیاسهای مختلف (N = ۴۷)

میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمرات	حداکثر نمرات		
۱۸/۹۱	۵/۱۳	۷/-	۲۹/-	MOCI	مقیاس وسواسی مادزلی
۷۸/۰۴	۳۳/۵۴	۱۷/-	۱۶۴	PI	مقیاس وسواسی پادوا
۱۰/۸۰	۵/۴۵	۱/-	۲۵	MIS	مقیاس افکار سحرآمیز
۷/۵۱	۴/۹۸	۱/-	۲۷	PAS	مقیاس تحریف‌های ادراکی
۲۶/۹۱	۱۰/۳۶	۷/-	۵۹	BDI	فهرست افسردگی بک
۲۶/۸۷	۸/۰۴	۱۱/-	۴۷	HRSD	مقیاس رتبه‌بندی افسردگی هامیلتون
۲۸/۷۶	۱۳/۰۱	۱/-	۶۲	BAI	فهرست اضطراب بک
۲۷/۱۷	۱۰/۸۳	۶/-	۴۹	HARS	مقیاس رتبه‌بندی اضطراب هامیلتون

همبستگی قوی و معنی‌دار بین مقیاس‌هایی که ساختار مشابه داشتند تأییدی بر روایی همگرایی این مقیاس‌ها است. همبستگی‌های بدست آمده در این تحقیق بین نمرات خود - گزارش دهی و رتبه‌بندی اضطراب و افسردگی قابل مقایسه با یافته‌های مؤلفانی چون بک و استیر (۱۹۹۱) و سه‌یر و دیگران (۱۹۹۳) است. همبستگی بین افسردگی و اضطراب بک مساوی  $r = ۰/۵۳$  و بین نمرات رتبه‌بندی شده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب هامیلتون برابر  $r = ۰/۷۰$  بود. این امر نشانگر روایی افتراقی بسیار ضعیف بین این مقیاس‌ها است. روایی افتراقی در مقیاس رتبه‌بندی ضعیف‌تر از دو مقیاس خود - گزارش دهی است.

برای کسب بهترین تخمین ممکن از چهار متغیر مورد بررسی، شاخص‌های مرکب محاسبه گردیدند. بدین ترتیب که نمرات را در هر مقیاس به نمره معیاری تبدیل کرده و سپس دو نمره معیاری آزمونه‌های مشابه را با هم ترکیب نموده، و به جای هشت ردیف نمره خام در چهار مؤلفه، هر آزمودنی دارای چهار نمره معیاری در چهار مؤلفه مزبور شدند. ترکیب نمرات خود - گزارش دهی و رتبه‌ها در مولفه‌های اضطراب و افسردگی از طرف محققان توصیه شده است (بک و استیر، ۱۹۹۱، مورن و لمبرت<sup>۵۷</sup>، ۱۹۸۳، سه‌یر و دیگران، ۱۹۹۳). با بکار بردن روش منگ رزنتال و روبین (۱۹۹۳) همبستگیهای نمرات ترکیبی شاخص‌های اضطراب، افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری محاسبه گردیدند. همانطوریکه در جدول شماره ۲ نشان داده می‌شود هر سه همبستگی در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار هستند، اما مولفه شناختی نسبت به دو مولفه دیگر منعکس‌کننده واریانس بیشتری از اختلال وسواس بی‌اختیاری است.

جدول شماره ۲ - همبستگی‌های نمرات ترکیبی شاخص‌های اضطراب، افسردگی و گسیخته ریختی با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری

همبستگی با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری	
*اضطراب	۰/۴۴
*افسردگی	۰/۵۳
*علائم شناختی	۰/۶۲

\*  $P < 0/001$

شاید تصور شود که داشتن واریانس مشترک بزرگتر بین شاخص های ترکیبی علائم شناختی گسیخته ریختی و سواس به علت نحوه نمره گذاری این دو مؤلفه باشد که هر دو بر مبنای نمرات خود - گزارش دهی محاسبه گردیده‌اند. در صورتی که نمرات ترکیبی مؤلفه های اضطراب و افسردگی براساس دو نوع نمره گذاری خود - گزارش دهی و رتبه بندی می باشد. از اینرو برای آزمودن چنین نظری، همبستگی بین نمرات خود - گزارش دهی مؤلفه های افسردگی و اضطراب بک با شاخص ترکیبی سواس - بی اختیاری محاسبه شد. هر چند همبستگی محاسبه شده فقط برای اضطراب بک با نشانه های سواس - بی اختیاری ( $r = 0/49$ ) افزایش را نشان داد، ولی باز شدت رابطه مؤلفه شناختی با سواس - بی اختیاری قویتر از همبستگی دو مؤلفه دیگر با شاخص سواس بود.

به منظور تعیین اینکه آیا اضطراب، علائم افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی، روابط متفاوتی را با تغییر ابعاد نشانگان سواس - بی اختیاری نشان می دهند یا نه، همبستگی بین نمرات آزمونهای فرعی پرسشنامه مادزلی (MOCI و پادوا (PI))، فهرست افسردگی و اضطراب بک و همچنین شاخص ترکیبی مقیاس علائم شناختی گسیخته ریختی برای تمام آزمودنی ها محاسبه گردید. شاخص ترکیبی علائم شناختی بجز مقیاس کندی مادزلی با همه آزمونهای فرعی مادزلی و پادوا همبستگی معنی داری را نشان داد. مقیاسهای اضطراب و افسردگی بک با تمام آزمونهای فرعی بجز مقیاس کندی مادزلی و مقیاس واریس پادوا همبستگی معنی داری را منعکس نمودند.

در مقایسه و مقابله کلی شدت روابط بین آزمونهای فرعی سواس - بی اختیاری با اضطراب، افسردگی و علائم شناختی مشخص شد که همبستگی

آزمون فرعی کندی با هر سه مؤلفه بسیار ضعیف بوده و رابطه معنسی داری بین آنها موجود نیست. این یافته در راستای نظرات راجمن و هاجسون<sup>۸۸</sup> (۱۹۸۰) است که این نوع رفتارها را نوع غیر شاخصی از اختلال وسواس فکری - عملی می دانستند و معتقد بودند که چنین رفتارهایی تحت عنوان "کندی وسواسی" به طور معمول با اضطراب و سایر هیجانهای منفی ارتباطی ندارند. در بقیه آزمونهای فرعی بجز واری مادلزلی و مقیاس نشخوار فکر پادوا، مؤلفه شناختی دارای همبستگی های قویتری نسبت به دو مؤلفه دیگر است.

نمایش نمودار نقاط پراکنده، خطی بودن ارتباط شاخص های اضطراب، افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی را با وسواس معین نمود. برای پیش بینی نشانگان وسواس - بی اختیاری از طریق سه مؤلفه ذکر شده، از روش رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی<sup>۸۹</sup> استفاده گردید تا بدین وسیله سهم نسبی هر کدام از مؤلفه ها در پیش بینی نشانگان وسواس تعیین گردد. با محاسبه رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی مشخص شد که مؤلفه شناختی گسیخته ریختی در هر مرحله ای که وارد معادله رگرسیون می شود سهم بیشتر و معنی دارتری نسبت به دو مؤلفه دیگر در پیش بینی نشانگان وسواس دارد، و وقتی مؤلفه افسردگی در تحلیل رگرسیون وارد می شد منجر به افزایش معنی دار در پیش بینی می گردید، اما مؤلفه اضطراب هیچ سهم معنی داری به این پیش بینی اضافه نکرد.

با بکار بردن روش گام به گام<sup>۹۰</sup> در تحلیل رگرسیون مشخص شد که ۳۸ درصد واریانس نشانه های وسواس از طریق علائم شناختی گسیخته ریختی قابل پیش بینی است و با ورود مؤلفه افسردگی قدرت این پیش بینی به ۴۴ درصد



رسید، یعنی افسردگی ۶ درصد به پیش بینی نشانگان و سواس - بی اختیاری اضافه نمود، و اضطراب چیزی به ۴۴ درصد اضافه نکرد.

## تحلیل نهایی

نتایج نشان دادند که در نمونه بیماران سرپائی شاخص های اضطراب، افسردگی و علائم شناختی گسیخته ریختی همبستگی معنی داری را با نشانگان و سواس - بی اختیاری دارند. این یافته ها با بررسیهایی که در رابطه با همزمانی اختلال و سواس - بی اختیاری با نشانگان اضطراب و افسردگی و طیف اختلالهای گسیخته ریختی بودند، مطابقت داشت (برای نمونه، گیتلسون<sup>۶۱</sup>، ۱۹۶۶، راسموسن و تسوانگ، ۱۹۸۶a، رید<sup>۶۲</sup>، ۱۹۸۵، نورمن و دیگران، ۱۹۹۶). همبستگی های گزارش شده در مطالعات پیشین با همبستگیهای بدست آمده در این پژوهش همخوانی نشان داند (مانند: لزنوگر و لورنجر، ۱۹۸۹b، نیلر و بک<sup>۶۳</sup>، ۱۹۸۹b. پردون و کلارک، ۱۹۹۳، رینولدز و سالکویسکیس<sup>۶۴</sup>، ۱۹۹۱، نورمن و دیگران، ۱۹۹۶). اما در اکثر این پژوهشها نمونه ها غیر بالینی بوده و همه مؤلفه های مورد نظر یک جا مورد سنجش قرار نگرفته اند. در صورتی که پژوهش حاضر ارتباط هر سه مؤلفه با و سواس - بی اختیاری را مورد نظر دارد، و در ضمن هر مؤلفه را با دو ابزار استاندارد مورد ارزیابی قرار داده که این امر قابلیت اعتماد<sup>۶۵</sup> و روایی داده ها را بالا برده و تعمیم پذیری آن را افزایش داده است. در این بررسی تفاوت های معنی داری در شدت رابطه بین مؤلفه ها و بین دو گروه بیمار زن و مرد بدست آمد و علائم شناختی گسیخته ریختی قویترین رابطه را با شاخص و سواس - بی اختیاری نشان داد.

افسردگی و اضطراب (اختلالهای اضطرابی و خلقی عاطفی) مقدمتاً براساس حالات هیجانی تعریف شده اند، در حالیکه اختلالهای طیف روان

گسیختگی براساس بی‌نظمی‌های شناختی توصیف گردیده‌اند. سالهاست که بحث درباره‌ی این نکته که پدیده‌های وسواس بی‌اختیاری با کدام یک از این اختلالات بیشتر در ارتباطند، بین صاحب‌نظران مطرح است. برای نمونه ژانه<sup>۶۶</sup> (۱۹۰۳) علت چنین نشانه‌هایی را در اغتشاش‌کنش‌وری شناختی در رابطه با واقعیت‌های بیرونی می‌داند، درحالی‌که فروید<sup>۶۷</sup> (۱۹۸۶) پدیدآیی آن را به درماندگی هیجانی مربوط به مسائل جنسی دوران کودکی نسبت می‌داد (به نقل از تالیس، روزن، شافرن<sup>۶۸</sup>، ۱۹۹۶). شاید هر یک از این اختلالات جنبه‌هایی از پدیده وسواس را منعکس می‌نمایند. با وجود این، تحقیقات قبلی بر ارتباط نشانه‌های وسواسی و شکل‌های دیگر رفتاری یا وابستگی عاطفی (کلارک<sup>۶۹</sup>، ۱۹۹۲، نیلرویک، ۱۹۸۹، رینولدز و سالکویسکیس، ۱۹۹۱) یا بر عوامل شناختی (برای نمونه، مک‌نالی، کولبک<sup>۷۰</sup>، ۱۹۹۳، نورمن و دیگران ۱۹۹۶) تاکید دارند، آنچه که از یافته‌های این پژوهش بدست آمد، این بود که مشکل عمده بیماران ناشی از افکار نامعقول بسیار ناراحت‌کننده بود که اجبار در مطرح کردن آنها را داشتند.

نتایج این تحقیق هماهنگ با برخی مطالعات (برای نمونه، فریستون، لادوسر و دیگران<sup>۷۱</sup>، ۱۹۹۲). نشان دادند که مولفه افسردگی با اختلال وسواس - بی‌اختیاری همبسته بوده و نشانه‌های اضطرابی توأم با این اختلال همیشه دیده می‌شود و بی‌نظمی‌های شناختی که زیربنای نشانه‌های وسواس است با علائم شناختی گسیخته ریختی همبسته بوده و توازی شدیدی را نشان می‌دهد. بخصوص کاهش باز‌داری شناختی و افزایش افکار ناخواسته و نامعقول فرض همبسته بودن با نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری را مطرح می‌کند (برای نمونه: بیچ<sup>۷۲</sup>، ۱۹۷۱، رید، ۱۹۸۵، کلارک، ۱۹۹۲، نورمن و دیگران، ۱۹۹۶).

تمایز خود - ناهمخوانی<sup>۳۳</sup>، شناخت های وسواس گونه و افکار نامعقول در مقایسه با افکار خودکار منفی مؤلفه های اضطراب و افسردگی که دارای ویژگیهای پدیدار شناختی مشابهی هستند با نشانگان وسواس - بی‌اختیاری الگوهای همبستگی متفاوتی را نشان دادند (کلارک، ۱۹۹۲). بطور کلی افکار نامعقول بیشتر با نشانه های وسواس همراهند تا با نشانه های افسردگی و اضطراب .

متغیرهای گسیخته ریختی بکار برده شده در این گزارش بر افکار سحر آمیز و باور علل نامعقول پدیده ها و همچنین بر تجارب ادراکی نامعقول و انحرافی متمرکز است . این امر با افکار سحر آمیز موجود در ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیتی گسیخته ریختی ( انجمن روانپزشکی آمریکا ، ۱۹۸۷ ) و با متغیرهای دیگر گسیخته ریختی همخوانی دارد (توبسک و ویلکینسون<sup>۷۴</sup>، ۱۹۹۰). در گذشته تصور می شد که ساختارهایی که با این متغیرها مرتبط اند اثرات مهمی بر محتوای افکار وسواسی دارند ، برای نمونه تحلیل های متعددی از ویژگیهای وسواس ، در رابطه با موهوم پرستی و سحرآمیز بودن افکار پیشنهاد شده است. (فروید<sup>۷۵</sup>، ۱۹۶۳، سالزمن<sup>۷۶</sup>، ۱۹۶۸). و فراست و دیکران<sup>۷۷</sup> (۱۹۹۳) همچنین شواهدی را دال بر قبولی باورهای موهوم با افکار وسواسی و بعضی اعمال واری ارائه داده اند .

همانگونه که قبلاً بحث شد ، گسیخته ریختی یک ویژگی چند بعدی است (بیلی و دیگران ۱۹۹۳، کندلر و هویت، ۱۹۹۲، کندلر و دیگران، ۱۹۹۱) که می‌توان آن را دست کم به دو عامل گسیخته ریختی مثبت و گسیخته ریختی منفی تقسیم کرد . شواهد مختلف نشان می دهند که احتمالاً الگوی ارتباطی هر یک از این عوامل با نشانه های دیگر متفاوت است (برنهام و مک گرو، ۱۹۹۳،

تورگرسن، انستاد، اسکر و دیگران<sup>۷۸</sup>، ۱۹۹۳). پیترز، پیکرنیک و همسلی<sup>۷۹</sup> (۱۹۹۴) و همچنین انزایت، کلاریچ، بک و دیگران<sup>۸۰</sup> (۱۹۹۴) شواهدی را ارائه می دهند که بازداری شناختی کاهش یافته بیشتر مبین ویژگیهای گسیخته ریختی مثبت است تا گسیخته ریختی منفی، این امر نشان میدهد که احتمال همپوشی بین نشانه های گسیخته ریختی مثبت (نشانه هایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته اند) و نشانه های وسواس - بی اختیاری بیشتر از همپوشی با نشانه های گسیخته ریختی منفی است، نشانه های که در این پژوهش مورد نظر قرار نگرفته اند.

با آنکه در پژوهش حاضر ارتباط نشانه های وسواس - بی اختیاری با علائم شناختی گسیخته ریختی قوی تر از ارتباط آن با اضطراب و افسردگی است، اما حالات خلقی و اضطرابی نیز همبستگی های مثبت و قابل قبولی را با نشانه های وسواس - بی اختیاری نشان دادند. در امر پیش بینی متغیر ملاک (وسواس - بی اختیاری)، مؤلفه افسردگی به عنوان یک متغیر پیش بینی بعد از حذف اثرات اضطراب و علائم شناختی گسیخته ریختی دارای کاربردی محدود است، در حالیکه اثرات مؤلفه اضطراب بعد از اینکه اثرات دو مؤلفه دیگر تفکیک شدند از بین رفت، به عبارت دیگر مؤلفه اضطراب هیچ نوع کاربردی به عنوان متغیر پیش بین برای اختلال وسواس - بی اختیاری نیست. بررسیهای انجام گرفته در این زمینه مبین این نکته اند که نشانه های وسواس - بی اختیاری و نشانه های مثبت تر روان گسیختگی با حالات خلقی ناسازگار دارای هم تغییر می باشند (نورمن و مالا<sup>۸۱</sup>، ۱۹۹۱ و<sup>۸۲</sup> ۱۹۹۴)، بدین معنی که توأم بودن زمینه نامتعارف شناختی با نشانگان وسواسی مسوؤل افزایش سطوح افسردگی است.

## ارجاعات و یادداشتها

- 1- Obsessive – compulsive
- 2- Schizotypy
- 3- Diagnostic and statistical manual of mentae disorders 4th, ed .
- 4- American psychiatric Association
- 5- Davilson , G. c., Neal , j. M. ( 1994 ) . Abnormal psychology .  
New york : john weily and sons inc .
- 6- Dawson , j . H . ( 1977 ) . the phenomenology of severe obsessive –  
compulsive neurosis . British journal of psychiatry,
- 7- Insel , T . R . & Akiskal , H. S. (1986) . Obsessive compulsive  
disorder with psychotic features : A phenomenologic analysis.  
American journal of psychiatry
- 8- Rasmussen , S.A. & Tsuang , M. T. ( 1986a ) . Clinical  
characteristics and family history in DSM III obsessive  
compulsive disorder . American journal of psychiatry
- 9- Norman , R . M. G ., Davis , f., Malla, A.K, cortese, L., Nicholson ,  
I . R. (1996) .Relationship obsessive compulsive symptomatology  
to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population.  
British journal of clinical psychology,
- 10- clark, D.A., Smith, M.G.,Neighbors,B.D., Skerlec, L.M., Randall,  
j. (1994). Anxiety disorders in adolescence characteristics,  
prevalence and comorbidities. Clinical psychology Review,
- 11- Steketee , G., Garyson, j.B. & Foa, E.B. (1987) . A comparison of  
characteristics of obsessive compulsive disorder and other anxiety  
disorders . journal of Anxiety Disorders,
- 12- Skodal, A.E., Oldham, J.M., Hyler S.E., Stein , D.J., Hollander,  
E., Gallasher , P.E & Lopez , A. E ( 1995 ) . Patterns of anxiety

- and personality Disorder comorbidity . Journal of Psychiatric Research ,
- 13 -Lenzenweger , M.F., Korfine , L. ( 1994 ). Perceptual aberrations schizotypy and the Wisconsin card sorting test . Schizophrenia Bulletin , .
- 14 -Purdon , D. & Clark , D.A. ( 1993 ). Obsessive intrusive thoughts in non – Clinical subjects : part I . Content and relation with depressive , anxious and obsessional symptoms . Behaviour Research and Therapy .
- 15 -Enright , S.J. & Beech , A.R. ( 1990 ). Obsessional states : Anxiety dis
- 16 -Enright , S.J. & beech , A.r. ( 1993 ). Reduced cognitive inhibition in ob sessive – compulsive disorder . British Journal of Clinical psychology .
- 17 -Beech, A., McManus , D., Baylis, G. Tipper , S. & Agar , K. (1991). Individual differences in cognitive processes :Toward on explanation of Schizophrenic symptomatology. British journal of psychology,
- 18 – moudsley obsessive compulsive Inventory.
- 19 – Hodgson , R.J. & Rachman , S. (1977 ) . Obsessional compulsive complains. Behaviour Research and Therapy ,
- 20 – convergent validity
- 21 – podua Inventory – Revised
- 22 – van open , P., Hoekstra, R.J. & Emmelkamp, P . M.G. (1995). The structure of obsessive – compulsive symptoms . Behaviour Research and Therapy,
- 23 – Claridge, g.(1990). can a disease model of schizophrenia Survive? In R.P.Bentall (Ed.), Reconstructing Schizophrenia London : Routledge.
- 24 – perceptual aberration
- 25 – anhedonia

- 26 – Baily , B., West . K.Y., Widiger, T.A. & Fresman, K. (1993 ) .  
The Convergent and discriminat validity of the chapman scales .  
journal of personality Assessment,
- 27- Kendler , K.S., & Hewitt, J. (1992 ) . The structure of self report  
schizotypy in twins . Journal of personality Disorders,
- 28– Kendler , K.S., Ochs, A.L., Gorman, A.M., Hewitt,J.K., Ross,  
D.E., & Mirsky, A.F. (1991). The stucture of schizotypy : A pilot  
Multitrait twin study . psychiatry Research,
- 29– crow , T.I. (1980 ) . Positive and negative schizophrenic symptoms  
and the role of dopamine . British Journal of psychiatry,
- 30– psychotic
- 31– chapman , L.J., chapman , J.P. (1985). Psychosis proneness. In M.  
Alpert (Ed.) , controversies in schizophrenia : changes and  
conslancies.
- 32 – Magic Ideation scale
- 33– Eckbald, M.& chapman L.J. (1983). Magical ideation as an  
indicator of schizotypy. Journal of consulting and clinical  
psychology,
- 34– perceptual Aberration scale
- 35– chapman , L.J., chapman, J.P. & Raulin, M.L. (1978). Bady –  
image aberration in schizophrenia. Journal of Abnormal  
psychology.
- 36- Chapman. L.J.Chapman. , J.P & Miller , E.N (1982). Reliabilities  
and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis .  
Journal of consulting and Clinincal psychology ,
- 37- Berenbaum , H. & McGrew, J. (1993). Familial resemblance of  
schizotypic traits .psychllogical Medicine ,
- 38- Beck Anxiety inventory .
- 39-Beck, A.T. & Steer , R.A. (1990). Manual for the Revised Beck  
Anxiety Inventory. San Antonio, TX. Psychological Corporation.
- 40-Internal consistency .

- 41-Test – retest reliability .
- 42-Construct validity.
- 43-Beck , A. T., Esptein , N., Brown , G. & Steer , R . A (1988a). An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties — Journal of Consulting and clinical Psychology ,
- 44-Beck, A. T & Steet , R.A (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients . Journal of Anxiety Disorders,
- 45-Hamilton Anxiety Rating scale .
- 46-Maier , W., Buller , R., Philipp , M. & Heuser , I . (1988). The Hamilton Anxiety Scale : Reliability , Validity and sensitivity of change in Anxiety and Depressive Disorders. Journal of Affective Disorders ,
- 47-Beck Depression Inventory .
- 48-Beck, A. T ., Steet , R.A. & Garbin , M. G. (1988b). Psychometric properties of the Beak Depression Inventory . Twenty – five years of evaluation . Clinical Psychj ology Reviw,
- 49-Hamilton Ratings cale of Depression .
- 50-Sayer , N.A., Sackheim, H.A., Moeller , J. R., prudic , J., Derenand , D. P., Coleman, E.A. & Kiersky , J.E (1993). The relations between observer- rating and self – report of depressive Symptomatology . Psychological Assessment,
- 51-Self – report.
- 52-Beck , A.T. & Steer , R . A . (1987). BDI : Beck Depression inventory Manual . San Antonio , TX. Psychological corporation .
- 53-George , L. & Neufeld , R. w . J . ( 1987 ). Magic ideation and schizophrenia . Journal of Consulting and Clinical psychology ,
- 54-Lenzenweger, M.F. & Loranger , A.W. ( 1989 b ). Psychosis proneness and clinical psychopathology : Exmination of the correlates of schizotypy . Journal of Abnormal psychology,



- 55-Sanavio , E. ( 1988 ). Obsession and compulsions . The Padua Inventory . Behaviour Reseach and Therapy.
- 56-Riskind , J.H., Beck , A.T., Brown , G. & steer, R.A. ( 1987 ). Taking the measure of anxiety and depression : validity of the reconstructed Hamilton Scales . Journal of Nervous and Mental Disease ,
- 57-Moran , P.W. & Lambert , M.J. ( 1983 ). A. review of current assessment tools for monitoring changes in depression . In M.J. Lambert , E.R. Christensen & S.S.Dejulio ( Eds ). The Assessment of psychotherapy outcome,
- 58-Rachman , S.J. & Hodgson , R.J. ( 1980 ) . Obsession and Compulsions . Englewood Cliffs , NY : prentice – Hall.
- 59-Heirarchical .
- 60-Stepwise .
- 61-Gittleson , N. L. ( 1966 ) . The effect of obsession on depressive psychosis . British Journal of psychiatry,
- 62-Reed, G.F. ( 1985 ). Obsessional Experience and compulsive Behaviour . Academic press : London .
- 63-Niler , E.R. & Beck , S.J. ( 1989 ). The relationship among guilt , dysphoria , anxiety and obsession in a normal population . Behaviour Research and Therapy ,
- 64-Rynolds , M. & Salkoviskis , P.M. ( 1992 ) Comparison of positive and negative thoughts and experimental investigation of the differential effects of mood . Behaviour Research and Therapy,
- 65-Reliability .
- 66-Janet . P. ( 1903 ). Les obsessions et la psychastheinie , Vol . 1 . 2 nd ed. Paris : Alcan .
- 67-Freud, S. ( 1986 ). Further remarks on the neuro psychoses of defence . II. The nature of mechanism of obsessional neurosis . In Journal strachey ( tranl . & Ed .), Edition of the complet

- psychological work of Sigmund Freud. London : Hogarth press and institute of psychoanalysis.
- 68-Tallis, F., Rosen , K., shafraan, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: A replication employing a clinical population. Behaviour Research and Therapy,
- 69-Clark, D.A. (1992) . Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients . Behaviour Research and therapy,
- 70-McNally , R.J. & Kohlbecks, P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive – compulsive disorder . Behaviour Research and Therapy,
- 71-Freeston, M.H., La Douceur, R., Thibodeau, N. & Gargnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a nonclinical population. II. Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. Behaviour Research and therapy,
- 72-Beech H.R. (1971). Ritualistic activity in obsessional patients . journal of psychometric Research,
- 73-Ego – dystonic
- 74-Tobacyk, J.J. & Wilkinson, L.V. (1990) . Magical thinking and paranormal beliefs. Journal of Social Behaviour and personality,
- 75-Freud, S. (1963). Obsessive acts and religious practices. In P. Rieff (Ed.) ,character and culture, pp.17 – 26 new york : collier (original work published in 1907 ).
- 76-Safzman , L. (1968). The obsessive personality . new york : Science House.
- 77-Frost R.O., Krause, M.s., McMahon , M.J., peppe, J., Evans, M., McPhee, A.M. & Holden, M. (1993). Compulsivity and superstitiousness. Behaviour Research and therapy,
- 78-Torgerson , S., Onstad, S., Skre, I., Ewardson, J. & Kringlen , E. (1993). “ True ”Schizotypal personality disorder : A study of co-

- twins and relatives of schizophrenic probank . *America Journal of psychiatry* ,
- 79-Peters , F.R., pickering , A.D. & hemsley , D.R. (1994). “ Cognitive inhibition ”and positive symptomatology in schizotypy . *British Journal of Clinical psychology* ,
- 80-Enright , S. J., Claridge , G.S., Beck , A.R., Kemp , W.S. (1994). A questionnaire Study of schizotypy in obsessional states and the other anxiety disorders. *Personality and individual differences* .
- 81-Norman , R.M.G. & Malla, A. K. (1991). Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Psychological Medicine* .
- 82-Norman, R.M.G., Malla , A.K. (1994) Correlations over time Between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia . *Comprehensive psychiatry* ,

## فهرست منابع خارجی

- Baily , B. west , K.Y., Widiger , T.A. & Fresman , K (1993). The Convergent and discriminat validity of the chapman scales. *Journal of personality Assessment*, 61, 121- 135.
- Beck, A.T. & steer , R.A (1987). BDI : Beck Depression Inventory Manual . san Antonio , TX. Psychological corporation.
- Beck , A.T., Esptein , N., Brown , G . & Steer , R. A (1988a ). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 56, 893- 897.
- Beek , A. T., Steer , R.A. & Garbin , M.G. (1988b). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory . Twenty – Five Years of evaluation . *clinical Psychology Reviw*, 8 , 77- 100.
- Beck , A.T.& Steer, R.A. (1990). Manual for the Revised Beck Anxiety Inventory . San Antonio , Tx. Psychological Corporation.
- Beck , A. T. & Steer , R.A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients . *Journal of Anxiety Disorders*, 5 , 213 – 223 .
- Beech , H.R. (1971) Ritualistic activity in obsessional patients. *Journal of Psychometric Research* , 15, 417- 422.

- Beech, A., McManus, D., Baylis, G., Tipper, S. & Agar, K. (1991). Individual differences in Cognitive processes : Toward an explanation of Schizophrenic symptomatology . *British Journal of Psychology* , 82, 417 – 426.
- Berenbaum, H. & McGrew, J. (1993). Familial resemblance of schizotypic traits. *Psychological Medicine* , 23, 327- 333.
- Chapman, L. J., Chapman, J.P., Miller, E.N. (1982). Reliabilities and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 50, 187-195.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. & Raulin, M. L. (1978). Body – image aberration in schizophrenia . *Journal of Abnormal Psychology* . 87, 399-407.
- Chapman, L.J., Chapman, J.p. (1985). Psychosis proneness . In M. Alpert (Ed.), *Controversies in schizophrenia : Changes and Constancies* . pp. 157 - 172.
- Claridge, G. (1990). Can a disease model of Schizophrenia Survive ? In R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing Schizophrenia* . London : Routledge .
- Clark, D.A. (1992). Depressive , anxious intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients . *Behaviour Research and Therapy* , 30, 93-102.
- Clark, D.A., Smith, M.G., Neighbors, B.D., Skerlec, L.M., Randall, J. (1994 ). Anxiety disorders in adolescence Characteristics , prevalence and Comorbidities . *Clinical Psychology Review* , 14(2), 113- 137.

- Crow , T.I (1980). Positive and negative schizohhrenic symptoms and the role of dopamine . British Journal of psychiatry , 137, 383 – 386.
- Davilson, G.C., Neal, J. M . (1994). Abnormal Psychology. New york: John weliy and sons inc .
- Dawson , J.H. (1977). The phenomenology of severe obsessive – Compulsive neurosis . British Journal of psychiatry , 131, 75-78.
- Eckbald , M . & Chapman , L.J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy . Journal of consulting and Clinical psychology , 51 , 215-225.
- Enright , S.J & Beech , A. R., (1990). Obsessional States : Anxiety disorders of schizotypes ? An information processing and personality assessment . Psychological Medicine , 20, 621-627.
- Enright , S.J & Beech , A. r. (1993). Reduced cognitive inhibition in obsessive – compulsive disorder . British Journal of Clinical psychology , 32, 67-74.
- Enright , S.J., Claridge , G.S., Beck , A.R., Kemp, W.S. (1994.) A questionnarie study of schizotypy in obsessional states and the other anxiety disorders. Personality and individual Differences , 16 (1) , 191 – 194.
- Freeston , M.H., La Douceur , R., Thibodeau , N.& Gargnon , F. (1992). Cognitive intrusions in a nonclinical population . II . Associations with depressive , anxious and compulsive symptoms . Behaviour Research and Therapy , 30 , 263 – 271.

- Freud , S. (1963). Obsessive acts and religious practices . In P . Rieff (Ed.) , Charater and culture , pp. 17 – 26 . Newyork : collier (original work published in 1907) .
- Freud , S. (1986) . Further remarks on the neuro psychoses of defence . II . The nature of mechanism of obsessional neurosis . In Journal strachey (tranl . & Ed.), Edition of the complet psychological works of Sigmund Freud . London : Hogarth press and institute of psychoanalysis.
- Frost R.O., Krause , M.S., mcMahon , M.J., peppe , J ., Evans , M., Mcphee , A.M. & Holden , M. (1993) . compulsivity and superstitiousness. Behaviour Research and Therapy , 31 , 423 – 425.
- George , L. & Neufeld , R. W. J . (1987). Magic ideation and schizophrenia . Journal of consulting and Clinical psychology , 55 , 778 – 779.
- Gittleson , N.L. (1966). The effect of obsession on depressive psychosis .British Journal of psychiatry , 112 , 253 – 258 .
- Hodgson , R.J. & Rachman , S. (1977). Obsessional Compulsive Complains . Behaviour Research and Therapy , 15 , 389 – 395.
- Insel , T.R. & Akiskal , H.s. (1986) . Obsessive compulsive disorder with psychotic features : A phenomenologic analysis . American Journal of psychiatry , 143 , 1527 – 1533 .
- Janet . P. (1903). Les obsession et la psychastheinie , VOL . 1 , 2 nd ed . Paris : Alcan.

- Kendler , k.S., Ochs, A.L., Gorman , A.M., Hewitt , J. K., Ross , D.E., & Mirsky, A.F. (1991), The structure of schizotypy : A pilot Multitrait twin study . *Psychiatry Research* , 36 , 19- 36.
- Kendler , K.S., & Hewitt , J . (1992). The structure of self – report schizotypy in twins . *Journal of personality Disorders* , 6, 1-17.
- Lenzenweger , M.F. & Loranger , A.W. (1989 b). Psychosis proneness and Clinical psychopathology : Exmination of the correlates of schizotypy . *Journal of Abnormal psychology* , 98 , 3 – 8.
- Lenzenweger , M.F., Korfine , L. (1994). Perceptual aberrations schizotypy and the Wisconsin card sorting test . *Schizophrenia Bulletin* , 20(2), 345-357.
- Maier , W ., Buller ., R., philipp , M. & Heuser, I . (1988). The Hamilton Anxiety Scale : Reliability , Validity and sensitivity of change in Anxiety and Depressive Disorders . *Journal of Affective Disorders* , 14 , 61 – 68.
- McNally , R.J. & Kohlbecks , P.A. (1993). Reality monitoring in obsessive – compulsive disorder . *Behaviour Research and Therapy* , 31, 249 – 253.
- Moran , P. W . & lambert , M.J. (1983). A review of current assessment tools for monitoring changes in depression . In M.J. Lambert , E.R. Christensen & S.S. Dejulio (Eds). *The Assessment of psychotherapy outccone* , pp. 293 – 303 . New york : wiley .
- Niler , E. R. & Beck , S.J. (1989). The relationship among guilt dysphoria ; anxiety and obsession in a normal population . *Behaviour Research and Therapy* , 27 , 213 – 220.



- Norman , R.M.G & Malla , A.K. (1991). Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Psychological Medicine* , 21, 897 – 903 .
- Norman , R.M.G Malla A.K. (1994). Correlations over time between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia . *Comprehensive psychiatry* , 35 , 34 – 38.
- Norman , R.M.G., Davis , F., Malla , A.K., Cortese , L., Nicholson , I.R. (1996). Relationship obsessive compulsive symptomatology to anxiety , depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical psychology* , 35 , 553 – 566.
- Peters , F.R., Pickering , A.D. & Hemsley , D.R. (1994). “ Cognitive inhibition ” and positive symptomatology in schizotypy . *British Journal of Clinical psychology* , 33, 33 – 48
- Purdon , D. & Clark , D . A . (1993). Obsessive intrusive thoughts in non – clinical subjects : part I . Content and relation with depressive , anxious and obsessional symptoms . *Behaviour Research and Therapy* , 31 , 713 – 720 .
- Rachman , S.J. & Hodgson , R.J. ( 1980 ).*Obsession and Compulsions* . Englewood Cliffs, Ny : prentice – Hall.
- Rasmussen , S.A. & Tsuang , M.T. ( 1986a). Clinical Characteristics and family history in DSM III obsessive – Compulsive disorder . *American Journal of psychiatry* , 143 , 317 – 322.
- Reed, G.F.(1985). *Obsessional Experience and compulsive Behaviour*. Academic press: London.

- Riskind, J.H., Beck, A.T., Brown, G. & Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton Scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.
- Rynolds, M. & Salkovskis, P.M. (1992). Comparison of positive and negative thoughts and experimental investigation of the differential effects of mood. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 273-281.
- Salzman, L. (1968). *The obsessive personality*. New York: Science House.
- Sanavio, E. (1988). Obsession and compulsions. The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy* 26, 167-177.
- Sayer, N. A., Sackheim, H. A., Moeller, J.R., Prudic, J., Derenand, D. P., Cofeman, E.A. & Kiersky, J. E. (1993). The relations between observer-rating and self-report of depressive symptomatology. *Psychological Assessment*, 5, 350-360.
- Skodal, A.E., Oldham, J. M., Hyler, S.E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallasher, P.E. & Lopez, A.E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 5, 361-364.
- Steketee, G., Garyson, J.B. & Foa, E.B. (1987). A comparison of characteristics of obsessive compulsive disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 325-335.
- Tallis, F., Rosen, K., Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: A replication

employing a clinical Population. *Behaviour Research and Therapy* , 34(8) , 649-653.

Tobacyk, J.J. & Wilkinson, L.V. (1990) . *Magical thinking and paranormal beliefs. Journal of social Behaviour and personality*, 5, 255- 264.

Torgerson, S., Onstad, S., Skre , I., Ewardson, J. & Kringlen, E. (1993). "True" schizotypal personality disorder: A study of co-twins and relatives of schizophrenic probands. *American Journal of psychiatry* , 150, 1661-1667.

Van open , p., Hoekstra , R.J. & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive – compulsive symptoms . *Behaviour Research and Therapy*, 33(1) , 15-23.

## منابع داخلی

- دادستان ، پریخ (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی . جلد اول، تهران :انتشارات سمت.
- کاپلان ،هارولد. سادوک، بنیامین و گرب، جک (۱۹۹۴). ترجمه پورافکاری ، نصرت اله (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. جلد دوم، تهران انتشارات شهر آب.