

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۲ تابستان ۱۳۹۵

بررسی روابط علی-ساختاری بین شخصیت اسکیزوتایپی و نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری: نقش میانجی آمیختگی فکر-عمل

ساناز کبیرنژاد^۱

تورج هاشمی^۲

مجید محمود علیلو^۳

منصور بیرامی^۴

چکیده

اختلال وسواسی-اجباری، یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات است که از سوی سازمان بهداشت جهانی علت عمده ناتوانی برآورد شده است. اختلال وسواسی-اجباری با درجات مختلفی از همبودی با سایر اختلالات از جمله اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی مربوط است. شواهد تجربی متعددی بر ارتباط احتمالی بین اختلال وسواسی-اجباری و اسکیزوفرنی و اسکیزوتایپال تأکید می‌کنند. احتمالاً پایه‌های روان‌شناختی مشترکی مانند آمیختگی فکر-عمل و تفکر جادویی بین این اختلالات وجود دارد. هدف از پژوهش حاضر، برآزش روابط علی-ساختاری بین نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپی و اختلال وسواسی-اجباری با توجه به نقش میانجی آمیختگی فکر-عمل بود. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰۰ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز بودند که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادلزلی، صفات شخصیت اسکیزوتایپال، آمیختگی فکر-عمل را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شدند. نتایج نشان داد که در رابطه بین شخصیت

Email: itnma@yahoo.com

۱- دکتری روان‌شناسی (نویسنده مسئول)

۲- استاد دانشگاه تبریز، گروه روان‌شناسی

۳- استاد دانشگاه تبریز، گروه روان‌شناسی

۴- استاد دانشگاه تبریز، گروه روان‌شناسی

اسکیزوتایپال و اختلال وسواسی- اجباری، آمیختگی فکر- عمل می‌تواند نقش میانجی داشته باشد. از این رو صفات شخصیت اسکیزوتایپال به واسطه آمیختگی فکر- عمل می‌تواند اثرات متفاوتی در پیامد درمانی اختلال وسواسی- اجباری داشته باشد.

واژگان کلیدی: اختلال وسواسی- اجباری؛ اسکیزوتایپال؛ آمیختگی فکر-عمل

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری اختلال مزمن و طاقت فرسایی است که از سوی سازمان بهداشت جهانی، علت اصلی ناتوانی برآورد شده است (ماتیکس-کولز^۱، روساریو- کامپوز^۲، لک من^۳، ۲۰۰۵). از طرفی این اختلال در زمره اختلالات عصبی- روان‌شناختی قرار می‌گیرد که در طول سالیان متمادی شهرت و گستردگی یافته و معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. میانگین سن شروع این اختلال حدود ۲۰ سالگی بوده و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی- اجتماعی و شغلی بیمار بر جای می‌گذارد (کاپلان- سادوک، ۲۰۰۳).

شیوع وسواس در طول عمر در جمعیت کلی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده و فکر وسواسی در برگیرنده عقاید، تکانه‌ها، افکار و احساسات مزاحم و تکرار شونده‌ای است که فرد را دچار اضطراب و ناراحتی می‌کند و به نظر می‌رسد شخص مجبور است درباره چیزی فکر کند که همواره آرزو می‌کند بتواند درباره آن نیندیشد، منظور از عمل وسواسی (اجبارها) نیز اعمال خودآگاهی است که فرد به منظور کاهش اضطراب، هنگام هجوم افکار وسواسی، خود را مجبور به انجام آنها می‌داند (آزاد، ۱۳۸۴).

براساس بیشتر مطالعاتی که درباره اختلال وسواس فکری- عملی انجام شده است، وجود وضعیت‌های همایند با این اختلال بسیار حائز اهمیت است، به‌ویژه OCD با الگوی

1- Mataix-Cols
3- Leckman

2- Rosario-Campos

شبه‌روان‌گسستگی شخصیت اسکیزوتایپی^۱ رابطه نزدیکی دارد و با وجود شواهد پژوهشی که نشان می‌دهند OCD و اسکیزوفرنیا^۲ به آسانی قابل تمیزند، ولی مسیر رشدی پژوهش‌ها رابطه احتمالی بین OCD و اسکیزوتایپی را به وضوح نشان می‌دهند (تورنر^۳ و بیدل^۴، ۱۹۸۸).

اخیراً پژوهشگران همپوشی قابل توجهی بین اسکیزوفرنی و وسواس را مطرح کرده‌اند و تخمین‌ها از میزان همپوشی در هردو گروه به‌طور گسترده متنوع بوده و به الگوها و ملاک‌های به‌کار برده شده بستگی دارند (تیبو^۵ و وارنک^۶، ۱۹۹۹). به‌نظر می‌رسد که این همپوشی به‌دلایل وجود برخی متغیرهای مشترک بین وسواس و پیوستار اسکیزوفرنی مربوط باشد. در این راستا تخمین زده می‌شود که علایم سایکوتیک به همراه شروع وسواس تقریباً در ۱۵ درصد از بیماران اتفاق می‌افتد و علایم، افکار و اعمال وارسی معنی‌دار از لحاظ بالینی به مقدار ۲۵ الی ۶۰ درصد در بیماران اسکیزوفرن اتفاق می‌افتد (برمن^۷، مرسون^۸، وایگنر^۹، لوسونزی^{۱۰}، پاپاس^{۱۱}، گرین^{۱۲}، ۱۹۹۸؛ کاسانو^{۱۳}، پی نی^{۱۴}، ساتونی^{۱۵}، راجی^{۱۶}، دل اوسی^{۱۷}، ۱۹۹۸). همچنین صفات اسکیزوتایپال با علایم وسواس در بین بیماران سرپایی روان پزشکی مشاهده می‌شود (نورمن^{۱۸}، داویس^{۱۹}، مالا^{۲۰}، کورتس^{۲۱}، نیکولسون^{۲۲}، ۱۹۹۶).

از آنجایی که اسکیزوتایپی به‌عنوان تمایل به سایکوز یا استعداد اسکیزوفرنیا (لنزونگر^{۲۳}، کورفینک^{۲۴}، ۱۹۹۲) یا تظاهرات خفیف اختلال سایکوتیک در جمعیت نرمال

1- Schizotypy

3- Turner

5- Tibbo

7- Berman

9- Viegner

11- Pappas

13- Cassano

15- Saettoni

17- Dell Osso

19- Davies

21- Cortese

23- Lenzenweger

2- Schizophrenia

4- Beidel

6- Warnek

8- Merson

10- Losonczy

12- Green

14- Pini

16- Rucci

18- Norman

20- Malla

22- Nicholson

24- Korefinc

(راولینگز^۱، کلاریج^۲ و فریمن^۳، ۲۰۰۱) مفهوم‌سازی می‌شود، از این رو تحقیقات بنتال^۴، کلاریج، اسلاد^۵ (۱۹۸۹) نشان داده است که بیماران وسواسی به‌گونه‌ای معنی‌دار ویژگی‌های اسکیزوتایپال بیشتری در پرسشنامه اسکیزوتایپی چندگانه (CSTQ)^۶، راولینگز، کلاریج، فریمن، (۲۰۰۱) در مقایسه با گروهی مختلط از بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی نشان می‌دهند (راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱). در این راستا اینرایت^۷ و بیچ^۸ (۱۹۹۰) پیشنهاد کردند که بیماران مبتلا به وسواس، شناخت‌های ویژه و علایمی از اغتشاش شناختی که ممکن است شکل خفیفی از سایکوپاتولوژی در بیماران اسکیزوفرن باشد، تجربه می‌کنند. مطالعات آزمایشگاهی به‌کار گرفته شده نیز نشان می‌دهد که برخلاف بیماران سایر اختلالات اضطرابی، بیماران مبتلا به وسواس در بازداری شناختی، زوالی مشابه آنچه که در بیماران اسکیزوفرن مشاهده می‌شود نشان می‌دهند (اینرایت و بیچ، ۱۹۹۰).

توضیح این که افراد مبتلا به اسکیزوتایپال با ادراک‌ها و شناخت‌های نامتعارف و عجیب مشخص می‌شوند و نامتعارف بودن به ناحیه خاص محدود نمی‌شود. از سویی، افراد اسکیزوتایپال به‌وسیله دیگران حتی افراد غیرم تخصص به سادگی تشخیص داده می‌شوند چرا که آنها ناراحتی مفرط در روابط بین فردی تجربه نموده و فاقد دوستان صمیمی‌اند و از لحاظ اجتماعی بی‌کفایت و منزوی بوده و غالباً عقاید انتساب به‌ویژه خرافی و تفکر جادویی داشته که با فرهنگ و خرده‌فرهنگ آنها متناقض است. آنها ممکن است باورهایی درباره نیروهای جادویی مانند تله‌پاتی، غیب‌بینی، تخیلات عجیب و غریب و تجارب عرفانی را گزارش کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

هر چند که افراد بهنجار نیز ممکن است چنین باورهایی را بیان کنند، لکن این افکار که به‌وسیله افراد اسکیزوتایپال گزارش می‌شوند مفرط بوده و با عملکرد شغلی و اجتماعی آنها تداخل می‌کند (رین^۹، ۲۰۰۶).

1- Rawlings
3- Freeman
5- Slade
7- Inright
9- Raine

2- Claridge
4- Bentall
6- Composite Schizotypy Questionnaire
8- Beech

پژوهش‌های مربوط به اسکیزوتایپی، ابعاد نشانه‌ای برای اسکیزوتایپی مشخص کرده‌اند که مشابه همان ابعاد اسکیزوفرنیا است (ووت ریچ^۱، باتز^۲، ۲۰۰۶، کرنس^۳، ۲۰۰۶). کرنس (۲۰۰۶) دریافت که مدل سه عاملی اسکیزوتایپی شامل نشانه‌های مثبت، منفی و آشفته برآزش خوبی دارد. نشانه‌های اسکیزوتایپی مثبت شامل تفکر ارجاعی، تفکر جادویی، و تفکر پارانوئیدی است. اسکیزوتایپی منفی شامل نداشتن دوستان نزدیک و عاطفه محدود است. اسکیزوتایپی آشفته با گفتار و رفتار عجیب غریب مشخص می‌گردد (هداوندخانی، ۱۳۹۱). صفات اسکیزوتایپی مثبت اندکی در زنان بیشتر است (فوساتی^۴، رین، کارتا^۵، لانوآردی^۶، مافی^۷، ۲۰۰۳).

با توجه به موارد مطرح شده به نظر می‌رسد که اسکیزوتایپی اختلالی ناهمگون بوده و با هر دو اختلال وسواس و اسکیزوفرنی ارتباط داشته و این‌که، صفات اسکیزوتایپی می‌تواند در افراد سالم نیز دیده شود.

تفکر سحر آمیز که برخی از نشانگان اختلال اسکیزوتایپی مانند اعتقاد به خرافات، عقاید انتساب، اشتغال ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند، یکی از اشتراکات نظریه‌ای بین وسواس و شخصیت اسکیزوتایپی است که در وسواس خود را به صورت آمیختگی فکر و عمل (TAF^۸) نشان می‌دهد (لی، کاگلی^۹ و تلج، ۲۰۰۵، حمیدی، ۱۳۸۹). TAF به این باور فرد اشاره دارد که افکار و اعمال به‌طور ناگسستنی به هم پیوسته‌اند و در واقع TAF پدیده‌ای روان‌شناختی است که در آن فرد، افکار وسواسی و عمل ممنوع را از نظر اخلاقی معادل هم می‌بیند و می‌پندارد که افکار وسواسی، احتمال وقوع رویداد نامطلوب را افزایش می‌دهد. در نتیجه این فرآیند، افراد وسواسی، قدرت کمتری برای نادیده گرفتن افکار منفی مزاحم خود داشته و با اضطراب زیاد و میل شدیدتری به انجام رفتارهای خنثی‌کننده می‌پردازند (کلارک^{۱۰}، ۲۰۰۴).

1- Wuthrich
3- Kerns
5- Carretta
7- Maffei
9- Cogle

2- Bates
4- Fossati
6- Leonardi
8- Thought action- fusion
10- Clark

امروزه اصطلاح آمیختگی فکر و عمل ناظر بر اعتقاد به این است که افکار مزاحم خاص شخص می‌توانند مستقیماً بر رویدادهای بیرونی اثر گذارند یا اعتقاد به اینکه چنین افکاری از لحاظ اخلاقی معادل انجام آن اعمال منع شده هستند (راچمن و شفران^۱)، (۱۹۹۹).

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که سازه آمیختگی فکر و عمل دارای دو بعد آمیختگی فکر-عمل احتمال^۲ و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی^۳ بوده و به این معنا هستند که داشتن افکار وسواسی درباره اعمال منع شده و انجام واقعی این اعمال از لحاظ اخلاقی معادل یکدیگر بوده و TAF احتمال ناظر بر اعتقاد فرد به این است که فکر کردن درباره رویداد آشفته‌ساز یا غیرقابل پذیرش، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد (شفران، راچمن، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد TAF احتمال، با صفات اسکیزوتایپال و تفکر جادویی اسکیزوفرنی مربوط باشد، در حالی که TAF اخلاقی چنین ارتباطی را نشان نمی‌دهد (لی، کاگلی و تلچ، ۲۰۰۵). در واقع تفکر سحرآمیز اسکیزوتایپی در بیماران OCD همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی ممکن است بتواند فرد را در معرض خطر بیشتر برای ایجاد سوگیری شناختی آمیختگی فکر-عمل از نوع احتمال قرار داده و از این طریق به تقویت و تشدید وسواس‌های فکری منجر شود و از آن جایی که بین عامل تفکر سحرآمیز و علائم OCD رابطه مثبتی وجود دارد، این احتمال موجه به نظر می‌رسد (لی و همکاران، ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که TAF به‌گونه مثبت با جنبه‌های مختلف اسکیزوتایپی مرتبط است (موریس^۴ و مرکلباخ^۵، ۲۰۰۳). با این حال تحقیقی که به‌گونه مستقیم رابطه بین TAF، اسکیزوتایپی و علائم OCD را بررسی کند، بسیار نادر است.

به‌طور کلی با توجه به نوباوگی خط پژوهشی نظریاتی که در آنها مطرح شده است که پیوستار OCD و اسکیزوفرنیک ممکن است به‌گونه غیرمستقیم در امتداد بعدی از

1- Shafran
3- Morality
5- Merckelbach

2- Likelihood
4- Muris

اسکیزوتایپی مربوط باشد و با توجه به مشاهدات بالینی و تجربی در خصوص نشان دادن اسکیزوتایپی در پیوستاری از شدت اسکیزوفرنی که در آن علایم بیشتر، به اسکیزوفرنی منجر شده و علایم کمتر، به صورت بهنجار مشاهده می‌شود. و این که تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران OCD با علایم شخصیت اسکیزوتایپال در آزمون‌های مربوط به عملکرد اجرایی اوربیتوفرونتال و کورتکس فرونتال به گونه ضعیف عمل می‌کنند که نقص در عملکرد شناختی در این نواحی به گونه همسان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و شخصیت اسکیزوتایپال نیز یافته شده است، احتمال وجود ارتباط بین OCD، اسکیزوفرنی و شخصیت اسکیزوتایپی را افزایش می‌دهد (میتروپولو^۱، هاروی^۲، مالداری^۳، موری آرتی^۴، نیو^۵، سیلورمن^۶، سیور^۷، ۲۰۰۲).

از آنجایی که وجود اختلالات شخصیتی خاص، یکی از شاخص‌های اولیه برای شکست درمانی است، این احتمال وجود دارد که افراد مبتلا به OCD با علایم اسکیزوتایپال بهره کمتری از درمان ببرند و این که به درمان‌های دارویی و رفتاری ویژه نیاز داشته باشند. از سویی نظر به این که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی سازه همگنی نیست و در سال‌های اخیر با تجدیدنظر در مدل‌های نظری، مدل پیوستار اسکیزوفرنی مطرح گردیده و در این پیوستار تأکید بر این شده است که علایم اسکیزوفرنی بین وضعیت بهنجار تا سایکوتیک قرار دارند (محمدزاده، ۱۳۹۰) و در این سال‌ها مبادلات نظری دامنه‌داری در خصوص طبقه‌بندی ابعادی و مقوله‌ای اختلالات بالینی شکل گرفته است و شواهد پژوهشی بر این تأکید دارند که ناهمگونی اختلال که دارای اختصاصیت و پریشانی عام پایین است، امری غیرقابل انکار است (واتسون، ۲۰۰۹). لذا اهمیت پژوهش حاضر در این است که سعی بر این دارد تا حد امکان، خلاء اطلاعاتی موجود در این زمینه‌ها را پر نموده و برخی عوامل مشترک بین اختلال OCD و اسکیزوتایپی را شناسایی کرده تا از این طریق، در درمان اختلال OCD گام موثری برداشته شود و همچنین

1- Mitropoulou
3- Maldari
5- New
7- Siever

2- Harvey
4- Moriarty
6- Silverman

این پژوهش می‌تواند در خصوص این سوال که می‌توان بر وجود طبقه تشخیصی جداگانه‌ای به نام اسکیزو-وسواسی صحنه گذاشت یا نه؟ روشنگری لازم به عمل آورد.

لذا هدف پژوهش حاضر این بود که روابط علی-ساختاری بین علایم شخصیت اسکیزوتایپال، آمیختگی فکر - عمل و علایم وسواسی-اجباری را بررسی نموده و به این سوال اساسی پاسخ دهد که آیا آمیختگی فکر-عمل قادرند روابط علی بین علایم شخصیت اسکیزوتایپی و اختلال وسواسی-اجباری را میانجیگری کنند؟

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی بوده که با هدف تعیین روابط علی-ساختاری اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و نشانه‌های اختلال وسواس با توجه به نقش میانجی آمیختگی فکر-عمل صورت گرفته است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به این که افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از افراد غیربالینی بودند، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی دختر و پسر دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند که از بین آنها ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین ترتیب که ابتدا بر اساس پیشینه پژوهشی و مبتنی بر پیشنهاد‌های صاحب‌نظران عرصه‌های پژوهشی، کفایت تعداد نمونه در ۳۰۰ نفر تثبیت شد. سپس از بین دانشکده‌های دانشگاه تبریز تعداد پنج دانشکده به تصادف انتخاب و از هر دانشکده ۲ کلاس به تصادف انتخاب گردید و داده‌های موردنیاز از همه دانشجویان حاضر در این کلاس‌ها جمع‌آوری شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه مادزلی (MOCI)^۱: این پرسشنامه خودسنجی شامل ۳۰ سوال است و با ابعاد مختلف علایم وسواسی ارتباط دارد. همچنین تشریفات آشکار و ارتباط آنها با وسواس

عملی را ارزیابی می‌کند. علاوه بر یک نمره کلی وسواس، شامل ۴ خرده‌مقیاس است (وارسی، آلودگی، کندی، شک و تردید). این خرده‌مقیاس‌ها پرسشنامه مادزلی را به ابزاری مفید جهت ارزیابی تغییرات در نشانه‌های ویژه تبدیل کرده و تمرکز آن بر نشانه‌های وسواس فکری - عملی به جای صفات شخصیتی، باعث شده است که این پرسشنامه در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواس فکری-عملی سودمندی ویژه‌ای داشته باشد. (استکتی، ۱۹۹۳).

این پرسشنامه از پایایی آزمون- باز آزمون و اعتبار درونی مناسبی برخوردار است. همبستگی میان آزمون- بازآزمون $0/80$ و اعتبار درونی $0/70$ تا $0/80$ است (راچمن، هاجسون، ۱۹۸۰). همچنین ترنر و بیدل (۱۹۸۸)، به نقل از اندوز، صاحبی، طباطبایی، ۱۳۸۴) ضریب پایایی به‌روش بازآزمایی را $0/89$ گزارش نموده‌اند. ۴ زیرمجموعه که از طریق تحلیل عاملی شناخته شده‌اند عبارتند از: وارسی، آلودگی، کندی، شک و تردید. نمره‌گذاری بر روی هر کدام از این عوامل شدت نشانه طبقه‌بندی شده را مشخص می‌کند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت است که وقتی پاسخی با کلید همخوان بود نمره یک می‌گیرد و وقتی همخوان نبود نمره صفر، حداکثر نمره در ۵ مقیاس وارسی، شستشو، کندی و تردید به ترتیب عبارتند از ۹، ۱۱، ۷ و ۷.

پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ)^۲: این پرسشنامه که برای ارزیابی صفات اسکیزوتایپی به‌کار گرفته می‌شود، توسط راین (۱۹۹۱) ابداع شده است. او SPQ را که یک پرسشنامه خودگزارشی با ۷۴ گویه است براساس ملاک‌های DSM-III برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال طراحی کرده است. SPQ طیف کامل نشانه‌های اسکیزوتایپی، شامل ۹ ویژگی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، را ارزیابی می‌کند. این ویژگی‌ها در قالب سه بعد مثبت، منفی و آشفته بوده و هر بعد از خرده‌مقیاس‌های زیر تشکیل شده است: بعد نقایص شناختی- ادراکی یا نشانه‌های مثبت شامل خرده‌مقیاس‌های تفکر ارجاعی، تفکر جادویی، تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر پارانوئیدی؛ بعد میان فردی یا نشانه‌های

1- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory 2- Schizotypal Personality Questionnaire

منفی شامل خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، نداشتن دوستان نزدیک، عاطفه محدود و بدبینی؛ بعد آشفته شامل خرده‌مقیاس‌های رفتار عجیب و گفتار عجیب. پاسخدهی به این پرسشنامه بله/ خیر بوده و کلیه پاسخ‌های مثبت، نمره ۱ می‌گیرند و کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده دارا بودن صفات اسکیزوتایپی بالا است. راین (۱۹۹۱) مشاهده کرد ۵۵ درصد از کسانی که در ۱۰ درصد بالایی نمره‌ها قرار گرفته‌اند واجد شرایط اختلال شخصیت اسکیزوتایپال هستند. راین (۱۹۹۱) پایایی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون SPQ را به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۲ و پایایی خرده‌مقیاس‌ها را نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ با میانگین ۰/۷۴ گزارش کرده است. هم‌چنین روایی ملاکی SPQ را از طریق همبستگی با تشخیص بالینی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال براساس DSM-III برابر با ۰/۶۰ و با مصاحبه تشخیصی همین اختلال برابر با ۰/۶۸ به‌دست آورد. راین (۱۹۹۱) با استفاده از سایر مقیاس‌های اسکیزوتایپی که براساس ملاک‌های DSM-III طراحی نشده بودند روایی همگرا و روایی تشخیصی SPQ را تأیید کرده است. بخشی‌پور رودسری و همکاران (۱۳۹۰)، به نقل از هداوندخانی، (۱۳۹۱) نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۰ به‌دست آوردند و مشاهده کردند که این پرسشنامه از روایی تمیزی برخوردار است. در ضمن آنها با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی به همان سه عامل میان فردی، ادراکی- شناختی و آشفته که راین (۱۹۹۱) ذکر کرده است دست یافتند.

مقیاس آمیختگی فکر-عمل تجدید نظر شده: مقیاس TAF اولیه به‌وسیله شفران^۱، توردارسون^۲، راجمن (۱۹۹۶) ابداع شده است. این مقیاس شامل ۱۹ گویه و ۳ خرده‌مقیاس است. ۱۲ گویه آن آمیختگی فکر-عمل اخلاقی، ۳ گویه آمیختگی فکر-عمل احتمال برای دیگران و ۴ گویه آمیختگی فکر-عمل احتمال برای خود را می‌سنجد. اما در مقیاس آمیختگی فکر-عمل تجدیدنظر شده (امیر و همکاران، ۲۰۰۱) ۸ خرده‌مقیاس به مقیاس آمیختگی فکر-عمل اولیه افزوده شده است، که دو خرده‌مقیاس کاملاً جدید و شش خرده‌مقیاس در واقع به‌نحوی حاصل ویرایش مقیاس قبلی‌اند.

1- Shafiran

2- Thordarson

امیر و همکاران (۲۰۰۱) برای بررسی روایی همزمان، همبستگی تمام خرده‌مقیاس‌ها را با پرسشنامه وسواسی-اجباری (فوا و همکاران، ۱۹۹۸) بررسی کردند، نتایج نشان می‌دهد به‌جز خرده‌مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل اخلاقی سایر خرده‌مقیاس‌ها همبستگی معنی‌داری دارند. برای بررسی روایی ملاک نیز، این محققان افراد دارای نمرات بالا و پایین در پرسشنامه وسواس فکری-عملی را در مورد نمرات اکتسابی در هریک از خرده‌مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل تجدید نظر شده با هم مقایسه کردند نتایج نشان داد که گروه دارای نمرات بالا در پرسشنامه وسواسی-اجباری به‌جز در خرده‌مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل اخلاقی و آسیب‌گریزی در سایر خرده‌مقیاس‌های آمیختگی فکر-عمل تجدیدنظر شده به‌طور معنی‌داری نمرات بیشتری کسب کردند. این محققان همچنین ضریب همسانی درونی تمام خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۷۷ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. در هنجاریابی پرسشنامه در ایران توسط پورفرج (۱۳۸۵)، به نقل از فرجی، (۱۳۸۸) همسانی درونی ضرایب آلفای به‌دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بودند، که نشانگر همسانی درونی مطلوب کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن بود. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ گزارش شد.

یافته‌های پژوهش

برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده، محاسبات مربوط به شاخص‌های مرکزی و پراکندگی انجام پذیرفته است که نتایج این محاسبات در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	خطای استاندارد میانگین	آزمون کالموگروف-اسمیرنف	تعداد آزمودنی‌ها	VIF	Tolerance
نشانه‌های وسواسی-اجباری	۹/۵۱	۲/۷۱	۰/۴۹	۱/۱۷	۱/۱۷	۲۷۳	۱/۶۲	۰/۴۶
اسکیزوتایپی منفی	۱۳/۶۵	۳/۹۱	۰/۶۹	۱/۰۷	۱/۰۷	۲۷۳	۱/۵۸	۰/۵۲
اسکیزوتایپی مثبت	۱۷/۲۰	۴/۱۲	۰/۵۶	۱/۲۹	۱/۲۹	۲۷۳	۱/۷۲	۰/۶۲
آمیختگی فکر-عمل احتمال	۲۶/۱۲	۳/۵۱	۰/۶۱	۱/۴۲	۱/۴۲	۲۷۳	۱/۵۲	۰/۵۹
آمیختگی فکر-عمل اخلاقی	۱۵/۲۱	۲/۹۶	۰/۴۹	۱/۶۵	۱/۶۵	۲۷۳	۱/۶۸	۰/۴۲

مندرجات جدول (۱) نشان می‌دهد که آزمودنی‌های مورد مطالعه از پراکنندگی مناسبی در متغیرها برخوردارند و با توجه به نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف، توزیع متغیرهای مورد مطالعه نیز در نمونه مورد مطالعه، نرمال است. از طرفی شاخص‌های VIF و Tolerance در متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که پیش‌فرض هم خطی چندگانه در همه متغیرها محقق شده است.

با توجه به اهداف و فرضیه‌های پژوهشی، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری جهت تصمیم‌گیری درباره سوالات و فرضیه‌ها استفاده شد.

جدول (۲) ماتریس کوواریانس متغیرهای مورد مطالعه

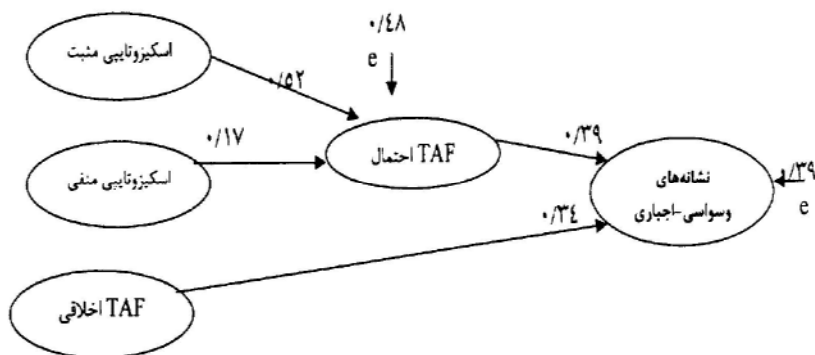
متغیرها	نشانه‌های وسواسی- اجباری	اسکیزوتایپی منفی	اسکیزوتایپی مثبت	آمیختگی فکر-عمل احتمالی	آمیختگی فکر-عمل اخلاقی
نشانه‌های وسواسی-اجباری	۵/۲۶				
اسکیزوتایپی منفی	۱/۳۶	۴/۱۲			
اسکیزوتایپی مثبت	۱/۰۷	۰/۶۶	۴/۳۶		
آمیختگی فکر-عمل احتمال	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۸۱	۳/۷۱	
آمیختگی فکر-عمل اخلاقی	۱/۱۱	۰/۴۹	۰/۶۲	۰/۵۲	۳/۹۱

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که:

الف. بین نشانه‌های وسواسی-اجباری و اسکیزوتایپی مثبت و منفی هم تغییری قابل توجه وجود دارد. ب. بین نشانه‌های وسواسی-اجباری و آمیختگی فکر-عمل احتمال و آمیختگی فکر-عمل اخلاقی، هم تغییری چشمگیر وجود دارد. ج. بین اسکیزوتایپی مثبت و منفی با آمیختگی فکر و عمل احتمالی هم تغییری قابل توجه وجود دارد.

چنانچه پیشتر عنوان شد برای بررسی برازش مدل نظری و مدل اندازه‌گیری شده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

در این راستا ابتدا نشانه‌های وسواسی-اجباری به‌عنوان متغیر مکنون وابسته و متغیرهای آمیختگی فکر-عمل احتمال و اخلاقی به‌عنوان متغیرهای مکنون میانجی و نشانه‌های اسکیزوتایپی مثبت و منفی به‌عنوان متغیرهای مکنون مستقل وارد معادله شدند تا برازش روابط ساختاری این متغیرها مورد بررسی قرار گیرد. نتایج در مدل (۱) ارائه شده است.



مدل (۲) مدل‌یابی معادلات ساختاری نشانه‌های وسواسی-اجباری و متغیرهای میانجی و مستقل

P	NFI	CFI	AGFI	GFI	X/df	df	X	RMSEA
۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۵	۴/۷۶	۳۲۳	۱۵۳۸	۰/۰۴

مندرجات مدل (۱) نشان می‌دهد که:

اثر مستقیم اسکیزوتایپی مثبت بر آمیختگی فکر-عمل احتمال معنی‌دار است
 $(B=۰/۵۲, t=۵/۸۱)$.

اثر مستقیم اسکیزوتایپی منفی بر آمیختگی فکر-عمل احتمال معنی‌دار نیست
 $(B=۰/۱۷, t=۱/۷۱)$.

اثر مستقیم آمیختگی فکر-عمل احتمال بر نشانه‌های وسواسی-اجباری معنی‌دار است
 $(B=۰/۳۹, t=۴/۱۱)$.

اثر مستقیم آمیختگی فکر- عمل اخلاقی بر نشانه‌های وسواسی- اجباری معنی دار است ($B=0/34, t=3/91$).

علاوه بر این شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری شده نشان می‌دهد که بین مدل اندازه‌گیری شده و مدل نظری برازش نسبتاً مطلوب وجود دارد چرا که:

الف. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) با مقدار معیار (۰/۰۴) برابر است ($RMSEA < 0/05$)

ب. نسبت X^2/df از عدد معیار (۵) کوچک‌تر است ($X^2/df < 5$)

ج. شاخص نیکویی برازش (GFI) به عدد یک نزدیک و از مقدار معیار (۰/۹۰) بزرگ‌تر است ($GFI > 0/90$)

د. شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI) به عدد یک نزدیک و از مقدار معیار (۰/۹۰) بزرگ‌تر است ($AGFI > 0/90$)

ه. شاخص برازش تطبیقی (CFI) به عدد یک نزدیک و بزرگ‌تر از مقدار معیار (۰/۹۰) است ($CFI > 0/90$)

و. شاخص برازش هنجار شده (NFI) به عدد یک نزدیک و از مقدار معیار (۰/۹۰) بزرگ‌تر است ($NFI > 0/90$)

از سویی جهت تعیین معنی‌داری اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از روش بوت استرپ استفاده شد. توضیح این‌که در این روش چنانچه حد بالا و پایین فاصله اطمینان، هر دو مثبت یا منفی باشد و صفر در این فاصله قرار نگیرد، نشان‌دهنده معنی‌داری مسیر غیرمستقیم است. مبتنی بر این شاخص نتایج روش بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول (۳) آزمون بوت استراپ برای معنی داری مسیرهای غیرمستقیم

مسیرها	حد پایین	حد بالا	سوگیری	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اسکیزوتایپال مثبت ← آمیختگی فکر - عمل احتمال ← نشانه‌های وسواسی-اجباری	۰/۱۷۱۴	۰/۱۷۲۹	۰/۰۰۹	۰/۰۲۲	$P < ۰/۰۰۵$
اسکیزوتایپال منفی ← آمیختگی فکر - عمل احتمال ← نشانه‌های وسواسی-اجباری	۰/۱۲۳۶	+۰/۱۱۴۲	۰/۱۱	۰/۳۵	$P < ۰/۰۰۵$

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که:

الف. مسیر علی اسکیزوتایپال مثبت بر نشانه‌های وسواسی-اجباری به واسطه آمیختگی فکر-عمل احتمال معنی دار است ($P < ۰/۰۰۵$). ب. مسیر علی اسکیزوتایپال منفی بر نشانه‌های وسواسی-اجباری به واسطه آمیختگی فکر-عمل احتمال معنی دار نیست ($P > ۰/۰۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نشانه‌های اسکیزوتایپال مثبت و آمیختگی فکر-عمل احتمال رابطه مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی حمیدی (۱۳۹۰)، امینی، دولت شاهی و عباس‌پور (۱۳۹۰)، لی، کاگلی و تلج (۲۰۰۵) و محمدزاده و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. در تبیین این یافته، مطابق با نظر شفران و همکاران (۱۹۹۶) می‌توان بیان داشت که آمیختگی فکر-عمل به مجموعه‌ای از سوگیری‌های شناختی شامل رابطه علی ناقص بین افکار خود و واقعیت‌های بیرونی و افزایش حسی از مسئولیت شخصی، اشاره دارد. از سویی مطابق نظر شفران و راجمن (۲۰۰۴) آمیختگی فکر-عمل احتمال ناظر به اعتقاد فرد به این است که فکر کردن درباره رویداد آشفته ساز یا غیرقابل پذیرش، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهد. این احتمال یا به شکل احتمال خود یا احتمال برای دیگران به وقوع می‌پیوندد و موجب بروز ترس از دست دادن کنترل می‌شود. علاوه بر این، راسین و همکاران (۲۰۰۱) در خصوص شکل‌گیری پدیده آمیختگی فکر-عمل اذعان نموده‌اند که افرادی که آمیختگی فکر-عمل بالایی دارند به تفسیر

غیرمنطقی افکار تمایل داشته و یا این که مدام از مکانیزم سرکوبی در مقابله با فکر آزارنده و ناخوشایند استفاده می‌کنند تا به واسطه این مکانیزم بتوانند فکر آشفته ساز را از صحنه ذهن خارج کنند. از سویی، چنانچه در پیشینه نظری عنوان شد، اسکیزوتایپال مثبت شامل دو مولفه تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحرآمیز است که این دو مؤلفه زمینه‌ساز بروز اختلال حسی-بدنی، تجارب شبه‌توهمی، عقاید انتساب (شبه‌هذیانی) اعتقاد به خرافات و اشتغال ذهنی عجیب و غریب می‌شوند (لی و همکاران، ۲۰۰۵). مطابق این نشانه‌شناسی می‌توان عنوان کرد که تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحرآمیز در افراد اسکیزوتایپال مثبت، زمینه‌ساز سوگیری شناختی به شکل آمیختگی فکر-عمل احتمال بوده و موجب تشدید شکل‌گیری رابطه علی ناقص بین افکار فرد و واقعیت‌های بیرونی می‌گردد. به تعبیری دیگر، تجارب شبه‌توهمی و شبه‌هذیانی که در افراد اسکیزوتایپال مثبت شکل می‌گیرند زمینه‌ساز این اعتقاد هذیانی در فرد می‌شوند که فکر کردن درباره رویدادهای آشفته‌ساز یا غیرقابل پذیرش، احتمال وقوع آن رویداد را افزایش می‌دهند. از طرفی، وجود عقاید شبه‌هذیانی و انتساب در افراد اسکیزوتایپال مثبت، می‌تواند آمیختگی فکر-عمل احتمال را به شکل احتمال خود یا احتمال برای دیگران، تشدید کند چرا که وقوع این احتمالات، مستلزم برقراری ارتباط و پیوند بین تفکرات و واقعیت بیرونی به شکل هذیانی است که زمینه را برای این استنباط آماده می‌کند که فکر کردن درباره رویداد آشفته‌ساز، احتمال وقوع آن رویداد را تشدید می‌کند.

از سویی تحلیل داده‌ها نشان داد که آمیختگی فکر-عمل احتمال قادر است روابط بین اسکیزوتایپی مثبت و نشانه‌های وسواسی-اجباری را میانجیگری و تسهیل نماید. این یافته با یافته‌های سوبین و همکاران (۲۰۰۰)، محمدزاده و همکاران (۱۳۹۰) و لایس آکر و همکاران (۲۰۰۲) همسو و با مطالعه داین و همکاران (۲۰۰۲) ناهمسو است. در تبیین این رابطه می‌توان به دیدگاه لی و همکاران (۲۰۰۵) اشاره نمود که این پژوهشگران عنوان می‌کنند که آمیختگی فکر-عمل مرکز ثقل و پیوند وسواس و شخصیت اسکیزوتایپال است که در این پیوندگاه، عامل تفکر سحرآمیز به‌عنوان ویژگی اسکیزوتایپال مثبت، افراد وسواسی را در معرض خطر بیشتر برای ایجاد سوگیری شناختی و آمیختگی

فکر- عمل احتمال قرار داده و موجب تشدید علایم وسواسی گردیده و باعث عدم پاسخدهی افراد وسواسی به درمان می‌گردد و از آنجا که بین تفکر سحرآمیز و علایم وسواس رابطه مثبت وجود دارد لذا این احتمال موجه به نظر می‌رسد.

همچنین روابط موجود بین اسکیزوتایپال مثبت، آمیختگی فکر-عمل احتمال و نشانه‌های وسواسی-اجباری را می‌توان در پیوند بین آمیختگی فکر-عمل احتمال و تفکر سحرآمیز (راسین و همکاران، ۲۰۰۱) توضیح داد، چرا که مبتنی بر یافته‌های پژوهشی (سیارووا و همکاران، ۲۰۰۵ و لی و همکاران، ۲۰۰۵) تفکر سحرآمیز از مولفه‌های اصلی اسکیزوتایپال مثبت بوده و از طرفی، آمیختگی فکر - عمل احتمال نیز پیوند نزدیک با نشانه‌های وسواسی- اجباری (شفران، راجمن، ۲۰۰۴) دارد.

از طرفی تحلیل داده‌ها نشان داد که مسیر اثرگذاری صفات اسکیزوتایپال منفی بر نشانه‌های وسواسی-اجباری از طریق آمیختگی فکر-عمل احتمال معنی‌دار نیست. این یافته به‌طور غیرمستقیم با یافته‌های مورتیز و همکاران (۲۰۰۴)، محمدزاده و همکاران (۱۳۸۸) و لایس آکر و همکاران (۲۰۰۲) همسو و با یافته‌های داین و همکاران (۲۰۰۲) و پیروسکی و همکاران (۲۰۰۸) ناهمسو است. توضیح این که بنابه نظر مورتیز و همکاران (۲۰۰۴) در فرآیند درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری وجود نشانه‌های منفی اسکیزوتایپال در این افراد، نمی‌تواند در تشدید آمیختگی فکر-عمل احتمال نقش داشته باشند و لذا اسکیزوتایپال منفی مانعی در برابر درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به‌شمار نمی‌آیند بلکه تنها ویژگی‌های مثبت اسکیزوتایپال است که در این فرآیند به‌عنوان مانع عمل کرده و پیش‌آگهی درمان را منفی می‌کنند. به‌عبارتی این پژوهشگران نشان داده‌اند که شخصیت اسکیزوتایپال به خودی خود با پیامد درمانی منفی وسواس رابطه ندارد بلکه انواع فرعی آن (اسکیزوتایپال مثبت) است که شکست درمانی را پیش‌بینی می‌کند و از این رو آنها اذعان دارند که اتخاذ رویکرد تک‌بعدی (حضور و عدم حضور شخصیت اسکیزوتایپال مثبت) می‌تواند رابطه بین نشانه‌های اسکیزوتایپال و پیامد درمان اختلال وسواسی- اجباری را مغشوش نماید. مبتنی بر این یافته‌ها و تبیین‌های به

عمل آمده، چنین به نظر می‌رسد که وجود نشانه‌های مثبت اسکیزوتایپال از قبیل تجارب ادراکی نامعمول و تفکر سحرآمیز موجب تشدید آمیختگی فکر-عمل احتمال و تشدید علایم وسواسی- اجباری می‌گردند در صورتی که نشانه‌های منفی اسکیزوتایپال با وجود ارتباط محدودشان با آمیختگی فکر - عمل احتمال، مانعی در درمان علایم وسواسی - اجباری به‌شمار نمی‌آیند چرا که پیش‌آگهی درمان افراد وسواسی- اجباری که حائز ویژگی‌های اسکیزوتایپال منفی هستند، همانند افراد وسواسی- اجباری خالص و بدون نشانه‌های اسکیزوتایپال منفی، روند مثبتی را نشان می‌دهد. هم‌چنین در این ارتباط، یافته‌های محمدزاده و همکاران (۱۳۸۸) نشان داده است نشانه‌شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپال تأثیرات متفاوتی بر پیامد درمانی اختلال وسواس دارند به‌نحوی که بیماران وسواسی حائز علایم مثبت شخصیت اسکیزوتایپال در مقایسه با بیماران وسواسی حائز علایم منفی شخصیت اسکیزوتایپال، بهره کمتری از درمان شناختی- رفتاری بردند. در همین راستا، پیرووسکی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که نشانه‌های مثبت اسکیزوتایپال در تعامل با نشانه‌های وسواسی - اجباری از جمله آمیختگی فکر-عمل احتمال موجب کاهش بینش و عملکرد در افراد وسواسی - اجباری می‌گردد، در صورتی که در افراد حائز نشانه‌های منفی اسکیزوتایپال که دچار وسواس‌ها و اجبارها هستند، چنین رابطه موثقی وجود ندارد. مبتنی بر این شواهد، چنین به نظر می‌رسد که نشانه‌های اسکیزوتایپال منفی از طریق آمیختگی فکر-عمل احتمال نمی‌تواند به تشدید علایم وسواس‌ها و اجبارها تأثیر داشته باشد.

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که به آنها اشاره می‌شود:

۱. از آن‌جا که پژوهش حاضر در بین دانشجویان انجام شده، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود ساخته و چنین نتیجه‌گیری‌هایی نیاز به مطالعاتی دارد که نمونه‌های بالینی و غیربالینی گوناگونی را از جامعه انتخاب کرده باشد.
۲. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه‌های خودسنجی است که ممکن است آزمودنی در پاسخ دادن به سوالات صداقت لازم را نداشته باشد.
۳. در این پژوهش، امکان تفکیک نشانه‌های

وسواسی- اجباری در قالب زیرگروه‌های چندگانه از قبیل شستشو، واری و ... وجود نداشت و لذا نمی‌توان مدل‌های برازش شده را به زیرگروه‌های نشانه‌های وسواسی- اجباری تعمیم داد. ۴. در این پژوهش امکان مطالعه روابط اسکیزوتایپال آشفته با نشانه‌های وسواسی- اجباری مهیا نبوده، لذا یافته‌های این پژوهش را نمی‌توان به افراد حائز نشانه‌های اسکیزوتایپال آشفته تعمیم داد. ۵. در این پژوهش امکان مطالعه تفکیکی زنان و مردان حائز نشانه‌های وسواسی- اجباری و اسکیزوتایپال وجود نداشت.

یافته‌های این پژوهش ابعادی بودن اسکیزوتایپال را مورد تأیید قرار داد، لذا پیشنهاد می‌شود که در فرآیند ارزیابی بالینی و درمان اختلال شخصیت اسکیزوتایپال به ابعادی بودن آن توجه شود. همچنین یافته‌ها نشان داد که آمیختگی فکر- عمل، حلقه پیوند نشانه‌های وسواسی- اجباری و اسکیزوتایپال است، لذا پیشنهاد می‌شود که در درمان هر دو اختلال، آمیختگی فکر- عمل مورد آماج قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۱۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۳/۱۱

منابع

- آزاد، حسین (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی روانی ۱ و ۲، تهران: انتشارات بعثت.
- استکتی، گیل (۱۹۹۳). درمان رفتاری وسواس، ترجمه: عباس بخشی‌پور رودسری، مجید محمودعلیلو (۱۳۷۶) تبریز، چاپ اول، انتشارات روان پویا.
- اندوز، زهرا؛ صاحبی، علی؛ طباطبایی، سیدمحمود (۱۳۸۴). مقایسه کارآیی و اثربخشی رویارویی و بازداری از پاسخ با درمان از طریق کاهش فکر خطرناک در اختلال وسواس شستشو، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۱(۴۱)، ۱۴۹-۱۳۹.
- امینی، رویا؛ دولتشاهی، بهروز؛ عباس‌پور، شهباز (۱۳۹۰). نقش باور آمیختگی اندیشه- کنش در تبیین علایم و نشانه‌های وسواس، تازه‌های علوم شناختی، ۱۳(۴۹)، ۲۵-۳۴.
- حمیدی‌بگه‌جان، صمد؛ پورشریفی، حمید؛ محمودعلیلو، مجید؛ شیروانی، امیر (۱۳۹۰)، آمیختگی فکر- عمل و سرکوبی فکر در افراد دارای علایم وسواسی- اجباری، اسکیزوتایپال بالا و علائم همپوش، مجله پژوهش در سلامت روان شناختی، ۵(۲ و ۱)، ۲۲-۱۲.
- فرجی، ریاب (۱۳۸۸). بررسی رابطه فرضیه اغتشاش فکر-عمل با خوشه‌های علایم شستشو، واری، کندی و تردید در بیماران وسواسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- کاپلان-سادوک (۲۰۰۳)، خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه: دکتر نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۸۲)، تهران، چاپ اول، انتشارات شهرآب.
- محمدزاده، علی؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۸۸). تأثیر همبندی صفات شخصیت اسکیزوتایپال مثبت و منفی بر پیامد درمانی انواع فرعی اختلال وسواس فکری-عملی، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۷ شماره ۱.
- محمدزاده، علی؛ برجعلی‌زاده، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۹۰)، تأثیر الگوهای اسکیزوتایپی همبند با اختلال وسواس فکری-عملی در درمان شناختی-رفتاری، مطالعات روان‌شناختی، ۷(۲)، ۱۰۵-۱۲۷.
- هداوندخانی، فاطمه (۱۳۹۱). رابطه صفات درخودمانده گونه و اسکیزوتایپی با همدلی سرد و گرم: بررسی نقش میانجی‌گری نظریه ذهن شناختی و عاطفی، رساله برای دریافت درجه دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز.

-
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed), Washington D.C: APA.
- Amir N., Freshman M., Ramsey B., Neary E., Brigici B. (2001). Thought-action fusion in individual with OCD symptoms, *Behavior Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy MF, Pappas D, Green AI (1998), Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 6-150.
- Clark David A., (2004). *Cognitive –Behavioral Therapy for OCD*, New York: Guilford Press.
- Cassano, G.B., Pini, S., Sacttoni, M., Rucci, P., Dell'Osso, L. (1998). Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 8-60.
- Cyklarova E, Claridge G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children, *Schizophr Res*, 80(2-3): 253-61.
- Dinn M, Catherine L. Aycicgi A, Greene P, Andover M. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: neurocognitive and clinical correlates, *Schizophrenia Research*, 56, 171-185.
- Enright S.J, Beech A.R, (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment, *Psychological Medicine*, 20, 621-627.
- Foa, E.B.; Kozak, M.J.; Salkovskis, P.M.; Coles M.E.; Amir, N. (1998). The Validation of a New Obsessive- Compulsive Disorder Scale: The Obsessive-Compulsive Inventory, *Psychological Assessment*, 10, 3, 206-214.
- Fossati A., Raine A., Carretta 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.
- Kerns J. (2006). Schizotypy facets, cognitive control and emotion, *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 418-427.
-

-
- Lee, H., Cogle, J., & Telch, M. (2005), Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29-41.
- Lenzenweger, M.F., Korfine, L. (1992). Confirming the latent structure and base rate of schizotypy: A taxometric analysis, *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 567-571.
- Lysaker, P., Bryson, G., Marks, A., Greig, T., Bell, M. (2002). Association of Obsessions and Compulsions in Schizophrenia With Neurocognition and Negative Symptoms, *Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 14(4).437-441.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos MC., Leckman JF. (2005). Multidimensional model of obsessive-compulsive disorder, *Am J Psychiat*, 162, 38-228.
- Mitropoulou, V., HarveyPD, MaldariLA, MoriartyPJ, NewAS, Silverman JM, SieverL, J. (2002). Neuropsychological performance in schizotypal personality disorder: evidence regarding diagnostic specificity, *Biological Psychiatry*, 52(12), 1175-1182.
- 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.
- Muris P., Merckelbach H., (2003). Thought-action fusion and schizotypy in undergraduate students, *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 211-216.
- Norman RMG, Davies F, Malla AK, Cortese L, Nicholson IR (1996). Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population, *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 66-553.
- 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.
- Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman S., Shafraan R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 2, 80-85.
-

-
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-TR criteria, *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555-564.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Mercklbach, H., Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression and obsessive-compulsive disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Ross, S.R., Lutz, C.J., & Bailley, S.E. (2002). Positive and negative symptoms of schizotypy and the fivefactor model: A domain and facet level analysis, *Journal of Personality Assessment*, 79, 53-72.
- Shafran, R., Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., Rachman, S. (1996). Thought – action fusion in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Sobin, C., Blunell, ML, Weiller, F, Gavigan, C, Haiman, C, Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in ocd, *Journal of Psychiatry Research*, 34(1): 15-24.
- Tibbo, P, Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 24, 15-24.
- Turner, S.M., Beidel D.C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*, New York: Pergamon Press, (pp.21-33).
- Watson, D. (2009). Differentiating the Mood and Anxiety Disorders: A Quadripartite Model, *The Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 433-459.
- Wuthrich, V., Bates T. (2006). Confirmatory factor analysis of the three-factor structure of the schizotypal personality questionnaire and chapman schizotypy scale, *Journal of Personality Assessment*, 87, 292-304.
-