

تأثیر همایندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی مثبت و منفی بر پیامد درمانی انواع فرعی اختلال وسواس فکری - عملی

علی محمدزاده^۱، احمد برجعلی^۲، فرامرز سهرابی^۳، علی دلاور^۴

چکیده

زمینه و هدف: شخصیت اسکیزوتایپی با پاسخ درمانی ضعیف در اختلال وسواس فکری - عملی همراه است. تحقیقات به طور مکرر عوامل مثبت و منفی اسکیزوتایپی را نشان داده‌اند. هدف پژوهش، بررسی تأثیر همایندی ابعاد مختلف صفات شخصیت اسکیزوتایپی در پیامد درمانی انواع فرعی وسواس فکری - عملی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش شبه آزمایشی طراحی شد. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از بین مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه خالص، با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی و با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی به طور داوطلبانه تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. نمونه‌ها با مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی STA و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی فرم کوتاه SPQ - B مورد آزمون قرار گرفت و داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان کاهش علائم در گروه‌ها متفاوت بود ($F = 6/01$ و $8/05$ ، $5/71$ ، $6/64$) و افزایش نمرات در نشانه‌شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی شاخص پیش‌بینی پیامد درمانی ضعیف در اختلال وسواس فکری - عملی می‌باشد. همچنین، بین گروه اختلال وسواس فکری - عملی خالص و گروه اختلال وسواس فکری - عملی با نشانه‌شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی تفاوتی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری - عملی بر اساس عامل‌های فرعی اختلال مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: ابعاد مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیرات متفاوتی در پیش‌آگهی وسواس فکری - عملی بر اساس عامل‌های فرعی این اختلال دارند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، همایندی صفات مثبت (و نه منفی) شخصیت اسکیزوتایپی با پاسخ درمانی ضعیف در اختلال وسواس فکری - عملی همراه است.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس فکری - عملی، اسکیزوتایپی مثبت، اسکیزوتایپی منفی، درمان شناختی رفتاری، پیامد درمانی، همایندی

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۸/۲/۳۱

دریافت مقاله: ۱۷/۱۲/۱۵

E-mail: ali.mohammadzadeh@gmail.com

۱- استادیار دانشگاه پیام نور، آذربایجان شرقی، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤل)

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۳- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی (OCD) با الگوهای شبه روان گسستگی شخصیت اسکیزوتایپی رابطه نزدیکی دارد (۱). نشان داده شده است که دو نوع وسواس فکری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای کنترلی متفاوتی را فراخوانی می‌کنند: وسواس‌های فکری خودزاد (Autogenous obsessions) و وسواس‌های فکری واکنشی (Reactive obsessions) (۲). در همین راستا، نتایج حاکی از آنند که وسواس‌های فکری خودزاد ارتباط قوی‌تری با شخصیت اسکیزوتایپی دارند، در حالی که، رابطه بین وسواس‌های فکری واکنشی و شخصیت اسکیزوتایپی قابل چشم پوشی است (۳). تفکر سحرآمیز یکی دیگر از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت همجوشی فکر- عمل (TAF: Thought Action Fusion) (افزایش احتمال وقوع یک عمل به خاطر تفکر زیاد در مورد آن عمل) نشان می‌دهد (۴-۶). محققان در تلاشند تا شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده‌ای را شناسایی کنند که بر اساس آنها OCD‌های پاسخگو به درمان از OCD‌های مقاوم به درمان متمایز گردند. شناسایی بیماران در معرض خطر مقاومت در برابر درمان، می‌تواند ایجاد راهبردهای درمانی جدید را تسهیل نماید و بنابراین، احتمال پاسخ درمانی مثبت را افزایش داده، موجب بهبود مداخلات بالینی گردد. در بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده پاسخ درمانی ضعیف OCD از قبیل بینش ضعیف (۷)، نقایص عصب روان شناختی (۸) و افسردگی همایند (۹)، همبندی اختلالات شخصیتی خاصی هم به عنوان شاخصه‌های اولیه شکست درمانی در ادبیات پژوهشی بحث شده است. وجود اختلال شخصیت اسکیزوتایپی همایند در بیماران OCD از لحاظ پیامد درمانی حائز اهمیت فراوان است، چرا که با پاسخ درمانی ضعیف (روان شناختی و داروشناختی) رابطه دارد (۱۱، ۱۰). وجود همزمان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در OCD منجر به دوره تباهی (deterioration)، پیش‌آگهی ضعیف و پاسخ ضعیف به درمان‌های دارویی می‌شود (۱۰). پیشنهاد شده است

که نوع همگنی از OCD با ویژگی‌های شبه روان‌گسستگی اسکیزوتایپی وجود دارد که بر اساس برخی ویژگی‌ها از OCD بدون صفات اسکیزوتایپی متمایز می‌شود (۱۲). برخی از تحقیقات قبلی با فراهم آوردن شواهد تحقیقی و بالینی اعتبار نوع اسکیزوتایپی OCD را تأیید کرده‌اند (۱۳). برخی مطالعات به بررسی تأثیر همبندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی در درمان OCD پرداخته‌اند. Jenike و همکاران نشان دادند شخصیت اسکیزوتایپی با افزایش پیامد درمانی منفی در OCD رابطه دارد (۱۴). در حالی که این یافته با تحقیقات دیگر هم تأیید شد، اما محققین در یافتن رابطه بین پاسخ درمانی و اختلال شخصیت به طور اعم موفق نشده‌اند و یا اهمیت اختلال شخصیتی دیگر غیر از اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را برجسته کرده‌اند (۱۰). در مطالعه Dreesen و همکاران، شخصیت اسکیزوتایپی گرایش به داشتن رابطه با پیامد درمانی ضعیف در OCD داشت؛ با این وجود، رابطه بین این دو معنی‌دار نبود (۱۵). Fricke و همکاران نشان داده‌اند که اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی و منفعل پرخاشگر با پیامد درمانی منفی رابطه دارند؛ در مطالعه آنان، صفات شخصیتی دیگر با پیامد درمانی رابطه نداشتند (۱۱). Moritz و همکاران گروهی از بیماران مبتلا به OCD را تحت درمان ترکیبی شناختی رفتاری همراه با داروهای ضد افسردگی قرار دادند. در تحقیق مذکور تنها بیمارانی که در مقیاس انحراف ادراکی و مقیاس‌های فرعی سوء ظن و تفکر سحرآمیز پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ) نمره بالا گرفتند، از درمان استاندارد OCD بهره‌ای نبردند (۱۰). در آن تحقیق، نشانه‌های منفی اسکیزوتایپی (اسکیزوتیسیسم و سازمان‌نایافتگی)، پاسخ دهندگان به درمان را از غیر پاسخ دهندگان تفکیک نمی‌کرد. با وجود این که در پژوهش مذکور اشکالاتی نظیر ابتلای نمونه‌ها به اختلالات دیگری به جز OCD (مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دیگر)، عدم تفکیک مناسب گروه‌های درمان شناختی- رفتاری از دارو درمانی و نیز ضعف روش شناختی وجود داشت، نتایج کلی پژوهش نشان داد که شخصیت اسکیزوتایپی به خودی خود با پیامد درمانی منفی

تأثیر همبندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی با توجه به نشانه شناسی مثبت و منفی در درمان شناختی- رفتاری با در نظر گرفتن انواع فرعی وسواس فکری- عملی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع طرح‌های شبه آزمایشی بود که در آن تدابیر آزمایشی (طرح درمان به عنوان متغیر مستقل) در مورد گروه‌ها (آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با و بدون الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی) اجرا شد و آن گاه اثر آن بر روی نشانه‌های وسواس فکری- عملی (به عنوان متغیر وابسته) مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران (اعم از مؤنث یا مذکر) بود که در سال ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به مراکز درمانی موجود در شهر تبریز مراجعه کرده و تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR (۱۹)، دریافت کرده بودند. حجم نمونه پژوهش ۳۰ نفر از مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی بود که با استفاده از مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA) و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی فرم کوتاه (SPQ-B) در ۳ گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. گروه‌ها عبارت بودند از «وسواس فکری- عملی خالص»، «وسواس فکری- عملی همراه با علائم مثبت اسکیزوتایپی» و «وسواس فکری- عملی همراه با علائم منفی اسکیزوتایپی». برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که پس از مراجعه به مراکز مربوط، بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی به روان شناس بالینی (محقق) ارجاع داده شدند. ابتدا بیماران از لحاظ ملاک‌های محدود کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند. در صورت دارا بودن ملاک‌ها، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-1) با بیماران مصاحبه به عمل آمد و در صورت تأیید تشخیص از بیماران خواسته شد به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. گروه آزمایشی وسواس فکری- عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی بر اساس نمراتی که در

OCD رابطه ندارد، بلکه انواع فرعی آن (اسکیزوتایپی مثبت) است که شکست درمانی را پیش بینی می‌کند.

به تازگی محققین پیشنهاد کرده‌اند که اختلال وسواس فکری- عملی، که در ماهیت خود پدیده‌ای ناهمگن است، می‌تواند به انواع فرعی همگن تقسیم شود. اساس طبقه بندی، به طور عمده نشأت گرفته از دیدگاه نشانه شناسی با استفاده از تحلیلی عاملی و نیز تا حدودی هم بر اساس یافته‌های عصب روان شناختی می‌باشد و بررسی میزان پاسخ به درمان یکی از انگیزه‌های اصلی در شناسایی انواع فرعی این اختلال بوده است (۱۶). یکی از ابزارهای استفاده شده برای شناسایی تجربی عامل‌های موجود در OCD توسط سانویو تحت عنوان پرسشنامه پادوا ساخته شد. این مقیاس OCD را بر اساس چهار عامل به گروه‌های فرعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تقسیم می‌کند که عبارتند از: عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، واریسی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و آلودگی (۱۷).

در ضرورت این پژوهش، لازم به ذکر است که برخی مطالعات محدود قبلی با ضعف روش شناختی همراه بوده و فرض کرده‌اند که شخصیت اسکیزوتایپی سازه‌ای تک بعدی و همگن است. تحلیل‌های عاملی، به دفعات عوامل مثبت و منفی اسکیزوتایپی را آشکار کرده‌اند (۱۸). یک رویکرد تک بعدی (حضور یا عدم حضور شخصیت اسکیزوتایپی) می‌تواند رابطه بین نشانه‌های اسکیزوتایپی و پیامد درمانی OCD را مغشوش نماید. اما از آن جایی که اسکیزوتایپی سازه‌ای چند بعدی است، لازم است تأثیر ابعاد مثبت و منفی در نظر گرفته شود. احتمال دارد غفلت از ماهیت چند بعدی و ناهمگن شخصیت اسکیزوتایپی باعث ناهماهنگی یافته‌های قبلی شده باشد. سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا نشانه شناسی مثبت و منفی صفات شخصیت اسکیزوتایپی بر میزان بهره‌مندی مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی (با در نظر گرفتن انواع فرعی) از درمان شناختی- رفتاری تأثیرات متفاوتی دارند؟ هدف این پژوهش بررسی آزمایشی یکی از علل پیش آگهی ضعیف اختلال وسواس فکری- عملی یعنی

پرسشنامه‌ها و برای جلوگیری از مغشوش شدن یافته‌ها به خاطر خستگی و بی‌حوصلگی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها با فواصل زمانی متناسب برای هر آزمودنی اجرا گردید. روش درمانی اتخاذ شده در این پژوهش عبارت بود از درمان شناختی- رفتاری اختصاصی برای اختلال وسواس فکری- عملی که متناسب با محتوای افکار و آیین‌های ناهمگن بیماران تعدیل شد. فن درمانی در جلسات ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای، به مدت ۱۲ جلسه هفتگی (در قالب ۶ جلسه فشرده) و اغلب بر اساس بسته درمانی پیشنهاد شده توسط Leahy و Holland (۲۴) اجرا گردید. در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS₁₅ با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) تحلیل شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

الف) پرسشنامه پادوا (Padua Inventory یا PI): این پرسشنامه شامل ۶۰ پرسش و دارای چهار زیر مقیاس با عناوین عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، واریسی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و آلودگی بود. روایی همگرایی این پرسشنامه از طریق محاسبه نمره کل پرسشنامه پادوا با پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی ۰/۶۵ و با پرسشنامه وسواس فکری لیتون، ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۷). در مورد پایایی این پرسشنامه در ایران این نتایج گزارش شده است: ضریب همسانی درونی ۰/۹۵، ضریب باز آزمایی با فاصله ۳۰ روز در عامل ۱، ۲، ۳ و ۴ به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۰ و در کل مقیاس ۰/۷۹ (۱۷).

ب) مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA یا Schizotypal Trait questionnaire A form): این مقیاس بیشتر نشانه‌های مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجد. STA شامل ۳۷ ماده بوده، سه عامل دارد: عامل‌های تجارب ادراکی غیر معمول، سوء ظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز. ضریب باز آزمایی برای STA، ۰/۶۴ (۲۰) و همسانی درونی ۰/۸۵ (۲۱) گزارش شده است. در ایران روایی

مقیاس‌های فرعی «تجارب ادراکی غیرمعمول» و «تفکر سحرآمیز» مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA) کسب کردند، انتخاب شدند؛ گروه آزمایشی وسواس فکری- عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی نیز بر اساس نمراتی که در مقیاس‌های فرعی «نقایص بین فردی» و «سازمان نایافتگی» پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه (SPQ-B) به دست آوردند، انتخاب شدند. معیار قرار گرفتن در گروه‌های اسکیزوتایپی مثبت و منفی دارا بودن نمره‌ای ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین در ابزارهای مربوط بود. گروه شاهد (وسواس فکری- عملی خالص) نیز از میان مراجعه کنندگان به مراکز مذکور انتخاب شدند. سعی گردید گروه‌ها از نظر سن و جنس با یکدیگر جور باشند. ملاک‌های خروج و شمول عبارت بود از عدم ابتلای گروه‌ها به افسردگی و اضطراب شدید، فقدان اختلالات جسمانی اساسی، نداشتن سابقه دریافت هیچ نوع از درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال وسواس فکری- عملی، عدم وجود تشخیص همزمان اختلال روانی دیگری به جز اختلال وسواس فکری- عملی با ویژگی‌های اسکیزوتایپی (با استفاده از SCID)، داشتن حداقل سواد تا کلاس سوم راهنمایی، ورود داوطلبانه گروه‌ها به تحقیق (علاوه بر ورود داوطلبانه که همراه با دانش مربوط به فرایند درمان بود، به شرکت کنندگان در مورد محرمانه ماندن محتوای جلسات درمانی اطمینان داده شد).

پس از انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه پادوا (PI) به صورت پیش آزمون به منظور ارزیابی عینی وضعیت آزمودنی‌ها در مورد آنها اجرا گردید. سپس هر سه گروه در معرض جلسات درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. در پایان، هر سه گروه بار دیگر در مرحله پس آزمون از لحاظ میزان کاهش علائم به وسیله پرسشنامه پادوا (PI) ارزیابی شدند. در تکمیل همزمان پرسشنامه‌ها ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها نخست برخی مقیاس‌ها و نیمی دیگر نخست دیگر مقیاس‌ها را تکمیل نمایند تا بدین وسیله اثرات ناشی از ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها کنترل شود. همچنین با توجه به زیاد بودن تعداد

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 عامل‌ها ۰/۶۶، ۰/۷۰ و ۰/۶۸ بود (۲۳).

یافته‌ها

جدول ۱ گویای مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه است.

به منظور بررسی تأثیر همبندی نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی در پیامد درمانی شناختی رفتاری وسواس فکری - عملی بر اساس عامل‌های فرعی اختلال وسواس فکری - عملی از روش تحلیل کوارینانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. مشخصات توصیفی گروه‌های پژوهش در جدول ۲ آمده است.

به منظور بررسی تأثیر همبندی نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی در پیامد درمانی شناختی رفتاری وسواس فکری - عملی بر اساس عامل‌های فرعی اختلال وسواس فکری - عملی از روش تحلیل کوارینانس چند متغیری استفاده شد. مشخصات توصیفی گروه‌های پژوهش در جدول ۲ آمده است.

همزمان این مقیاس و عامل‌های آن با مقیاس روان‌رنجور خوبی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک (Eysenck Personality Questionnaire یا EPQ-R) به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۰، ۰/۵۵ و ۰/۶۹ می‌باشد (۱۸). ضریب بازآزمایی ۴ هفته‌ای کل مقیاس ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۷، ۰/۶۸ و ۰/۶۰ بود (۱۸).

ج) پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی، فرم کوتاه (Schizotypal Personality Questionnaire Brief form یا SPQ-B): این پرسشنامه نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوتایپی را می‌سنجد، ۲۲ ماده و سه مقیاس فرعی دارد (ادراکی - شناختی، بین فردی و سازمان نیافتگی). همسانی درونی این مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ قرار دارد. ضرایب روایی ملاکی برای کل مقیاس و عامل‌های مربوط با آن به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۳ است ولی روایی ملاکی عامل سوم، پایین می‌باشد (۰/۳۶) (۲۲). در ایران روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای عامل‌های آن

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های مورد مطالعه

| مشخصات گروه | فراوانی | | جنسیت | | سن |
|------------------|---------|-------|-------|------|------|
| | تعداد | درصد | مذکر | مؤنث | |
| خالص | ۱۰ | ۳۳/۳۳ | ۳ | ۷ | ۲/۴۶ |
| اسکیزوتایپی مثبت | ۱۰ | ۳۳/۳۳ | ۴ | ۶ | ۳/۴۶ |
| اسکیزوتایپی منفی | ۱۰ | ۳۳/۳۳ | ۶ | ۴ | ۳/۸۵ |
| کل نمونه | ۳۰ | ۱۰۰ | ۱۳ | ۱۷ | ۳/۳۸ |

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون عامل های فرعی وسواس

| پس آزمون | | پیش آزمون | | مراحل پژوهش | |
|------------------|---------|------------------|---------|------------------|--|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | گروه وسواس | عامل ها |
| ۸/۶۳ | ۱۲/۹۰ | ۱۲/۴۹ | ۲۱ | خالص | اول عدم کنترل بر فعالیت های ذهنی |
| ۱۷/۵۸ | ۳۶ | ۱۸/۷۶ | ۳۶/۷ | اسکیزوتایپی مثبت | |
| ۱۵/۶۹ | ۳۶/۲۰ | ۱۶/۱۵ | ۴۲/۷ | اسکیزوتایپی منفی | |
| ۱۷/۸۶ | ۲۸/۳۶ | ۱۸/۰۳ | ۳۳/۴۶ | کل | |
| ۳/۹۲ | ۴/۴۰ | ۴/۵۳ | ۱۱/۹ | خالص | دوم وارسی |
| ۱۷/۱۳ | ۲۶ | ۱۸/۸۷ | ۲۸/۳ | اسکیزوتایپی مثبت | |
| ۱۳/۸۶ | ۲۱ | ۱۵/۳ | ۲۸/۹ | اسکیزوتایپی منفی | |
| ۱۵/۶۱ | ۱۷/۱۳ | ۱۵/۹۳ | ۲۳/۰۳ | کل | |
| ۶/۰۱ | ۱۷/۷ | ۸/۶۶ | ۳۶/۶ | خالص | سوم تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی |
| ۹/۱۱ | ۱۸/۶ | ۷/۵۷ | ۲۳/۶ | اسکیزوتایپی مثبت | |
| ۸/۴۳ | ۱۱/۸ | ۱۰/۴۶ | ۲۷/۳ | اسکیزوتایپی منفی | |
| ۸/۲۷ | ۱۶/۰۳ | ۱۰/۲۹ | ۲۹/۱۶ | کل | |
| ۹/۱۰ | ۱۲ | ۱۱/۳۱ | ۲۹/۶ | خالص | چهارم آلودگی |
| ۴/۵۶ | ۱۰/۸ | ۱۰/۶۳ | ۱۷/۳ | اسکیزوتایپی مثبت | |
| ۴/۱۸ | ۹/۸ | ۷/۴۵ | ۲۴/۳ | اسکیزوتایپی منفی | |
| ۶/۲۰ | ۱۰/۸۶ | ۱۰/۸۷ | ۲۳/۷۳ | کل | |

پس آزمون عامل های اول، دوم و سوم تأیید شد ولی فرض تساوی واریانس ها در عامل چهارم رعایت نگردید. اما به خاطر معیار بودن ابزار به کار برده شده و نیز برابر بودن تعداد آزمودنی های سه گروه، استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع شناخته شد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیری، پیش فرض همگنی واریانس ها به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین در جدول ۳ آمده است. بر اساس نتایج، پیش فرض تساوی واریانس ها در مرحله

جدول ۳. آزمون تساوی واریانس گروه ها بر اساس عامل های فرعی وسواس

| سطح معنی داری | درجه آزادی دوم | درجه آزادی اول | F | آزمون لوین | پس آزمون عامل ها |
|------------------|----------------|----------------|------|------------|---|
| ۰/۱۱ | ۲۷ | ۲ | ۲/۳۱ | | عدم کنترل بر فعالیت های ذهنی |
| ۰/۳۳ | ۲۷ | ۲ | ۱/۱۲ | | وارسی |
| ۰/۵۴ | ۲۷ | ۲ | ۰/۶۱ | | تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی |
| ۰/۰۲ | ۲۷ | ۲ | ۴/۰۶ | | آلودگی |

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای وابسته پژوهش

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معنی داری | مجذور اتا پاره‌ای | توان آماری |
|--------------|--------------|------------|-----------------|------|---------------|-------------------|------------|
| عامل ۱ | | ۲ | ۹۱/۶۲ | ۶/۰۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۴ | ۰/۸۳ |
| عضویت | عامل ۲ | ۲ | ۹۷/۳۳ | ۸/۰۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۱ | ۰/۹۲ |
| گروهی | عامل ۳ | ۲ | ۱۵۹/۹۲ | ۵/۷۱ | ۰/۰۱ | ۰/۳۳ | ۰/۸۱ |
| | عامل ۴ | ۲ | ۷۲/۷۸ | ۶/۶۴ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۶ | ۰/۸۷ |

تفاوت‌های مربوط به نمرات پس از آزمون (بر اساس عامل‌های فرعی پرسشنامه پادوا) به تفاوت سه گروه مربوط می‌شود. از آن جایی که تفاوت میانگین نمرات پس از آزمون عامل‌های فرعی اختلال وسواس فکری- عملی در سه گروه معنی دار شده است، ضرورت دارد با بررسی مربوط به مقایسه‌های زوجی و معنی دار بودن تفاوت زوج گروه‌ها بررسی شود. جدول ۵ سطوح معنی داری مربوط به مقایسه‌های زوجی میانگین‌های گروه‌ها را برای متغیر وابسته پس از آزمون عامل‌های فرعی پرسشنامه پادوا نشان می‌دهد.

اطلاعات مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای وابسته (عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، وارسی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی، آلودگی) پس از کنترل متغیر همگام (نمرات پیش آزمون) در جدول ۴ آمده است. چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تأثیر نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس عامل‌های فرعی این اختلال تأیید می‌گردد و میزان این تأثیر بین ۳۳ تا ۴۱ درصد متغیر بوده و بیانگر آن است که بین ۳۳ تا ۴۱ درصد

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی به منظور مقایسه جفت گروه‌ها در عامل‌های وسواس فکری- عملی

| عامل‌ها | گروه وسواس فکری- عملی | تفاوت میانگین | | |
|---------|-----------------------|---------------|------------------|------------------|
| | | خالص | اسکیزوتایپی مثبت | اسکیزوتایپی منفی |
| اول | خالص | --- | ۷/۴* | ۱/۶ |
| | اسکیزوتایپی مثبت | * -۷/۴ | --- | * -۵/۸ |
| | اسکیزوتایپی منفی | -۱/۶ | * ۵/۸ | --- |
| دوم | خالص | --- | * ۵/۲ | -۰/۴ |
| | اسکیزوتایپی مثبت | * -۵/۲ | --- | * -۵/۶ |
| | اسکیزوتایپی منفی | ۰/۴ | * ۵/۶ | --- |
| سوم | خالص | --- | * ۱۳/۹ | ۳/۴ |
| | اسکیزوتایپی مثبت | * -۱۳/۹ | --- | * -۱۰/۵ |
| | اسکیزوتایپی منفی | -۳/۴ | * ۱۰/۵ | --- |
| چهارم | خالص | --- | * ۱۱/۱ | ۳/۱ |
| | اسکیزوتایپی مثبت | * -۱۱/۱ | --- | * -۸ |
| | اسکیزوتایپی منفی | ۳/۱ | * ۸ | --- |

* تفاوت میانگین در سطح حداقل ۰/۰۵ معنی دار است

همایند می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر کیفیت وسواس‌های فکری - عملی داشته باشد.

پژوهش طراحی شده با اتخاذ رویکرد دو بعدی نسبت به شخصیت اسکیزوتایپی به بررسی تأثیر همبندی صفات شخصیت اسکیزوتایپی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری پرداخت. به طور کلی، نتایج نشان داد که یافته‌های این پژوهش، همسو با پژوهش‌های انجام شده قبلی (۱۴، ۱۱، ۱۰) از اثر تضعیف کننده شخصیت اسکیزوتایپی در درمان اختلال وسواس فکری- عملی حمایت می‌کند. از طرف دیگر نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که به طور کلی نشانه شناسی مثبت و منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیرات متفاوتی بر پیامد درمانی اختلال وسواس فکری- عملی دارند و این تأثیر در هر چهار عامل وسواس فکری- عملی (عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، واری، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی، آلودگی) دیده می‌شود. بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همراه با علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی و بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی خالص بهره کمتری از درمان شناختی رفتاری می‌برند و همبندی نشانه شناسی مثبت (و نه نشانه شناسی منفی) شخصیت اسکیزوتایپی با پیش‌آگهی ضعیف درمانی رابطه دارد. در این پژوهش، نشانه شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی شامل دو مؤلفه بود: تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحر آمیز. مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی، اختلال حسی بدنی، تجارب شبه توهمی، عقاید انتساب (شبه هذیانی) را شامل می‌شود. بر طبق مفروضه‌های الگوی تنیدگی - آسیب پذیری و پیوستاری بین صفات اسکیزوتایپی و روان گسستگی اسکیزوفرنیا، این علائم به عنوان شکل خفیف و غیربالینی اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (۳۰، ۲۹). بنابراین، حضور

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت کاهش میانگین نمرات وسواس بر اساس عامل‌های فرعی پرسشنامه پادوا بین گروه‌های پژوهش معنی‌دار است. بر اساس اطلاعات جدول فوق، میزان کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی بر اثر درمان شناختی رفتاری در گروه اختلال وسواس فکری- عملی همراه با نشانه شناسی مثبت شخصیت اسکیزوتایپی در مقایسه با دو گروه دیگر (اختلال وسواس فکری- عملی خالص و گروه اختلال وسواس فکری- عملی با نشانه شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی) بر اساس عامل‌های فرعی اختلال کمتر پایین می‌باشد. همچنین، اطلاعات جدول فوق گویای آن است بین گروه اختلال وسواس فکری- عملی خالص و گروه اختلال وسواس فکری- عملی با نشانه شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی تفاوت معنی‌داری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی بر اساس عامل‌های فرعی اختلال مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس بیشتر مطالعاتی که روی این اختلال صورت گرفته است، باید به این نکته اشاره کرد که وجود اختلالات همایند با اختلال وسواس فکری- عملی بسیار حائز اهمیت است. شرایط روان پزشکی همپوش با این اختلال، می‌تواند سبب وخیم‌تر شدن وضع این بیماران و حتی ایجاد مشکلات متنوعی گردد که ممکن است ناشی از این بیماری‌های همایند و نه خود اختلال باشد (۲۵). صفات شخصیت اسکیزوتایپی یکی از وضعیت‌های روانی همایندی است که در OCD زیاد دیده می‌شود (۷). اسکیزوتایپی به عنوان شکل خفیف و غیربالینی و نیز شخصیت پیش نشانه‌ای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (۲۶، ۲۷)، به طور معمول نوعی آمادگی برای اسکیزوفرنیا به حساب می‌آید (۲۸) و بر همین اساس اسکیزوتایپی نیز همانند اسکیزوفرنیا دارای ابعاد مثبت و منفی است و همین ماهیت چند بعدی اسکیزوتایپی در شرایط

شخصیت اسکیزوتایپی از قبیل محدودیت تکلمی را شامل می‌شود. نتایج نشان داد نشانه شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی تأثیری در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری-عملی ندارد.

این یافته‌ها به نوعی چند بعدی بودن شخصیت اسکیزوتایپی را نیز تأیید می‌کند و شاید همین چند بعدی بودن شخصیت اسکیزوتایپی برخی از تناقض‌های موجود در ادبیات پژوهشی مربوط به تأثیر شخصیت اسکیزوتایپی در درمان اختلال وسواس فکری-عملی توجیه نماید. احتمال می‌رود مطالعاتی که نشان داده‌اند شخصیت اسکیزوتایپی تأثیری در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری-عملی ندارد (۱۵) بیشتر به سنجش علائم منفی شخصیت اسکیزوتایپی پرداخته باشند تا علائم مثبت؛ این پژوهش‌ها بین دو بعد شخصیت اسکیزوتایپی نیز تمایزی قائل نشده‌اند.

این پژوهش با برخی محدودیت‌ها همراه بود که باید تأثیر آنها در تفسیر یافته‌ها مد نظر قرار گیرد. در این پژوهش امکان گنجانیدن مرحله پیگیری در طرح تحقیق میسر نشد و از آن جایی که اختلال وسواس فکری-عملی عود پذیری بالایی دارد، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی یافته‌های حاصل از این پژوهش را در مرحله پیگیری مورد بررسی قرار دهند. جنسیت عنصر مهمی است که در تحقیقات مربوط به اسکیزوتایپی باید در نظر گرفته شود. چرا که این متغیر می‌تواند پاسخ‌های افراد به مقیاس‌های اسکیزوتایپی را تحت تأثیر قرار دهد (۳۲). در پژوهش حاضر به دلیل برخی محدودیت‌های عملی (پایین بودن حجم نمونه)، امکان مقایسه پیامد درمانی با توجه به گروه‌های جنسیتی متفاوت فراهم نگردید. پیشنهاد می‌شود یافته‌های این پژوهش بر روی گروه‌های جنسیتی بررسی شود تا تأثیر تعاملی جنسیت در پیامد درمانی وسواس‌های فکری-عملی همایند با الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی نیز معلوم گردد. پایین بودن حجم نمونه با افزایش میزان خطا توان مطالعه حاضر را کاهش داده است که باید مد نظر قرار گیرد. در پژوهش حاضر امکان

علائم مرتبط با مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی می‌تواند منجر به حرکت تدریجی نشانه‌های روان آزدگی وسواس فکری-عملی به سمت روان گسستگی اسکیزوفرنیا شود و از این طریق منجر به پیش‌آگهی ضعیف اختلال وسواس فکری-عملی گردد. به عبارتی، صفات شخصیت اسکیزوتایپی به طور اعم و مؤلفه تجارب ادراکی غیرمعمول شخصیت اسکیزوتایپی به طور اخص، می‌تواند به عنوان حلقه اتصال وسواس فکری-عملی و اسکیزوفرنیا تلقی گردند. این احتمال توسط برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (۳۱). تفکر سحرآمیز که برخی از نشانگان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مانند اعتقاد به خرافات، عقاید انتساب، اشتغال‌های ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند، یکی از اشتراکات نظریه‌ای بین OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت همجوشی فکر-عمل (TAF) نشان می‌دهد (۴-۶). در تبیین عدم بهره مندی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی همراه با علائم مثبت شخصیت اسکیزوتایپی از درمان شناختی-رفتاری یک احتمال ممکن است این باشد که عامل تفکر سحرآمیز اسکیزوتایپی در این بیماران می‌تواند فرد را در معرض خطر بیشتر برای ایجاد سوگیری شناختی همجوشی فکر-عمل از نوع احتمال (این باور که داشتن افکار نامقبول و آشفته احتمال وقوع پیوستن آنها در واقعیت را افزایش می‌دهد) قرار داده، از این طریق منجر به تقویت و تشدید وسواس‌های فکری شود و از طریق تشدید علائم باعث عدم پاسخدهی به درمان گردد. از آن جایی که بین عامل تفکر سحرآمیز و علائم OCD رابطه مثبتی وجود دارد (۶) این احتمال موجه به نظر می‌رسد. در پژوهش انجام گرفته، نشانه شناسی منفی شخصیت اسکیزوتایپی نیز شامل دو مؤلفه بود: نقایص بین فردی و سازمان نایافتگی. نقایص بین فردی به ماده‌های اضطراب اجتماعی مفرط، فقدان دوستان صمیمی، عاطفه محدود و سوء ظن شخصیت اسکیزوتایپی مربوط می‌شوند و سازمان نایافتگی بخشی از نشانه‌های منفی

افت آزمودنی‌ها دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از استادان بزرگوار جناب آقایان دکتر حسین اسکندری و دکتر محمد کاظم عاطف وحید به خاطر ارائه نکات ظریف و منطقی خود در تنظیم نسخه نهایی پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

کنترل آسیب‌های عصب روان شناختی و بررسی تعامل آن با صفات اسکیزوتایپی میسر نشد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی با کنترل متغیر مذکور وضوح بیشتری به سهم هر یک از متغیرهای آسیب‌های عصب روان‌شناختی و صفات اسکیزوتایپی در پیامد درمانی اختلال وسواس فکری- عملی ببخشند. عدم امکان بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی- اجتماعی و گروه‌های سنی مختلف از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در نهایت فشرده‌گی جلسات درمانی به خاطر کاهش

References

1. Tallis F, Shafran R. Schizotypal personality and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1998; 4(3): 172-8.
2. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 2003; 41(1): 11-29.
3. Lee HJ, Telch MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *J Anxiety Disord* 2005; 19(7): 793-805.
4. Tolin DF, Abramowitz JS, Kozak MJ, Foa EB. Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2001; 15(6): 501-10.
5. Einstein DA, Menzies RG. The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42(5): 539-49.
6. Lee HJ, Cogle JR, Telch MJ. Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43(1): 29-41.
7. Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res* 2005; 39(4): 399-408.
8. Moritz S, Kloss M, Jacobsen D, Fricke S, Cutler C, Brassens S, et al. Neurocognitive impairment does not predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43(6): 811-9.
9. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol* 2004; 60(11): 1133-41.
10. Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, Kloss M, Wein C, Rufer M, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42(2): 217-27.
11. Fricke S, Moritz S, Andresen B, Jacobsen D, Kloss M, Rufer M, et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* 2006; 21(5): 319-24.
12. Sobin C, Blundell ML, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *J Psychiatr Res* 2000; 34(1): 15-24.
13. Shin NY, Lee AR, Park HY, Yoo SY, Kang DH, Shin MS, et al. Impact of coexistent schizotypal personality traits on frontal lobe function in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(2): 472-8.
14. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ, Jr. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143(4): 530-2.
15. Dreessen L, Hoekstra R, Arntz A. Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1997; 11(5): 503-21.
16. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radosky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(3): 283-313.
17. Goodarzi MA, Firoozabadi A. Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behav Res Ther* 2005; 43(1): 43-54.

18. Mohammadzadeh A, Goodarzi MA, Taghavi MR, Mollazadeh M. The Study of Factor structure, Validity, reliability and Standardization of Schizotypal Personality Scale (STA). *Journal of Psychology* 2007; 41: 3-27. [In Persian].
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2000. p. 694-5.
20. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *Br J Clin Psychol* 1991; 30(Pt 4): 311-23
21. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences* 2001; 31(3): 409-19.
22. Raine A, Benishay D. The SPQ-B : a brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of personality disorders* 2005; 9(4): 346-55.
23. Mohammadzadeh A. The Study of Psychometric Properties of Schizotypal Personality Questionnaire-Brief (SPQ-B). *International Journal of Psychology* 2008; 2: 47-61. [In Persian].
24. Leahy RL, Holland SJ. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press; 2000. p. 267-80.
25. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(1): 118-30.
26. Goulding A. Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(1): 157-67.
27. van Kampen D. The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophr Res* 2006; 84(2-3): 305-22.
28. Cyhlarova E, Claridge G. Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophr Res* 2005; 80(2-3): 253-61.
29. Mohammadzadeh A. Relationship between parental educations, family population, marriage status, age and birth order with schizotypal personality features. *Journal of Psychology* 2008; 3(11): 61-75. [In Persian].
30. Mohammadzadeh A, Borjali A. Schizotypal Trait Questionnaire (STQ) versus Eysenck Personality Questionnaire (EPQ): divergence and convergences between two perspectives in psychosis. *Cognitive Sciences Novelties* 2008; 38(2): 21-8. [In Persian].
31. Tallis F, Shafran R. Schizotypal personality and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1997; 4(3): 172-8.
32. The three-factor model of schizotypal personality: invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences* 2003; 35(5): 1007-19.

The effect of co-morbidity of positive and negative schizotypal personality traits on treatment outcome of obsessive-compulsive subtypes

Mohammadzadeh A¹, Borjali A¹, Sohrabi F², Delavar A³

Abstract

Aim and Background: Co-morbidity with schizotypal personality in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) has been widely reported to be associated with poor treatment response. Studies have repeatedly revealed a positive and a negative dimension for schizotypy. The primary aim of the present study was to explore if all or only certain features of schizotypy are predictive for therapy outcome in OCD subtypes.

Method and Materials: The current study was conducted in an experimental research context. Thirty adults with OCD were selected through accessible sampling method. They received cognitive behavioral therapy in three groups (pure OCD, OCD with positive schizotypal personality and OCD with negative schizotypal personality). Subjects were assessed through administration of SPQ-B and STA questionnaires. Data were analyzed using multiple analysis of covariance (MANCOVA).

Findings: The between groups difference was significant ($P < 0.01$, $F = 6.01, 8.05, 5.71, 6.64$). Findings revealed that elevated scores in the positive schizotypal scales were highly predictive for treatment failure in OCD subtypes. Responders to treatment and non-responders did not significantly differ on scores in negative schizotypal scales.

Conclusions: It is concluded that positive and negative schizotypal traits have different effects on treatment outcome of OCD. This study suggests that positive (not negative) schizotypal personality traits are associated with poor treatment response in obsessive-compulsive patients.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, subtypes, positive schizotypy, negative schizotypy, cognitive behavioral therapy, treatment outcome, co-morbidity

Type of article: Research

Received: 05.03.2009

Accepted: 21.05.2009

1- Assistant Professor, Payam-e-Nour University, East Azarbaijan, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

E-mail: ali.mohammadzadeh@gmail.com

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran.