

## اسکیزوتایپی: از سلامتی تا فروپاشی روان‌پریشی

دکتر علی محمدزاده<sup>۱</sup>

### Schizotypy: From Health to Psychotic Breakdown

Ali Mohammadzadeh\*

#### Abstract

Schizotypal personality is important from both historical and etiological perspective, because of its relationship with schizophrenia. However, within a 'fully dimensional' framework, the schizotypy dimension could be extended to a continuum that starts from normal and ends up in schizophrenia and other pathological spectra. This perspective represents schizotypy as continuously distributed traits, which are sources of normal variations as well as predisposition to psychosis. The present study reviews schizotypy, focusing on the dimensions, models, schizotaxia, comorbidity and relationship with other psychological phenomena and measurement tools.

**Key words:** schizotypy; schizotaxia; psychosis; health; dimensions; comorbidity; measurement

[Received: 6 February 2010; Accepted: 18 May 2010]

#### چکیده

از دیدگاه تاریخی و سبب‌شناختی، اسکیزوتایپی به دلیل ارتباط با اسکیزوفرنیا اهمیت دارد، ولی در الگوی تمام‌ابعادی، اسکیزوتایپی را می‌توان روی پیوستاری در نظر گرفت که آغاز آن حالت بهنجار و انتهای آن بیماری اسکیزوفرنیا و دیگر موارد آسیب‌شناسی است. در این دیدگاه اسکیزوتایپی دربرگیرنده صفاتی است که به‌طور پیوستاری توزیع شده‌اند؛ این صفات منابعی از تغییرات سلامتی و همچنین آمادگی برای روان‌پریشی هستند. مقاله حاضر با مرور پژوهش‌های پیشین و با هدف بررسی اسکیزوتایپی با تمرکز بر ابعاد، الگوها، اسکیزوتاکسیا، ارتباطات و همانندی با وضعیت‌های روانی مختلف و ابزارهای سنجش آن نوشته شد.

**کلیدواژه‌ها:** اسکیزوتایپی؛ اسکیزوتاکسیا؛ روان‌پریشی؛ سنجش

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۲/۲۸]

<sup>۱</sup> دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه پیام نور، استان آذربایجان شرقی. تبریز، خیابان مشروطه، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی، گروه روانشناسی. داورنگار:

E-mail: ali.mohammadzadeh@gmail.com • ۴۳۱-۲۲۹۰۰۹

\* PhD. in Psychology, Assistant Prof. of Payam-e-noor University, Payam-e-noor University, Mashrooteh Ave., Tabriz, Iran, IR. Fax: +98431-229009. E-mail: ali.mohammadzadeh@gmail.com

## مقدمه

یکی از موضوعات مورد بحث در طبقه‌بندی و نشانه‌شناسی اختلال‌های روانی آن است که ویژگی‌های روان‌پریشی<sup>۱</sup> تنها به طبقه خاصی از بیماران اختصاص ندارد، بلکه الگوهای آن به‌عنوان بخشی از آرایش روان‌شناختی و زیست‌شناختی، در جمعیت عمومی وجود دارد. دو عامل در پدیدآیی چنین دیدگاهی نقش داشته‌اند (کلاریج<sup>۲</sup> و بروکز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴): نخست کارهای نوگرایانه آیزنک<sup>۴</sup> برای گسترش نظریه شخصیت سه‌گانه‌اش بود که بعد روان‌پریش‌گرایی هم جزو آن است. با وجود انتقاداتی که به این بعد شده است، پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده است ویژگی‌های روان‌پریشی اختصاص به طبقه خاصی از بیماران ندارد. شاهد دیگر در زمینه بالینی بروز کرده است؛ در حدود دهه ۱۹۷۰ متخصصان بالینی متوجه وضعیت‌های مرزی<sup>۵</sup> شدند. به بیان دیگر برخی افراد ناهنجاری‌هایی در شخصیت نشان می‌دادند که از نظر پدیدارشناختی شبیه روان‌پریشی، ولی به قدری خفیف بود که متخصصان نمی‌توانستند این نشانه‌ها را در یک مقوله تشخیصی اصلی طبقه‌بندی کنند. کرچمر<sup>۶</sup> (۱۹۲۵)، به نقل از کلاریج و بروکز، (۱۹۸۴) یکی از نخستین مؤلفانی بود که وضعیت‌های مرزی را توصیف کرد؛ زمانی که او اختلال‌های اسکیزوتایپ<sup>۷</sup> و سایکلوئید<sup>۸</sup> را مجزا می‌کرد، وضعیت‌های مرزی را -که بین بهنجار بودن و دو نوع روان‌پریشی یعنی اسکیزوفرنیا و شیدایی- افسردگی در نوسان بودند- اسکیزوتایپ<sup>۹</sup> و سایکلو تاپیمیا<sup>۱۰</sup> نامید. واژه مرزی از روان‌تحلیل‌گری گرفته شده است، که به گروه‌های مختلف بیمارانی دلالت داشت که نوسان‌های شخصیتی نشان می‌دادند که اگرچه از نوع روان‌پریشی نبود، این حالت از بهره‌مندی آنان از روش‌های روان‌درمانی سنتی جلوگیری می‌کرد (همان‌جا).

به سبب فراوانی تألیف‌ها درباره وضعیت‌های مرزی، امروزه در ادبیات علمی روان‌پزشکی و روان‌شناسی مرضی گرایش به حالت‌های مرزی زیاد و باعث تغییراتی در نظام‌های طبقه‌بندی اختلال‌های روانی شده است (راولینگز<sup>۱۱</sup>، کلاریج و فریمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). یکی از نشانه‌های این تغییر، ملاک‌های دقیقی است که در سومین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱۳</sup> (DSM-III) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) برای تعریف وضعیت‌های مرزی روان‌پریشی مانند اختلال شخصیت اسکیزوتایپی دیده می‌شود، که در نسخه‌های بعدی DSM نیز بر آن‌ها تأکید شده است.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی الگویی فراگیر از کاستی‌های اجتماعی و میان‌فردی است که با مشکلات شناختی یا ادراکی از قبیل افکار انتساب، تفکر سحرآمیز، تجربه‌های ادراکی نامعمول<sup>۱۴</sup>، تفکر و گفتار عجیب و غریب، اندیشه‌پردازی پارانویایی، اضطراب اجتماعی و رفتارهای عجیب و غیرعادی و ظرفیت اندک برای برقراری روابط نزدیک و صمیمانه مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اسکیزوتایپی به عنوان شکل خفیف و غیربالینی و نیز شخصیت پیش‌نشانه‌ای<sup>۱۵</sup> اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (گولدرینگ<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ ون کمپن<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶) و معمولاً نوعی پیش‌زمینه برای اسکیزوفرنیا به حساب می‌آید (روسی<sup>۱۸</sup> و دانلوزو<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲). این آمادگی با آسیب‌های عصب‌شناختی، عصب‌زیست‌شناختی، روانپزشکی و عصب‌روان‌شناختی در بستگان درجه اول غیرروان‌پریش و غیراسکیزوتایپی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است (تسانگ<sup>۲۰</sup>، استون<sup>۲۱</sup>، تارباکس<sup>۲۲</sup> و فاراوان<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۲). اسکیزوتایپی، هم‌چنین از نظر جمعیت‌شناختی (محمدزاده، ۲۰۰۸)، سوگیری شناختی (محمدزاده و کریمی، ۲۰۰۹) و مذهبی (محمدزاده، نجفی و عاشوری، ۲۰۰۹) نیز با اسکیزوفرنیا رابطه دارد. اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در بستگان افراد اسکیزوفرنیا فراوان دیده می‌شود. حتی در برخی افراد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی نشانه‌ای برای آغاز اسکیزوفرنیاست. بنابراین، صفات اسکیزوتایپی و نشانه‌های اسکیزوفرنیا نقاط گوناگونی روی یک پیوستار و هماهنگی با پیش‌فرض‌های الگوی تنیدگی- آسیب‌پذیری<sup>۲۴</sup> نشان‌گر درجات گوناگونی از خطر هستند (والفرد<sup>۲۵</sup> و استراب<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۸). مقاله حاضر با بررسی پژوهش‌های این حوزه به‌دنبال روشن کردن مختصات اسکیزوتایپی (ابعاد، الگوها، ارتباط و هم‌بندی با وضعیت‌های روانی گوناگون و در نهایت سنجش آن) است.

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1- psychotic  | 2- Claridge                   |
| 3- roks   | 4- Eysenck                    |
| 5- orderline states   | 6- Kretschmer                 |
| 7- schizoid   | 8- cycloid                    |
| 9- schizothymia   | 10- cyclothymia               |
| 11- Rawlings  | 12- Freeman                   |
| 13- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3 <sup>rd</sup> ed.) |                               |
| 14- unusual perceptual experiences  |                               |
| 15- prodromal   | 16- Goulding                  |
| 17- Van Kampen  | 18- Rossi                     |
| 19- Daneluzzo   | 20- Tsung                     |
| 21- Stone   | 22- Tarbox                    |
| 23- Faraone   | 24-stress-vulnerability model |
| 25- Wolfradt  | 26- Struabe                   |

**ابعاد**

پژوهش‌ها نشان داده‌اند اسکیزوتایپی سازه‌ای چندبعدی است (سیهلاوا<sup>۱</sup> و کلاریج، ۲۰۰۵). بیشتر پژوهش‌ها با موضوع بررسی ابعاد اسکیزوتایپی بر پایه دو دیدگاه انجام شده است: دیدگاه کلاریج و بروکز (۱۹۸۴) با پرسش‌نامه صفات اسکیزوتایپی<sup>۲</sup> (STA) و دیدگاه راین<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) با پرسش‌نامه شخصیت اسکیزوتایپی<sup>۴</sup> (SPQ). با وجود آن که بحث پیوستاری بودن روان‌پریشی در برابر غیرپیوستاری بودن آن یا به بیان دیگر بحث ابعاد در برابر مقوله هم‌چنان باقی است، هردو این ابزارها هم بر پایه دیدگاه ابعادی (تفاوت‌های بین فردی) و هم بر پایه دیدگاه مقوله‌ای (بالینی) نسبت به شخصیت اسکیزوتایپی امکان کاربرد دارند، زیرا با دیدگاه شبه‌مقوله‌ای هماهنگ هستند (ماتا<sup>۵</sup>، ماتایکس - کولز<sup>۶</sup> و پرتا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

تحلیل عاملی از شخصیت اسکیزوتایپی با STA، که پرکاربردترین ابزار در پژوهش‌های حوزه روان‌پریشی است، نشان داده است اسکیزوتایپی یک صفت تک‌بعدی نیست (سیهلاوا و کلاریج، ۲۰۰۵). هویت<sup>۸</sup> و کلاریج (۱۹۸۹) در نمونه ۴۲۰ نفری بزرگسال، سه عامل تفکر سحرآمیز<sup>۹</sup>، تجربه‌های ادراکی نامعمول و اندیشه‌پردازی پارانوئید<sup>۱۰</sup> را گزارش کردند. این یافته در پژوهش‌های دیگر (جوزف<sup>۱۱</sup> و پیترز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵؛ راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱) نیز تأیید شده است. در ایران محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۲۰۰۷) سه عامل تجربه‌های ادراکی نامعمول، «سوءظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی» و تفکر سحرآمیز را در بزرگسالان گزارش کردند. سه بررسی تحلیل عاملی روی نوجوانان نیز همان سه عامل تفکر سحرآمیز، تجربه‌های ادراکی غیرعادی و اندیشه‌پردازی پارانوئید را تکرار کردند (والفرد و استراب، ۱۹۹۸؛ سیهلاوا و کلاریج، ۲۰۰۵؛ محمدزاده، ۲۰۱۱).

دیدگاه دوم برای اسکیزوفرنیا و اسکیزوتایپی ابعاد مشابهی در نظر می‌گیرد. نشانه‌های اسکیزوفرنیا در سه بعد قرار می‌گیرد: (۱) نشانگان فقر روانی - حرکتی که با نشانه‌های منفی اسکیزوفرنیا مشخص می‌شود، (۲) نشانگان اختلال در واقعیت‌آزمایی که دربرگیرنده علایم مثبت اسکیزوفرنیا است و (۳) نشانگان سازمان‌نیافتگی<sup>۱۳</sup> که با اختلال تفکر، رفتار عجیب و عاطفه نامتناسب مشخص می‌شود (سور<sup>۱۴</sup> و اشپیترناگل<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها (راین، ۱۹۹۱؛ راین و بنیشای<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵؛ فوساتی<sup>۱۷</sup>، راین، کارتا<sup>۱۸</sup>، لئوناردی<sup>۱۹</sup> و مافی<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۳؛ ماتا و همکاران، ۲۰۰۵؛ محمدزاده، ۲۰۰۷) با

SPQ برای شخصیت اسکیزوتایپی نیز سه بعد مشابه به‌دست داده‌اند: (۱) ناکارآمدی‌های ادراکی - شناختی دربرگیرنده افکار خودارجاعی، باورهای عجیب و غریب، تفکر سحرآمیز، تجربه‌های ادراکی نامعمول و سوءظن، (۲) نارسایی‌های میان‌فردی دربرگیرنده اضطراب اجتماعی بیش از حد، نداشتن دوستان صمیمی، عاطفه محدود و سوءظن و (۳) سازمان‌نیافتگی که رفتار و گفتار عجیب و غریب را شامل می‌شود. این تشابه نشانگان اسکیزوفرنیا و اسکیزوتایپی نشان‌گر پیوستاری بودن اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیاست، اگرچه تفاوت‌هایی هم ممکن است وجود داشته باشد.

**الگوهای نظری پیشنهادشده**

برای توصیف سازه‌های اسکیزوتایپی سه الگو وجود دارد (گولدینگ، ۲۰۰۴)؛ (۱) الگوی شبه‌ابعادی<sup>۲۱</sup> یا الگوی بیماری که اسکیزوتایپی را شکل خفیف اسکیزوفرنیا در نظر می‌گیرد (همان‌جا، ۲). الگوی شخصیتی که توسط آیزنک (۱۹۶۰)، به‌نقل از همان‌جا) ارایه شده است، فرد روان‌پریش را در انتهایی‌ترین نقطه پیوستار سلامتی - روان‌پریشی در نظر می‌گیرد. تنها تمایز کمی قابل‌شدن میان گروه‌های بهنجار و بیمار و نیز پوشش‌ندادن به همه نشانه‌های اسکیزوتایپی انتقادات وارد به این دیدگاه است (کلاریج، ۱۹۹۷، به‌نقل از همان‌جا). (۳) الگوی تمام‌ابعادی<sup>۲۲</sup> (همان‌جا) که شکل گسترده و ترکیبی دو الگوی دیگر است، اسکیزوتایپی را صفاتی در نظر می‌گیرد که به‌طور پیوستاری توزیع شده‌اند. این صفات، منابعی از نوسانات سلامتی و آمادگی برای روان‌پریشی است. برپایه الگوی تمام‌ابعادی می‌توان اسکیزوتایپی را هم در ارتباط با سلامتی و هم در ارتباط با سلامتی - بیماری قرار داد. هماهنگ با این الگو، امکان دارد افراد با نمرات بالا در یک یا چند عامل اسکیزوتایپی و افراد با نمرات پایین در این مقیاس، از درجه یکسانی از سلامتی برخوردار باشند.

- 1- Cyhlarova
- 2- Schizotypal Trait questionnaire A form
- 3- Raine
- 4- Schizotypal Personality Questionnaire
- 5- Mata
- 6- Mataix-Cols
- 7- Peralta
- 8- Hewitt
- 9- magical thinking
- 10- paranoid ideation
- 11- Joseph
- 12- Peters
- 13- disorganization
- 14- Suhr
- 15- Spitznagel
- 16- Benishay
- 17- Fossati
- 18- Carreta
- 19- Leonardi
- 20- Maffei
- 21- quasi dimensional
- 22- fully dimensional

## اسکیزوتاکسیا

یکی از واژه‌های بسیار نزدیک به اسکیزوتایپی، اسکیزوتاکسیا<sup>۱</sup> است که نخستین بار میل<sup>۲</sup> (۱۹۶۲) در توصیف آمادگی ژنتیکی پوشیده برای اسکیزوفرنیا - مشکل عصبی یکپارچه و ظریفی که بسته به شرایط محیطی به اسکیزوتایپی (پیامد متوسط) یا اسکیزوفرنیا (پیامد شدید) می‌انجامد - به کار برد. آمادگی برای اسکیزوتاکسیا، حتی در نبود روان‌پریشی یا نشانه‌های اولیه پیش‌روان‌پریشی، با نارسایی‌هایی در حیطه‌های گوناگون شامل نشانه‌های منفی و نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی همراه است. به‌طور مفهومی، چنین نگاهی به اسکیزوتاکسیا آن را مشابه اسکیزوتایپی منفی (اختلال شخصیت اسکیزوتایپی منهای نشانه‌های مثبت) در نظر می‌گیرد. این مفهوم، گسترده‌تر از اختلال شخصیت اسکیزوتایپی DSM است، چرا که بستگان افراد اسکیزوفرنیا نشانه‌های اصلی اسکیزوتاکسیا را نشان می‌دهند، بدون این که ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را داشته باشند (تسانگ و همکاران، ۲۰۰۲). در تأیید اعتبار اسکیزوتاکسیا سه مورد عنوان شده است (همان‌جا): ۱) افراد اسکیزوتاکسیک نسبت به غیر اسکیزوتاکسیک‌ها در مقیاس‌های بالینی گوناگون آسیب بیشتری نشان می‌دهند (اعتبار هم‌زمان، ۲) اسکیزوتاکسیک‌ها نسبت به غیر اسکیزوتاکسیک‌ها در مصاحبه‌های ساختاریافته اسکیزوتایپی، سطوح بالای نشانه‌های منفی اسکیزوتایپی را گزارش می‌کنند، در حالی که از نظر نشانه‌های مثبت هیچ تفاوتی با آنها ندارند و ۳) افرادی که نشانه‌های از پیش تعیین شده اسکیزوتاکسیا (نشانه‌های منفی و نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی) را نشان می‌دهند، به دوز پایین ریسپریدون پاسخ درمانی مثبت می‌دهند.

نشانه‌های روان‌پزشکی و نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی دو یافته مهم در بستگان درجه اول و غیر اسکیزوتایپی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا هستند (تسانگ و همکاران، ۲۰۰۲). الگوهای روان‌پزشکی در این افراد بیشتر شبیه همان نشانه‌های منفی‌اند که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشاهده می‌شود، البته در شکل خفیف آن. نشانه‌های مثبت نیز در بستگان زیستی نسبت به افراد مبتلا کمتر مشخص است. نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی در بستگان، در حوزه‌های شناختی چندگانه شامل حافظه کلامی بلندمدت، توجه، حافظه فعال و کنش‌های اجرایی دیده می‌شود که از نظر کیفی به

نارسایی‌هایی که در مبتلایان به اسکیزوفرنیا و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مشاهده می‌شود، شبیه است (کریمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). ناهنجاری‌های مغزی و ویژگی دیگری است که بستگان را از گروه کنترل متمایز می‌کند؛ برای مثال آنان در چند ناحیه مغزی از جمله هیپوکامپ چپ، حجم مغزی کمتری نشان می‌دهند. این نارسایی‌های روان‌پزشکی و عصب‌روان‌شناختی در تعداد زیادی از بستگان درجه اول مبتلایان به اسکیزوفرنیا وجود دارد. برای مثال، در یک بررسی خانوادگی نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی یا نشانه‌های منفی در ۲۰ تا ۵۰ درصد بستگان غیرروان‌پریش مشاهده شد (فاراوان و همکاران، ۱۹۹۵).

## رابطه با اختلال‌های دیگر

## ۱- اسکیزوفرنیا

همان‌طور که اشاره شد، بر پایه دیدگاه پیوستاری می‌توان ویژگی‌های اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا را نقاطی روی یک پیوستار و بنابراین برای آن‌ها ابعاد مشابهی در نظر گرفت. افزون بر تشابه از نظر روان‌سنجی و نشانه‌شناسی، می‌توان به عامل‌های خطر ناشی از تحول نابهنجار در بروز این بیماری‌ها اشاره کرد. گمان می‌رود کاهش هوش عمومی، نارسایی‌های حافظه و کنش‌های اجرایی اسکیزوفرنیا ناشی از اختلال عصبی - تحولی باشد (کنسیتس<sup>۴</sup>، راگلند<sup>۵</sup>، گور<sup>۶</sup> و گور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). نارسایی‌های شناختی به‌ویژه با نشانه‌های منفی و سازمان‌یافته ارتباط دارد (چن<sup>۸</sup>، لام<sup>۹</sup>، چن و نگوین<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند کنش‌های اجرایی آسیب‌دیده هم‌چنین اسکیزوتایپی را از گروه کنترل متمایز می‌کند (روزا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). شواهد مشابهی نیز وجود دارد که نشانه‌های غیرمثبت اسکیزوتایپی رابطه قوی‌تری با نارسایی‌های عصب‌روان‌شناختی دارد (چن، هسیا<sup>۱۱</sup> و لین<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷).

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی<sup>۱۳</sup> (MRI) نشان داده است بیماران اسکیزوفرنیا و همشیرهای غیرروان‌پریش آنها نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار در حجم ماده خاکستری قطعه‌های پیشانی و گیجگاهی و نیز افزایش

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| 1- schizotaxia                 | 2- Meehl   |
| 3- Kremen                      | 4- Censits |
| 5- Ragland                     | 6- Gur     |
| 7- Chen                        | 8- Lam     |
| 9- Nguyen                      | 10- Rosa   |
| 11- Hsiao                      | 12- Lin    |
| 13- magnetic resonance imaging |            |

معنی دار در حجم مایع مغزی - نخاعی<sup>۱</sup> نشان می‌دهند (کنن<sup>۲</sup>، ون ارب<sup>۳</sup> و گلان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند مکانیزم اختلال تحول مغز در اسکیزوفرنیا از نظر کالبدشناختی به چگونگی نامتقارنی و نیز جانبی شدن مغز مربوط است. بیماران اسکیزوفرنیایی و اسکیزوتایپال در تکالیف مربوط به جانبی شدن، الگوهای نامعمول جانبی شدن نشان می‌دهند (روزا و همکاران، ۲۰۰۰).

برای مشخص کردن ابعاد عصب‌شناختی که بازتابی از پیوستگی و ناپیوستگی میان اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیاست، آزمون‌های جامع عصب‌روان‌شناختی (با طبقه‌بندی هفت‌گانه انتزاع، توجه، حافظه کلامی، حافظه فضایی، زبان، استدلال دیداری فضایی و کارکرد حسی - حرکتی) روی ۱۵ آزمودنی اسکیزوفرنیا، ۱۶ همشیر سالم و ۳۱ فرد سالم (گروه کنترل) اجرا شد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، همشیرهای آنها و گروه کنترل به ترتیب بیشترین میزان آسیب عصب‌روان‌شناختی را داشتند. الگوهای نارسایی شناختی آزمودنی‌ها و همشیرها نیز مشابه بود؛ کنش‌های مربوط به انتزاع، توجه، حافظه کلامی و زبان به‌طور معنی‌دار بیش از کنش‌های مربوط به حافظه فضایی، استدلال دیداری فضایی و کارکرد حسی - حرکتی آسیب دیده بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد پردازش آسیب‌دیده اطلاعات در ناحیه‌هایی خاص ممکن است منعکس‌کننده تأثیر ژن‌های آماده‌ساز برای اسکیزوفرنیا باشد (کنن، هوتون<sup>۵</sup> و لانکوئیست<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰).

## ۲- شخصیت مرزی

اسکیزوفرنیای روان‌رنجوری کاذب<sup>۷</sup>، روان‌رنجوری جامعه‌ستیزی کاذب<sup>۸</sup>، پیش‌روان‌رنجوری<sup>۹</sup>، اسکیزوفرنیای مرزی<sup>۱۰</sup>، روان‌پریشی نهفته<sup>۱۱</sup>، اسکیزوفرنیای نهفته<sup>۱۲</sup> و اسکیزوفرنیای سرپایی<sup>۱۳</sup> واژگانی هستند که در توصیف مبتلایان به اختلال‌های شخصیت مرزی و اسکیزوتایپی به کار رفته‌اند (تورگرسن<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). اختلال شخصیت مرزی با این که در خوشه A قرار نگرفته، از آنجا که در اثر استرس، نشانه‌های روان‌پریشی از خود نشان می‌دهد، مانند شخصیت اسکیزوتایپی در مرز روان‌پریشی قرار دارد و جزء وضعیت‌های مرزی روان‌پریشی به شمار می‌آید. کرنبرگ<sup>۱۵</sup> (۱۹۸۴، ۱۹۹۶، به‌نقل از اسکادول<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) در یک الگوی نظری، سازمان شخصیت بهنجار، مرزی و نابهنجار را در چارچوب یک پیوستار نشان داده است. در این الگو

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 1- cerebrospinal fluid          | 2- Cannon         |
| 3- van Erp                      | 4- Glahn          |
| 5- Huttunen                     | 6- Lonnqvist      |
| 7- pseudoneurotic schizophrenia |                   |
| 8- pseudopsychopathic neurosis  |                   |
| 9- preneurosis                  | 10- borderline    |
| 11- latent psychosis            | 12- latent        |
| 13- ambulatory                  | 14- Torgersen     |
| 15- Kernberg                    | 16- Skodol        |
| 17- Chabrol                     | 18- dissociative  |
| 19- depersonalization           | 20- derealization |
| 21- Becker                      | 22- Grilo         |
| 23- Edell                       | 24- McGlashan     |

مغز، OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی می‌تواند به‌عنوان نوع فرعی OCD در سیستم تشخیصی بیان شود.

با توجه به جنبه‌های بالینی متمایز در OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی و الگوهای خاص بدکارکردی قطعه‌پیشانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی، پیشنهاد شده است الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی همانند، بر کارکرد قطعه‌پیشانی در OCD تأثیر می‌گذارد. شین و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند مبتلایان به اسکیزوفرنیا و OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی نسبت به گروه کنترل در آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین<sup>۱۵</sup> (WCST) و نیز آزمون‌های سیالی کلامی<sup>۱۶</sup> عملکرد ضعیفی دارند، در حالی که OCD بدون ویژگی‌های اسکیزوتایپی تفاوتی با گروه کنترل نداشت. هم‌چنین افراد مبتلا به OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی و افراد دچار اسکیزوفرنیا از نظر کیفیت عملکرد در آزمون‌های بالا تفاوتی نشان ندادند. بنابراین بر پایه یافته‌های عصب‌شناختی، اعتبار OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی تأیید می‌شود. مؤلفه‌های مشترک میان OCD و شخصیت اسکیزوتایپی عبارت است از:

#### الف) وسواس‌های فکری خودزاد<sup>۱۷</sup>

دو نوع وسواس فکری وجود دارد که واکنش‌های هیجانی، ارزیابی‌های شناختی و راهبردهای کنترلی متفاوتی را فراخوانی می‌کنند: وسواس فکری خودزاد و وسواس فکری واکنشی<sup>۱۸</sup>. وسواس‌های فکری خودزاد نفرت‌انگیزتر، عجیب‌تر، نامقبول‌تر و گناه‌آلودتر هستند، در حالی که وسواس‌های فکری واکنشی نگرانی‌های عمده در مورد درستی افکار را در بر می‌گیرند. وسواس‌های فکری خودزاد تنها به‌دلیل خود افکار، تهدیدکننده ادراک شده، تلاش برای کنترل فکر را موجب می‌شوند، در حالی که وسواس‌های فکری واکنشی واقعی‌تر ادراک شده، به برانگیختن احساس مسئولیت برای پیش‌گیری از آسیب می‌انجامد. وسواس‌های فکری خودزاد راهبردهای ذهنی کنترل فکر پوشیده‌تر (اجتنابی) (مانند توقف فکر و حواس‌پرتی) و وسواس‌های

تجربه‌های ادراکی نامعمول شخصیت اسکیزوتایپی، از جمله اختلال حسی بدنی، تجربه‌های شبه‌توهمی و باورهای انتساب از دیگر ویژگی‌های مشترک دو اختلال بوده، با نشانه‌های تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس و اختلال در خودانگاره شخصیت مرزی قابل مقایسه است. تنها تفکر سحرآمیز (شامل نشانه‌هایی مانند باور به واقعی بودن خواب‌ها، حس ششم و ذهن‌خوانی) به شخصیت اسکیزوتایپی اختصاص داشته، از ملاک‌های متمایزکننده دو اختلال است.

#### ۳- اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱</sup>

صفات شخصیت اسکیزوتایپی یکی از وضعیت‌های روانی همانندی است که در اختلال وسواسی-اجباری (OCD) زیاد دیده می‌شود (پویوروسکی<sup>۲</sup> و کوران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). بروز هم‌زمان اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در OCD به دوره تباهی<sup>۴</sup>، پیش‌آگهی<sup>۵</sup> ضعیف و پاسخ ضعیف به درمان‌های دارویی (موریتز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ پویوروسکی و همکاران، ۲۰۰۸) و شناختی-رفتاری (محمدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور، ۲۰۰۸) منجر می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان دادند دو اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی اجباری، دو اختلال کاملاً مجزا از هم نیستند و تا حدودی با هم رابطه دارند. این رابطه در طول صفات اسکیزوتایپی معنا می‌یابد (محمدزاده و اسکندری، ۲۰۰۹؛ محمدزاده، رضایی، یعقوبی و پیرخائفی، ۲۰۱۱). بنابراین پیشنهاد شده است نوع همگنی از OCD با ویژگی‌های شبه‌روان‌پریشی اسکیزوتایپی وجود دارد که متمایز از OCD بدون صفات اسکیزوتایپی است (سوبین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار اسکیزوتایپی نوع OCD با شواهد پژوهشی و بالینی تأیید شده است (شین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

در یک بررسی (لی<sup>۹</sup>، شین، وی<sup>۱۰</sup>، کیم<sup>۱۱</sup> و وون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶) با روش تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (MRI) ماده خاکستری<sup>۱۳</sup>، ماده سفید<sup>۱۴</sup> و مایع مغزی-نخاعی بیماران OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی، اسکیزوفرنیا و افراد سالم مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بیماران اسکیزوفرنیا و OCD با ویژگی‌های اسکیزوتایپی نسبت به افراد سالم به‌ترتیب بیشترین کاهش در حجم ماده خاکستری مغز را نشان دادند و کاهش حجم ماده خاکستری گروه بیماران OCD بدون ویژگی‌های اسکیزوتایپی نسبت به گروه کنترل معنی‌دار نبود. بر پایه این یافته‌ها پیشنهاد شده است با توجه به حجم ماده خاکستری

- |                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1- obsessive-compulsive disorder |                             |
| 2- Poyurovsky                    | 3- Koran                    |
| 4- deterioration                 | 5- prognosis                |
| 6- Moritz                        | 7- Sobin                    |
| 8- Shin                          | 9- Lee                      |
| 10- Wee                          | 11- Kim                     |
| 12- Kwon                         | 13- gray matter             |
| 14- white matter                 |                             |
| 15- Wisconsin Card Sorting Test  |                             |
| 16- verbal fluency tests         | 17- autogenously obsessions |
| 18- reactive obsessions          |                             |

هم جوشی فکر- عمل اخلاقی<sup>۸</sup> (باور به این که داشتن افکار، تصورات و تکانه‌های نامقبول به اندازه انجام واقعی آنها ناپسند است) و هم جوشی فکر- عمل احتمال<sup>۹</sup> (باور به این که داشتن افکار نامقبول و آشفته احتمال به وقوع پیوستن آنها را در واقعیت افزایش می‌دهد) (شفران<sup>۱۰</sup>، ثوردارسون<sup>۱۱</sup> و راجمن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۶).

چند بررسی اهمیت رابطه هم جوشی فکر- عمل و OCD را نشان دادند (امیر<sup>۱۳</sup>، فرشمن<sup>۱۴</sup>، رمزی<sup>۱۵</sup>، نیری<sup>۱۶</sup> و بریجیدی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۱؛ کلز<sup>۱۸</sup>، منین<sup>۱۹</sup> و هیمبرگ<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۱؛ راسین<sup>۲۱</sup>، دیستراتن<sup>۲۲</sup>، مرکل باخ<sup>۲۳</sup> و موریس<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۱؛ شفران و همکاران، ۱۹۹۶). هم جوشی فکر- عمل احتمال، نوعی سوگیری شناختی افراطی است که با تفکر سحرآمیز و صفات اسکیزوتایپی در ارتباط است، درحالی که همجوشی فکر- عمل اخلاقی در میان کسانی رواج دارد که به قوانین اخلاقی خشک پایبند هستند، بنابراین کمتر با نشانه‌های OCD و تفکر سحرآمیز ارتباط دارد (لی و همکاران، ۲۰۰۵). چند یافته پژوهشی به صورت مستقیم از این فرضیه پشتیبانی کرده‌اند: نخست، همجوشی فکر- عمل اخلاقی فراوان در جمعیت غیربالینی مشاهده شده است، درحالی که همجوشی فکر- عمل احتمال چنین نیست (شفران و همکاران، ۱۹۹۶). دوم، بیماران OCD نسبت به آزمودنی‌های غیربالینی در هم جوشی فکر- عمل احتمال، نمره بیشتری می‌گیرند، ولی از نظر هم جوشی فکر- عمل اخلاقی تفاوتی با یکدیگر ندارند (راسین و همکاران، ۲۰۰۱؛ شفران و همکاران، ۱۹۹۶). سوم، هم جوشی فکر- عمل احتمال، با نشانه‌های OCD رابطه قوی تری دارد تا همجوشی فکر- عمل اخلاقی (امیر و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلز و همکاران، ۲۰۰۱؛ شفران و همکاران، ۱۹۹۶) و بالاخره برخلاف هم جوشی فکر- عمل اخلاقی، هم جوشی فکر- عمل احتمال با اضطراب و نگرانی<sup>۲۵</sup> رابطه مثبت دارد (هازلت-استیونس<sup>۲۶</sup>، زوکر<sup>۲۷</sup> و کراسک<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۲؛ موریس، میسترز<sup>۲۹</sup>، راسین، مرکل باخ و کمپل<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۱).

فکری واکنشی راهبردهای کنترلی آشکارتری (مواجهه‌ای و رفتاری) (مانند وارسی و شست‌وشو) را فرا می‌خواند. شناسایی محرک فراخوان<sup>۱</sup> و سواس‌های فکری در نوع واکنشی نسبتاً آسان است، درحالی که در نوع خودزاد سخت بوده یا اصلاً وجود ندارد. رابطه محتوای فکر با محرک فراخوان در سواس‌های فکری واکنشی منطقی تر و واقعی تر است، درحالی که این رابطه در نوع خودزاد نمادین و دارای تداعی‌های ناممکن و عجیب و غریب است. سواس‌های فکری خودزاد خودناهمخوان تر از سواس‌های فکری واکنشی بوده، بیشتر محتوای جنسی، کفرآمیز و پرخاشگرانه دارند، درحالی که محتوای سواس‌های فکری واکنشی بیشتر دربرگیرنده آلودگی، تردید، بیماری، نامتقارنی و گم کردن اشیاست (لی و وون، ۲۰۰۳). سواس‌های فکری خودزاد ارتباط قوی تری با شخصیت اسکیزوتایپی دارند، درحالی که رابطه میان سواس‌های فکری واکنشی و شخصیت اسکیزوتایپی قابل چشم‌پوشی است (لی و تلچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

(ب) هم جوشی فکر- عمل<sup>۳</sup> و ارتباط آن با تفکر سحرآمیز

تفکر سحرآمیز که برخی از نشانه‌های اختلال شخصیت اسکیزوتایپی مانند باور به خرافات، باورهای انتساب و اشتغال‌های ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند، از تشابه‌های میان OCD و شخصیت اسکیزوتایپی است که در OCD خود را به صورت هم جوشی فکر- عمل (TAF) (افزایش احتمال انجام یک عمل به دلیل تفکر زیاد در مورد آن) نشان می‌دهد (انشین<sup>۴</sup> و منزیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ لی، کوگل<sup>۶</sup> و تلچ، ۲۰۰۵). بیشتر بیماران مبتلا به OCD نشانه‌هایی از افکار سحرآمیز و خرافات را در آیین‌های و سواسی خود نشان می‌دهند، مثلاً برخی از آنان واژه‌ها یا اعداد بی‌معنایی را تکرار می‌کنند، با این باور که این کار از برخی از پیامدهای تهدیدکننده مانند مرگ یکی از اعضای خانواده جلوگیری می‌کند. اگرچه در تعریف اعمال و سواسی، افراطی بودن، ارتباط نداشتن با واقعیت و انجام دادن با هدف خنثی سازی یا پیش گیری در نظر گرفته می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، برخی از اعمال و سواسی به روشی سحرآمیزتر به خنثی سازی تهدیدها می‌پردازند. برای مثال تکرار ۵۰ باره یک عبارت بی معنا برای خنثی کردن افکار فاجعه آمیز، سحرآمیزتر و خرافاتی تر از وارسی تکراری کلید در اتاق برای اطمینان از بسته بودن آن است.

همجوشی فکر- عمل به مجموعه‌ای از سوگیری‌های شناختی<sup>۷</sup> اشاره دارد که رابطه علی ناکارآمد میان افکار و واقعیت بیرونی را شامل شده، به زیاد شدن احساس مسئولیت می‌انجامد. دو نوع همجوشی فکر- عمل شناسایی شده است:

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 1- evoking               | 2- Telch            |
| 3- thought action fusion | 4- Einstein         |
| 5- Menzies               | 6- Cogle            |
| 7- cognitive bias        | 8- moral            |
| 9- likelihood            | 10- Shafraan        |
| 11- Thordarson           | 12- Rachman         |
| 13- Amir                 | 14- Freshman        |
| 15- Ramsey               | 16- Neary           |
| 17- Brigidi              | 18- Coles           |
| 19- Mennin               | 20- Heimberg        |
| 21- Rassin               | 22- Diepstraten     |
| 23- Merckelbach          | 24- Muris           |
| 25- worry                | 26- Hazlett-Stevens |
| 27- Zucker               | 28- raske           |
| 29- Meesters             | 30- Campbell        |

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد هم‌جوشی فکر-عمل با جنبه‌های مختلف اسکیزوتایپی همبستگی مثبت دارد (موریس و مرکل‌باخ، ۲۰۰۳). پژوهش دیگری نشان داد رابطه میان هم‌جوشی فکر-عمل احتمال و اسکیزوتایپی حتی بعد از کنترل نشانه‌های OCD، اضطراب عمومی و افسردگی نیز معنادار است. برخلاف هم‌جوشی فکر-عمل احتمال، هم‌جوشی فکر-عمل اخلاقی رابطه‌ای با اسکیزوتایپی ندارد (لی و همکاران، ۲۰۰۵). این یافته‌ها نشان می‌دهند هم‌جوشی فکر-عمل اخلاقی از نظر شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی به‌طور کلی و OCD به‌طور اختصاصی با هم‌جوشی فکر-عمل احتمال متفاوتند.

بررسی نقش صفات اسکیزوتایپی در OCD نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. تا کنون مشخص نشده است که صفات اسکیزوتایپی چگونه در OCD نقش ایفا می‌کنند. یک احتمال این است که عامل تفکر سحرآمیز اسکیزوتایپی فرد را در خطر بیشتر برای هم‌جوشی فکر-عمل احتمال قرار داده، به این وسیله احتمال خطر OCD را افزایش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۰۵). در تأیید این احتمال نشان داده شده است که الف) میان عامل تفکر سحرآمیز STA و نشانه‌های OCD رابطه مثبت وجود دارد، ب) رابطه میان تفکر سحرآمیز و هم‌جوشی فکر-عمل احتمال معنادار است و ج) رابطه میان تفکر سحرآمیز و نشانه‌های OCD پس از کنترل هم‌جوشی فکر-عمل احتمال معنادار نیست. این یافته اخیر به‌طور ضمنی اشاره دارد که هم‌جوشی فکر-عمل احتمال می‌تواند رابطه تفکر سحرآمیز و نشانه‌های OCD را تبیین نماید. جالب این که نه هم‌جوشی فکر-عمل احتمال و نه هم‌جوشی فکر-عمل اخلاقی رابطه میان نشانه‌های OCD و دو عامل دیگر STA (تجربه‌های ادراکی نامعمول و اندیشه‌پردازی پارانوئید) را کم‌رنگ نکرد، که این خود بیان‌گر آن است که صفات اسکیزوتایپی ممکن است از مسیرهای دیگری نیز به نشانه‌های OCD مربوط شوند (همان‌جا).

پیلکونیس<sup>۱۱</sup>، (۲۰۰۴). به بیان دیگر از دیدگاه پیوستاری بسیاری از اشکال آسیب‌شناختی در انتهای پیوستار شخصیت بهنجار قرار دارد، نه این که به‌طور کامل از شخصیت بهنجار فاصله داشته باشد (وایدیگر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵). برای مثال نمره بالا در وظیفه‌شناسی و روان‌رنجورخویی نشان‌دهنده شخصیت وسواسی و نمره پایین در توافق و وظیفه‌شناسی نشان‌دهنده شخصیت ضداجتماعی است. بنابراین الگوی نمره‌های افراد در پنج عامل از اهمیت خاصی برخوردار است. بر همین روال، شخصیت اسکیزوتایپ با نمره پایین در برون‌گرایی مشخص می‌شود (ترول<sup>۱۳</sup>، وایدیگر، لینام<sup>۱۴</sup> و کاستا، ۲۰۰۳؛ مادسن<sup>۱۵</sup>، پارسونز<sup>۱۶</sup> و گروبین<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶). از میان اختلال‌های شخصیت اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در این الگو کمتر تبیین شده است که شاید دلیل آن نبود بُعد مربوط به شناخت انحرافی<sup>۱۸</sup> در الگوی پنج‌عاملی باشد (مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۷). پژوهش‌های انجام‌شده با این الگو در مورد اختلال شخصیت اسکیزوتایپی نتایج ناهمسازی را گزارش کرده‌اند؛ به‌ویژه در عامل گشودگی به تجربه (روس<sup>۱۹</sup>، لاتنز<sup>۲۰</sup> و بایلی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۲) که هم نبود رابطه و هم رابطه مثبت و منفی گزارش شده است (موری<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ گاررا<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در یک بررسی (گاررا و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داده شد که مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی نسبت به گروه کنترل در روان‌رنجورخویی نمره بالا و در وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی و توافق نمره کمتری می‌گیرند، درحالی که تفاوت دو گروه در گشودگی به تجربه معنی‌دار نبود. محمدزاده (۲۰۱۰) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه شخصیت اسکیزوتایپی و الگوی پنج‌عاملی در نمونه غیربالینی نشان داد شخصیت اسکیزوتایپی با روان‌رنجورخویی همبستگی مثبت و با برون‌گرایی همبستگی منفی دارد. وظیفه‌شناسی، توافق و گشودگی به تجربه نیز رابطه معنی‌داری با اسکیزوتایپی نشان ندادند، ولی برای تبیین شخصیت اسکیزوتایپی باید در کنار

### اسکیزوتایپی و ابعاد اصلی شخصیت

الگوی پنج‌عاملی شخصیت<sup>۱</sup> (مک‌کری<sup>۲</sup> و کاستا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷) پنج عامل روان‌رنجورخویی<sup>۴</sup> (N)، برون‌گرایی<sup>۵</sup> (E)، گشودگی به تجربه<sup>۶</sup> (O)، توافق<sup>۷</sup> (A) و وظیفه‌شناسی<sup>۸</sup> (C) را می‌سنجد. برخی از پژوهشگران این حوزه بر این باورند که بسیاری از رفتارهای نابهنجار را می‌توان نوعی زیاده‌روی در صفات بهنجار شخصیت در نظر گرفت (میلر<sup>۹</sup>، رینولدز<sup>۱۰</sup> و

- |                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| 1- five-factor model of personality | 3- Costa         |
| 2- McCrae                           | 5- extraversion  |
| 4- neuroticism                      | 7- agreeableness |
| 6- openness to experience           | 9- Miller        |
| 8- conscientiousness                | 11- Pilkonis     |
| 10- Reynolds                        | 13- Trull        |
| 12- Widiger                         | 15- Madsen       |
| 14- Lynam                           | 17- Grubin       |
| 16- Parsons                         | 19- Ross         |
| 18- aberrant cognition              | 21- Bailley      |
| 20- Lutz                            | 23- Gurrera      |
| 22- Morey                           |                  |



در سوی دیگر پرسش‌نامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ) (رایسن، ۱۹۹۱) و نسخه کوتاه‌شده آن<sup>۱۳</sup> (SPQ-B) (رایسن و بنیشای، ۱۹۹۵) و پرسش‌نامه صفات اسکیزوتایپی<sup>۱۴</sup> (STQ) (کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴) نشانه‌محور بوده، بر پایه الگوهای بالینی اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در DSM-III (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) (هماهنگ با دیدگاه شبه‌مقوله‌ای در ارتباط با اسکیزوتایپی) ساخته شده‌اند و بنابراین جامعیت بیشتری دارند. SPQ که سه خرده‌مقیاس دارد (ادراکی-شناختی<sup>۱۵</sup>، میان‌فردی<sup>۱۶</sup> و سازمان‌یافتگی)، ابزار مناسبی برای غربال کردن نمونه‌های بیشتر در پژوهش‌های مربوط به آمادگی برای اختلال شخصیت اسکیزوتایپی<sup>۱۷</sup> (SPD) است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار (محمدزاده، ۲۰۰۷) تأیید‌کننده سازگاری مناسب آن با جامعه ایرانی است. پرسش‌نامه تجارب و عواطف آکسفورد-لیورپول<sup>۱۸</sup> (O-LIFE) هم ابزار نشانه‌محور بلندی است که برپایه تحلیل عاملی گویه‌های ۱۵ پرسش‌نامه اسکیزوتایپی ساخته شده است (ماسون<sup>۱۹</sup>، کلاریج و جکسون<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۵). O-LIFE چهار خرده‌مقیاس [تجربه‌های ادارکی نامعمول (باورها و ادراک‌های انحرافی<sup>۲۱</sup>)، سازمان‌یافتگی شناختی، بی‌لذتی درون‌گرایانه و ناپیروی تکانشی<sup>۲۲</sup> (رفتار غیراجتماعی<sup>۲۳</sup>)] دارد که صفات اسکیزوتایپی را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی می‌سنجد. مقیاس روان‌پریشی‌گرایی (P) پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک<sup>۲۴</sup> (EPQ) نیز معرف دیدگاه شخصیت‌محور در سنجش اسکیزوتایپی است که بر پایه دیدگاه روان‌سنجی ساخته شده است. در مقابل، STQ بر پایه رویکرد بالینی ساخته شده است (جکسون و کلاریج، ۱۹۹۱). در مقایسه

روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی و توافق نیز مورد توجه قرار گیرند. البته روان‌رنجورخویی به تنهایی بخش مهمی از شخصیت اسکیزوتایپی را تبیین می‌کند (محمدزاده، ۲۰۱۰؛ گاررا و همکاران، ۲۰۰۵). در نهایت می‌توان گفت روان‌رنجورخویی و توافق بالا و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی پایین الگوی پیشنهادی احتمالی برای شخصیت اسکیزوتایپی بر پایه دیدگاه پنج‌عاملی است و گشودگی به تجربه نقشی در تبیین اسکیزوتایپی ندارد.

از سوی دیگر هماهنگ با الگوی سه‌عاملی شخصیت (آیزنک و آیزنک، ۱۹۷۵)، پژوهش‌ها نشان داده‌اند اسکیزوتایپی بیشترین رابطه را با روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌گرایی دارد (محمدزاده و برجعلی، ۲۰۰۸). دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند اسکیزوتایپی بیشتر به روان‌رنجورخویی مربوط است تا روان‌پریش‌گرایی، زیرا نشانه‌های اختصاصی روان‌پریشی در این بیماران مشاهده نمی‌شود. هم‌چنین عامل روان‌پریش‌گرایی آیزنک بیشتر رفتار ضداجتماعی را می‌سنجد (دی<sup>۱</sup> و پیتر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین میان دو دیدگاه سه و پنج‌عاملی شخصیت در تبیین اسکیزوتایپی همگرایی نسبی وجود دارد.

جنسیت نیز در تبیین شخصیت اسکیزوتایپی بر پایه پنج عامل بزرگ شخصیت اهمیت دارد؛ در زنان، برون‌گرایی و در مردان، روان‌رنجورخویی قدرت تبیینی بیشتری دارد (محمدزاده، ۲۰۱۰). رابطه برون‌گرایی پایین (درون‌گرایی بالا) با اسکیزوتایپی، با نشانه‌شناسی بالینی شخصیت اسکیزوتایپی-تنهایی مفرط و بی‌لذتی درون‌گرایانه<sup>۳</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) -هماهنگ است.

## ابزارهای پژوهش

بر پایه دیدگاه‌های نظری مختلف، مقیاس‌های بسیاری برای سنجش صفات اسکیزوتایپی ساخته شده است که می‌توان آنها را در سه گروه نشانه‌محور<sup>۴</sup>، نشانگان‌محور<sup>۵</sup> و شخصیت‌محور<sup>۶</sup> طبقه‌بندی کرد.

از مقیاس‌های نشانگان‌محور، که جنبه‌های خاصی از اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را می‌سنجد، می‌توان به این موارد اشاره کرد: بی‌لذتی جسمی و اجتماعی<sup>۷</sup> (PSA) (چپمن<sup>۸</sup>، چپمن و راثولین<sup>۹</sup>، ۱۹۷۶)، مقیاس انحراف ادراکی<sup>۱۰</sup> (PAS) (چپمن، چپمن و راثولین، ۱۹۷۸) و مقیاس اندیشه‌پردازی سحرآمیز<sup>۱۱</sup> (MIS) (اکبلاد<sup>۱۲</sup> و چپمن، ۱۹۸۳).

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1- Day   | 2- Peter                |
| 3- introversive anhedonia                                  | 4- symptom-oriented     |
| 5- syndrome oriented                                       | 6- personality oriented |
| 7- Physical and Social Anhedonia                           |                         |
| 8- Chapman   | 9- Raulin               |
| 10- Perceptual Aberration Scale                            |                         |
| 11- Magical Ideation Scale                                 | 12- Eckblad             |
| 13- schizotypal personality questionnaire-brief            |                         |
| 14- Schizotypal Trait Questionnaire                        |                         |
| 15- cognitive perceptual                                   | 16- interpersonal       |
| 17- Schizotypal Personality Disorder                       |                         |
| 18- Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences |                         |
| 19- Mason  | 20- Jackson             |
| 21- aberrative believes and perceptions                    |                         |
| 22- impulsive nonconformity                                |                         |
| 23- asocial behavior                                       |                         |
| 24- Eysenck Personality Questionnaire                      |                         |

اسکیزوتایپی افزون بر اسکیزوفرنیا با شخصیت مرزی و اختلال وسواسی اجباری در ارتباط است. اگرچه موضوع رابطه OCD و اسکیزوفرنیا چندان جدید نیست، نقش واسطه‌ای احتمالی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی در این رابطه، جدید است و به نظر می‌رسد رابطه OCD و اسکیزوفرنیا در طول صفات اسکیزوتایپی معنی می‌یابد.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از مقاله و تعارض منافع وجود نداشته است.]

### منابع

- American Psychiatric Association (1980). *diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3<sup>rd</sup>ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3<sup>rd</sup>ed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011-2016.
- Cannon, T. D., van Erp, T. G. M., & Glahn, D. C. (2002). Elucidating continuities and discontinuities between schizotypy and schizophrenia in the nervous system. *Schizophrenia Research*, 54, 151-156.
- Cannon, T. D., Huttunen, M. O., & Lonnqvist, J., (2000). The inheritance of neuropsychological dysfunction in twins discordant for schizophrenia. *American Journal of Human Genetics*, 67, 369-382.
- Censits, D. M., Ragland, J. D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (1997). Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 24(3), 289-298.

EPQ و STQ باید گفت که EPQ به دلیل روایی پایین آن در ارتباط با بیماران روان‌پریش مورد انتقاد قرار گرفته است (کلاریج، ۱۹۸۳، به نقل از ماسون و همکاران، ۱۹۹۵). چندین بررسی تحلیل عاملی نیز نشان دادند خرده‌مقیاس روان‌پریش‌گرایی آیزنک نشانه‌های روان‌پریشی را نمی‌سنجد (ماسون و همکاران، ۱۹۹۵). این انتقادها به STQ وارد نیست، زیرا بر پایه DSM-III-R (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) ساخته شده است. حتی برخی از صفات اسکیزوتایپی مانند ناتوانی در لذت‌بردن، که در تعریف این اختلال در DSM-III-R نیامده است، در STQ نیز گنجانده نشده است (ماسون و همکاران، ۱۹۹۵). STQ که در حال حاضر پرکاربردترین ابزار در سنجش اسکیزوتایپی است (راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱) و بیشتر نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجد، دو خرده‌مقیاس دارد: شخصیت اسکیزوتایپی (STA) و شخصیت مرزی<sup>۱</sup> (STB). STA ۳۷ گویه و سه عامل (تجربه‌های ادراکی نامعمول، سوءظن پارانوئید/ اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز) دارد و به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با بازبینی پژوهش‌های پیشین به بررسی ویژگی‌های گوناگون اسکیزوتایپی پرداخت؛ صفات اسکیزوتایپی هم می‌تواند به‌عنوان منبعی از تغییرات سلامتی و هم آسیب‌پذیری به روان‌پریشی تفسیر شود. بنابراین، با این که نوعی آمادگی برای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود، لزوماً جنبه بیمارگونه نداشته، می‌تواند نوعی سبک زندگی قلمداد شود. این پدیده تک‌بعدی نبوده، عوامل چندی در آن دخیل‌اند که می‌تواند با ابعاد شناسایی‌شده در اسکیزوفرنیا موازی باشد. بنابراین شخصیت اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا نقاط مختلفی روی یک پیوستار مفهوم‌سازی شده‌اند که هماهنگ با مفروضه‌های الگوی آسیب‌پذیری-تندگی، مبین درجاتی از خطر هستند. چنین دیدگاهی با به‌کارگیری نمونه‌های غیربالینی-برای پیش‌گیری از ابهام‌های احتمالی موجود در نمونه‌های بیماران بالینی (مانند اثرات ناشی از دارو و مؤسسه‌ای شدن)-ابزارهایی برای سنجش نشانه‌های بالینی گرد آورده که مهم‌ترین آن‌ها SPQ و STQ است.

- Chabrol, H., Montovany, A., Duconge, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 59-65.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 374-382.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Chen, E. Y., Lam, L. C., Chen, R. Y., & Nguyen, D. G. (1996). Negative symptoms, neurological signs and neuropsychological impairment in 204 Hong Kong Chinese patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168 (2), 227-233.
- Chen, W. J., Hsiao, C. K., & Lin, C. C. H. (1997). Schizotypy in community samples: The tree-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (4), 649-654.
- Coles, M. E., Mennin, D. S., & Heimberg, R. G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Cyharova, E. & Claridge, G. (2005). Development of a version of the schizotypy traits questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, 80, 253- 261.
- Day, S., & Peter, E. (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27, 55-67.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-549.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Faraone, S. V., Seidman, L. J., Kremen, W. S., Pepple, J. R., Lyons, M. J., & Tsuang, M. T. (1995). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: a diagnostic efficacy analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 286-304.
- Fossati, A., Raine, A., Carreta, I., Leonardi, B., & Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences*, 35, 1007-1019.
- Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relations to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, 37, 157-167.
- Gurrera, R. J., Dickey, C. C., Niznikiewicz, M. A., Voglmaier, M. M., Shenton, M. E., & McCarley, R. W. (2005). The five-factor model in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 80, 243- 251
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- Hewitt, J. K., & Claridge, G. (1989). The factor structure of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences*, 10, 323-329.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 311-323.
- Joseph, S., & Peters, E. R. (1995). Factor structure of schizotypy with normal subjects: a replication of Hewitt and Claridge 1989. *Personality and Individual Differences*, 18, 437- 440.
- Kremen, W. S., Seidman, L. J., Pepple, J. R., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., & Faraone, S. V. (1994). Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a selective review. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 103-119.
- Lee, H. J., Cogle, J. R., & Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29-41.
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lee, H. J., & Telch, M. J. (2005). Autogenous/ reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Anxiety Disorders*, 19, 793-805
- Lee, K. J., Shin, Y. W., Wee, H., Kim, Y. Y., & Kwon, J. S. (2006). Gray matter volume reduction in obsessive-

- compulsive disorder with schizotypal personality trait. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1146-1149.
- Madsen, L., Parsons, S., & Grubin, D. (2006). The relationship between the five-factor model and DSM personality disorder in a sample of child molesters. *Personality and Individual Differences*, 40, 227-236.
- Mason, O., Claridge, G., & Jackson, M. (1995). New scale for assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 1, 7-13.
- Mata, I., Mataix-Cols, D., & Peralta, V. (2005). Schizotypal personality questionnaire-brief: factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38, 1183-1192.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Mccrae, R. R., & Costa, D. T. (1997) Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516
- Miller, J. D., Reynolds, S. K., & Pilkonis, P. A. (2004). The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychological Assessment*, 16, 310-322.
- Mohammadzadeh, A. (2007). The study of psychometric properties of schizotypal personality questionnaire-brief (SPQ-B). *International Journal of Psychology*, 2, 47-61.
- Mohammadzadeh, A. (2008). Relationship between parental educations, family population, marriage status, age and birth order with schizotypal personality features. *Journal of Psychology (Tabriz University)*, 11, 61-75. (Persian)
- Mohammadzadeh, A. (2009). The study of compulsive hoarding in male and female students with high schizotypal traits. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 13, 63-67. (Persian)
- Mohammadzadeh, A. (2010). The relationship between schizotypal traits and five-factor model of personality. *Advance in Cognitive Sciences*, 46, 49-58. (Persian)
- Mohammadzadeh, A. (2011). Factor Analysis and Validation Study of the schizotypal trait scale (STA) in adolescences. *Iranian Journal of Exceptional Children*, 39, 57-68. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Borjali, A. (2008a). Schizotypal Trait Questionnaire (STQ) versus Eysenck Personality Questionnaire (EPQ): divergence and convergences between two perspectives in psychosis. *Advance in Cognitive Sciences*, 38, 21-28. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Borjali, A. (2008b). The Relationship between Schizotypal and Borderline Personalities among Non Clinical Samples. *Psychological Studies*, 4 (1), 123-137. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Borjali, A., Sohrabi, F., Delavar, A. (2008). The effect of comorbidity of positive and negative schizotypal personality traits on treatment outcome of obsessive-compulsive subtypes. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 13, 13-23. (Persian).
- Mohammadzadeh, A. Eskandari H. (2009). Schizotypal Dimensions: Continuity between Schizophrenia & Obsessive-Compulsive disorders. *Contemporary Psychology*, 7, 64-73. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Goodarzi, M.A., Taghavi, M.R., Mollazadeh, M. (2007). The Study of Factor structure, Validity, reliability and Standardization of Schizotypal Personality Scale (STA). *Journal of Psychology*, 41, 3-27. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Karimi, Y. (2009). The study of attributional biases in schizotypal personality. *Journal of Psychology*, 49, 85-97. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Najafi, M., Ashouri, A. (2009). Religious orientation in people with high schizotypal traits. *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*, 58, 283-289. (Persian)
- Mohammadzadeh, A., Rezaie, A., Yaghubi, H., Pirkhaefi, A. (2011). The relationship between Obsessive-Compulsive and schizotypal personality features among university students. *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*, 63, 490-495. (Persian)
- Morey, L. C., Gunderson, J. G., Quigley, B. D., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Stout, R. L., & Zanarini, M. C. (2002). The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorders*, 16, 215- 234.
- 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.
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H., & Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 843-852.
- Poyurovsky, M., & Koran, L.M. (2005). Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 399-408.
- 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.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- Raine, A., & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Rosa, A., van Os, J., Fananas, L., Barrantes, N., Caparros, B., Gutierrez, B., & Obiols, J. (2000). Developmental instability and schizotypy. *Schizophrenia Research*, 43, 125-134.
- Ross, S. R., Lutz, C. J., & Bailley, S. E. (2002). Positive and negative symptoms of schizotypy and the five-factor model: A domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 79, 53-72.
- Rossi, A., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimension in normals and schizophrenic patients: A comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Shin, N. W., Lee, A. R., Park, H. Y., Yoo, S. Y., Kang, D. H., Shin, M. S., & Kwon, J. S. (2008). Impact of coexistent schizotypal personality traits on frontal lobe function in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 472-478.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Fohl, B. P., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *American Journal of Psychiatry*, 51, 936-950.
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24.
- Suhr, J. A., & Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. I: A comparison of unselected and highly schizotypal samples. *Schizophrenia Research*, 52, 231-239.
- Torgersen, S., Edvardsen, J., Qien, P.A., Onstad, S., Skre, I., Lygren, S., & Kringlen, E. (2002). Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum. *Schizophrenia Research*, 54, 33-38.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., Lynam, D. R., & Costa, P. T. (2003). Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 193-202.
- Tsung, M. T., Stone, W. S., Tarbox, S. I., & Faraone, S. V. (2002). An integration of schizophrenia with schizotypy: Identification of schizotaxia and implication for research on treatment and prevention. *Schizophrenia Research*, 54, 169-175.
- Van Kampen, D. (2006). The schizotypic syndrome questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research*, 84, 305-322.
- Widiger, T. A. (2005). A dimensional model of personality disorder. *Current Opinions in Psychiatry*, 18, 41-43.
- Wolfradt, U., & Struabe, E.R. (1998). Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.