

بررسی کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله در دو گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال شخصیت وسواسی

نگین پاست*
دانشگاه الزهراء و پژوهشکده علوم اعصاب
مرکز تحقیقات پزشکی ورزشی دانشگاه علوم
پزشکی تهران
زهره خسروی
دکترای روانشناسی، استاد دانشگاه الزهراء

*نشانی تماس: مرکز تحقیقات پزشکی
ورزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
رایانامه: negin.past@yahoo.com

هدف: بر اساس نتایج برخی ارزیابی‌های عصب‌شناختی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، همچون اختلال وسواس فکری-عملی، نقایصی در کارکردهای عصب‌شناختی نشان می‌دهند. یکی از این حوزه‌ها توانایی برنامه‌ریزی است. هدف پژوهش حاضر بررسی برنامه‌ریزی و حل مسئله (از کارکردهای عصب‌شناختی) در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال شخصیت وسواسی است. روش: در پژوهش حاضر برای بررسی حل مسئله، ۲۵ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، ۲۰ بیمار دارای اختلال وسواس فکری-عملی و ۲۵ فرد سالم ۲۰ تا ۵۰ ساله با استفاده از آزمون برج لندن ارزیابی شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندراهه نشان داد که تفاوت مبتلایان به اختلال شخصیت وسواسی و وسواس فکری-عملی در برنامه‌ریزی معنادار است. علاوه بر این، نتایج حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و گروه سالم و همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و گروه سالم تفاوت معناداری در کارکردهای برنامه‌ریزی دارند. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی در کارکرد برنامه‌ریزی نقص شناختی دارند. کلیدواژه‌ها: اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال شخصیت وسواسی، برنامه‌ریزی.

The Investigation of Planning Function in Patients with Obsessive Compulsive Disorder and Obsessive Compulsive Personality Disorder

Introduction: Neurocognitive evaluations have revealed that patients with obsessive compulsive personality disorder (OCPD) may manifest similar deficits in neuropsychological functions as patients with obsessive compulsive disorder (OCD). The purpose of the present study was to investigate the neurocognitive function of planning in OCD and OCPD patients. **Methods:** To investigate the problem-solving function in different subject groups, 25 OCPD patients, 20 OCD patients and 25 healthy subjects, aging 20 to 50 years, were recruited. All participants underwent the Tower of London (TOL) test. **Results:** Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) indicated significant differences between OCD and OCPD patients in terms of planning. In addition, findings suggested - significant differences between patients with OCD and healthy subjects also OCPD and healthy subjects with regards to their planning function. **Conclusion:** Our results indicated that patients with OCD and OCPD have comparable range of cognitive impairments in problem-solving domain versus controls.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Obsessive Compulsive Personality Disorder, Neurocognitive, Tower of London, Planning.

Negin Past*
Alzahra University, Neuroscience
Institute, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran
Zohreh Khosravi
Professor of Clinical Psychology,
Alzahra University, Tehran, Iran
University, Tehran, Iran

Corresponding Author:
Email: negin.past@yahoo.com

مقدمه

بر اساس یافته‌های مطالعات مختلف (۱)، بسیاری از افراد دارای صفات شخصیت و سواسی^۱، تظاهرات مختلف اختلال و سواس فکری- عملی^۲، نظیر اشتغال خاطر با جزئیات، کمال‌گرایی و احتکار نشان می‌دهند (۲). علاوه بر این، مسئله‌ی همبودی از مباحث مهم در آسیب‌شناسی اختلال و سواس است. بر اساس یافته‌های همبودی و خویشاوندی، شواهدی مبنی بر ارتباط بین اختلال و سواس فکری- عملی و اختلال شخصیت و سواسی مطرح شده است. بر اساس DSM-IV، میزان شیوع اختلال شخصیت و سواسی در نمونه‌های مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی در حدود ۲۳ تا ۳۲ درصد (۳-۵) است؛ در حالی که میزان شیوع اختلال شخصیت و سواسی در جمعیت عادی حدود یک تا سه درصد برآورد شده است (۳۶). نتایج یک مطالعه‌ی خویشاوندی نشان داده که خویشاوندان درجه‌ی یک افراد مبتلا به اختلال و سواس در مقایسه با خویشاوندان گروه کنترل، دو برابر بیشتر اختلال شخصیت و سواسی داشته‌اند (۶). به علاوه، چندین مطالعه، افزایش فراوانی صفات اختلال شخصیت و سواسی را در والدین افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی در مقایسه با والدین افراد سالم گزارش کرده‌اند (۷). ارتباط بین این دو اختلال به طرح این سؤال منجر شده که آیا اختلال شخصیت و سواسی بیانگر یک زیرگروه بالینی مجزا از اختلال و سواس فکری- عملی است یا اختلال شخصیت و سواسی صرفاً شدت اختلال و سواس فکری- عملی را نشان می‌دهد؟

پژوهش‌ها بر میزان همراهی اختلال و سواس فکری- عملی و اختلال شخصیت و سواسی تمرکز کرده‌اند. فراوانی بیشتر از انتظار وجود اختلال شخصیت و سواسی در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی نیز ممکن است نشان‌دهنده‌ی زیرگروه بودن اختلال شخصیت و سواسی- اختلال و سواس فکری/ عملی باشد (۸). اخیراً کولز و دیگران گزارش کرده‌اند که افراد دارای اختلال و سواس فکری- عملی همراه با اختلال شخصیت و سواسی، در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی، بدون همبودی با اختلال شخصیت و سواسی، به‌طور قابل توجهی سن پایین‌تری از نخستین شروع علائم اختلال و سواس فکری- عملی و میزان بالایی از نشانه‌ها و سواس‌های انباشتن، پاکیزگی، نظم و ترتیب و نیز تکرار را نشان دادند. آن‌ها نتیجه گرفتند که اختلال شخصیت و سواسی + اختلال و سواس فکری- عملی نمایانگر یک زیرگروه مجزا از اختلال و سواس فکری- عملی است.

با این حال، برخی یافته‌ها ممکن است شواهد کافی برای زیرگروه اختلال شخصیت و سواسی- اختلال و سواس فکری- عملی فراهم نکنند و فقط شدت بیشتر اختلال و سواس فکری- عملی را نشان دهند (۸).

ارتباطات متقابل مناطق مغزی پیچیده است و بحث‌ها درباره‌ی قشر پیشانی، به خصوص مدارهای پیشانی- زیرقشری، نیز به تحقیقات اختلال و سواس فکری- عملی و اختلال شخصیت و سواسی مربوط است. پیدایش این لایه‌های عصبی نیز با عملکردهای اجرایی، توجه و حافظه ارتباط دارد. مناطق پیش‌پیشانی از قشر پیشانی و شامل قشر پشتی‌جانبی و قشر پیش‌پیشانی است که هر دو نقش مهمی در عملکردهای اجرایی مختلف دارند. عملکردهای شناختی سطح بالا، شامل سیستم اجرایی و نیز یک‌پارچه‌سازی پیچیده و پردازش اطلاعات برای برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، حل مسئله، تصمیم‌گیری و تفکر انتزاعی می‌شود. قشر پشتی-جانبی با توانایی سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی در پاسخ به تغییرات محیطی (توانایی تغییر آمیبه) ارتباط دارد. در بیماران مبتلا به ضایعات قشر پشتی- جانبی، نقص در کنترل، تنظیم و یک‌پارچه‌سازی فعالیت‌های شناختی غالب است (۹) که این خود می‌تواند به خزانه‌ی پاسخ‌های قالبی و محدود، درجاماندگی یا رفتارهای غیرمنعطف بینجامد (۱۰).

نتایج برخی مطالعات عصب‌شناختی نشان می‌دهد که در اختلال و سواس فکری- عملی، شناخت به‌عنوان فرایند مختل می‌شود. از عملکرد عصب‌شناختی این اختلال غالباً به‌عنوان انعکاس بدکارکردی لوب پیشانی و نواحی زیرقشری مغز تعبیر می‌شود (۹). مطالعات پیشین، البته با نتایج متناقض (۸، ۱۱)، برخی ابعاد عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی را، مخصوصاً در ارتباط با عملکردهای اجرایی چون برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری پاسخ، تصمیم‌گیری و سوگیری توجه/گوش به‌زنگی، مختل گزارش می‌کنند (۱۰-۱۲).

اختلال شخصیت و سواسی یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیتی در جمعیت بیماران سرپایی است (۱۳) که علیرغم شیوع بالا، توجه تجربی زیادی به آن نشده (۱۴) و برخلاف تمرکز بر کارکردهای عصب-روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال و سواس فکری- عملی، به عملکردهای

1. Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD)

2. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

فرایند شناختی- رفتاری ابتکاری اطلاق می‌شود که راهبردهای مؤثر و سازش‌یافته‌ی مقابله‌ای به‌وسیله‌ی آن در حل مشکلات روزمره به کار می‌رود (۱۹). لزاک و همکاران کنش اجرایی حل مسئله و برنامه‌ریزی را به‌عنوان "توانایی شناسایی و سازمان‌دهی مراحل و عناصر مورد نیاز برای انجام یک قصد یا رسیدن به یک هدف" تعریف می‌کنند. آزمون برج لندن^۴ یکی از مشهورترین ابزارها برای اندازه‌گیری کنش اجرایی برنامه‌ریزی و حل مسئله است (۲۰). مطالعات تصویربرداری مغزی حاکی از آن است که آزمون برج لندن به آسیب‌های کرتکس پیش‌پیشانی حساس است (۲۱).

تاکنون و همکاران در پژوهشی نشان دادند که عملکرد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در سه ارزیابی از آزمون برج لندن ضعیف‌تر از گروه کنترل سالم بوده است. در این پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، با کمترین حرکات ممکن، مسائل کمتری را کامل کرده و در کل برای کامل کردن مسائل به حرکات بیشتر و عدم محدودیت زمانی نیاز داشتند (۲۲). در تعارض با این یافته‌ها، بوهن و دیگران گزارش کرده بودند که عملکرد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در چهارچوب کارکرد برنامه‌ریزی مشابه گروه کنترل است، با این تفاوت که آن‌ها برای شروع و اجرا کردن پاسخ‌هایشان به زمان بیشتری نیاز داشتند (۲۳).

پژوهش قاسم‌زاده و همکاران نشان داده که عملکرد بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در برنامه‌ریزی و حل مسئله با گروه سالم متفاوت است. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده‌ی نقص در سرعت حرکات ساده باشد. تبیین این کندی حرکت و تأخیر مشاهده شده در وسواس فکری، با شک و تردید همراه است. در مجموع، در اغلب پژوهش‌ها تعداد حرکات بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در حل مسئله بیشتر بوده است (۲۴)؛ اما پرسل و همکاران در پی پاسخ‌گویی به این سؤال بودند که آیا بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، نقص حرکتی خاصی دارند یا سرعت شناختی آن‌ها، مستقل از این فرایند حرکتی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، نقص در توانایی حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلال

عصب‌روان‌شناختی این بیماران بسیار کمتر توجه شده است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، ممکن است الگوهای شناختی و رفتاری مشابه نشان دهند. مطابق با این دیدگاه نظری، بسیاری از صفات مرتبط با اختلال شخصیت وسواسی می‌تواند به‌عنوان محصول کنترل ابعاد هیجانی، بین‌شخصی، رفتاری و شناختی در نظر گرفته شود. هدف سبک شناختی اصلی در اختلال شخصیت وسواسی (اشتغال ذهنی با جزئیات و انعطاف‌ناپذیری شناختی) ممکن است تسهیل حس کنترل سازمان‌یافته باشد (۱۰). از این رو ممکن است نظریه‌های مرتبط با الگوهای شناختی در این اختلال، بستری برای رشد مداخلات مناسب‌تر فراهم کرده و به تغییر و اصلاح ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌زا یا ناکارآمد که در ایجاد و یا تشدید این علائم دخیل‌اند، کمک کنند.

براساس پژوهش‌های معدود در ارتباط با عملکردهای شناختی در اختلال شخصیت وسواسی، دین^۱ در ارزیابی‌های عصب‌روان‌شناختی عملکردهای اجرایی پیشانی، نقایص ضعیفی در ارتباط بین اسکیزوتاپی و صفات شخصیت وسواسی-اجباری پیدا کرده است. در پژوهش دیگر، دین در رابطه با نقایص عملکرد اجرایی افراد دارای صفات شخصیت وسواسی نشان داده که ارزیابی‌های غیرکلامی و حافظه‌ی کاری با نشانگان شخصیت وسواسی مرتبط است؛ اما این نقایص در نمونه‌های غیربالینی مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی یافت نشد (۱۵). دی‌بری^۲ نیز در بررسی ارتباط بین انعطاف‌ناپذیری شناختی و صفات شخصیت وسواسی، حتی با در نظر گرفتن این فرض که افزایش اضطراب به افزایش تفکر غیرمنعطف (به‌عنوان یکی از ویژگی‌های صفات شخصیت وسواسی) منجر می‌شود، بین انعطاف‌ناپذیری شناختی و اضطراب/افسردگی ارتباط معنادار و بین صفات شخصیت وسواسی و اضطراب و افسردگی ارتباط کمی نشان داد (۱۶). درکل، شواهد فزاینده، نقایص عصب‌شناختی را در افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی وسواسی (OCPT)^۳ در ارتباط با بدکارکردی‌های لوب پیشانی/عقدده‌های پایه (۱۷،۱۸) مشخص کرده‌اند. اغلب بدکارکردی‌های لوب پیشانی بر غالب فرایندهای سطح بالاتر یک‌پارچه‌سازی از جمله برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و فرایندهای اجرایی اساسی مختص کنترل و یک‌پارچه‌سازی شناخت تأثیر می‌گذارند که این نقایص به تغییرات رفتاری منجر می‌شود.

توانایی برنامه‌ریزی به‌منظور پیش‌بینی رویدادها و وقایع و نیز نظارت بر دستیابی به هدف، مؤلفه‌ی شناختی اصلی بسیاری از فعالیت‌های حل مسئله است. این فعالیت به یک

1. Dinn

2. DeBerry

3. Obsessive Compulsive Personality Trait (OCPT)

4. Tower Of London (TOL)

وسواس فکری- عملی می‌تواند به نقایصی در نگهداری برنامه یا توانایی عمل در حافظه‌ی فضایی نیز نسبت داده شود که این خود حاصل افزایش نگهداری انجام یک برنامه در حافظه است. از طرفی شاید دلیل نقص عملکرد این بیماران در برنامه‌ریزی و حل مسئله، گرایش آن‌ها به تکرار غیرارادی خطاها قبل از پیدا کردن راه‌حل صحیح باشد (۲۵). رفتار تکراری غیرارادی، از قبیل رفتار وسواسی، به یک توانایی مختل در مدارهای لوب پیشانی در مورد بازداری حرکت جسم پینه‌ای یا برنامه‌های شناختی نسبت داده شده است (۱۶). در زمینه‌ی موضوع مربوط به عملکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی (OCPD)، پژوهش گارسیا-ویلامسیار و داتیلو نشان داد که یک مقایسه بر پایه‌ی تفکر اولیه نشان می‌دهد که این گروه برای حل مسئله به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل به زمان بیشتری نیاز داشتند؛ اگرچه در تعداد مسائل حل شده با کمترین تعداد حرکات دو گروه تفاوتی نشان ندادند (۲۶).

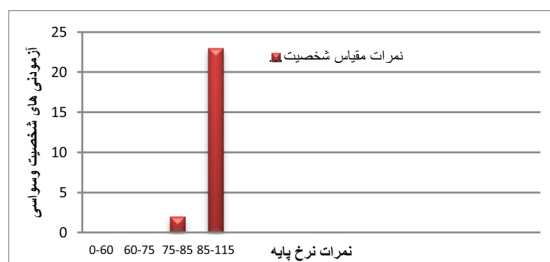
نقص ناشی از اختلال وسواس فکری- عملی در عملکردهای عصب روان‌شناختی بیشتر در حوزه‌های حافظه، توجه، عملکردهای اجرایی است. نتایج این پژوهش‌ها در زمینه‌ی عملکردهای شناختی با تناقض همراه است که می‌تواند ناشی از ناهمگونی این اختلال باشد. از سویی، اختلال شخصیت وسواسی نیز با صفات و ویژگی‌هایی همراه است که در اختلال وسواس فکری و عملی نیز مشاهده می‌شود. یافته‌های پژوهشی نیز به همبودی شخصیت وسواس با اختلال وسواس فکری و عملی اشاره دارد؛ بنابراین بر اساس نتایج متناقض در حیطه‌ی کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-جبری، پژوهش حاضر بر آن است که کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله را به‌عنوان بخشی از عملکردهای شناختی در این اختلال که با نتایج متناقض بیشتری همراه است، بررسی کند. از سوی دیگر، در مقابل تمرکز زیاد بر بررسی عملکردهای شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، به کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی بسیار کمتر توجه شده است. از این رو، یکی از ضرورت‌های پژوهش حاضر، مشخص کردن حوزه‌های اساساً ناشناخته و بسیار محدود عملکردهای عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، در حوزه‌ی کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله است.

از اهداف دیگر این پژوهش، پیشنهاد مسیرهای مؤثرتر برای

تحقیقات آتی شامل ارتباط بین صفات شخصیت وسواسی و عملکردهای عصب‌شناختی است؛ حوزه‌ای که تاکنون، پژوهش‌های تجربی کمی به آن پرداخته‌اند. در نتیجه، افزایش دانش ما درباره‌ی عملکردهای عصب‌شناختی اختلالات شخصیتی می‌تواند کاربردهای بالینی مهمی برای مفهوم‌پردازی و شناخت عوامل سبب‌شناختی داشته و برای مدیریت مداخلات درمانی مناسب‌تر سازنده باشد. یافته‌ها در این زمینه می‌تواند در تشخیص و درمان مبتلایان به دو اختلال وسواس فکری- عملی و شخصیت وسواسی و الویت بخشیدن به آماج‌های مختلف درمانی مؤثر واقع شود؛ بنابراین، با توجه به تظاهرات بالینی مشابه این دو اختلال، بر اساس الگوی اختلال وسواس فکری- عملی، این فرضیه مطرح می‌شود که نقایص عصب‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی نیز در برنامه‌ریزی و حل مسئله مشابه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی است. از این رو در پژوهش حاضر، برنامه‌ریزی و حل مسئله به‌عنوان یکی از کنش‌های مهم اجرایی و فعالیت‌های عالی مغز در این دو گروه بیماران بررسی شد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای و از لحاظ هدف در ردیف تحقیقات بنیادی قرار می‌گیرد. جامعه‌ی آماری آن نیز شامل همه‌ی مردان و زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله‌ی مبتلا به اختلال وسواسی فکری- عملی و اختلال شخصیت وسواسی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بهستان، دانشگاه تهران و سگال (از مهرماه سال ۹۱ تا خرداد ماه ۱۳۹۲) بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵ فرد دارای اختلال شخصیت وسواسی، ۲۰ فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و ۲۵ فرد سالم برای پژوهش انتخاب شدند. برای کسب اطمینان از تشخیص، برای مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و اختلال وسواسی که به‌وسیله‌ی روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک ارجاع شده بودند، ابتدا آزمون مادزلی (برای گروه بیماران وسواسی) و آزمون چندمحوری بالینی میلون (برای گروه بیماران وسواسی) و سپس، مجموعه‌ی شش آزمون عصب‌شناختی برای گروه‌ها اجرا شد. از آنجاکه آزمون‌ها به‌صورت کامپیوتری اجرا می‌شد و هر آزمون دستورالعمل خاص داشت، ابتدا در مورد روش و دستورالعمل اجرای هر یک از آزمون‌ها توضیحات لازم برای آزمودنی‌ها خوانده شد و بعد از حصول اطمینان از درست فهمیده شدن آزمون و نداشتن مشکل در زمینه‌ی کار با کامپیوتر، آزمون‌ها اجرا شد. شایان



نمودار ۱- نمرات نرخ پایه‌ی آزمودنی‌های شخصیت وسواس در مقیاس شخصیت وسواسی آزمون میلون

مقیاس ۸۵ تا ۱۱۵ است که برافراشتگی در مقیاس اختلال شخصیت وسواسی را نشان می‌دهد.

– **سیاهه‌ی وسواسی اجباری مادزلی (MOCI):**^۲ این پرسش‌نامه را که دارای ۳۰ پرسش دوگزینه‌ای (بله / خیر) است، هاجسون^۳ و راجمن^۴ (۱۹۷۷) برای پژوهش در مورد نوع و حیطة‌ی مشکلات وسواس تهیه کرده‌اند. این پرسش‌نامه چهار مؤلفه‌ی عمده را منعکس می‌کند که عبارت‌اند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند. این خرده-آزمون‌ها، آزمون مادزلی را به ابزاری مفید برای ارزیابی تغییرات نشانه‌های ویژه تبدیل کرده و موجب شده‌اند که در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواس فکری عملی سودمندی ویژه داشته باشند. استکتی پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۸۷ درصد و دادفر (۱۳۷۶) ضریب کل آن را ۸۴ درصد و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-جبری یل براون را ۸۷ درصد گزارش کرده‌اند.

– **پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی:** این پرسش‌نامه از جمله ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی است که گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع کرده است. هدف اصلی این پرسش‌نامه تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین اختلالات روانی و سلامت است. این پرسش‌نامه که به‌طور گسترده در سنجش اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده، دارای چهار خرده‌مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی هیجانی و افسردگی است. پایایی این ابزار را یعقوبی (۱۳۷۴) با روش بازآزمایی، بین دو مرحله‌ی اجرای پرسش‌نامه، با روش آلفای کرونباخ ۸۸ درصد به دست آورده

ذکر است که قبل از اجرای آزمون‌ها، برای جلب همکاری آزمودنی‌ها از آن‌ها خواسته شد که برای شرکت در پژوهش با آگاهی کامل فرم رضایت‌نامه‌ی را تکمیل کنند. در پایان آزمایش پس‌خوراند نتایج عملکرد در آزمون‌های عصب‌شناختی به افراد ارائه شد.

برای غربال گروه نرمال نیز پس از بررسی نیم‌رخ افراد با آزمون چندمحوری بالینی میلون و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، آزمون‌های پژوهش برای این گروه هم اجرا شد. معیارهای خروج از پژوهش برای گروه‌های بالینی قرار داشتن در اواخر دوره‌ی درمان‌های روان‌شناختی و دارودرمانی، سوء‌مصرف مواد، همبودی با سایر اختلالات محوره‌های یک و دو و نیز اختلال نورولوژیکی نظیر صرع و آسیب مغزی بود. جامعه‌ی افراد سالم را زنان و مردان کارمند اداره‌ی تأمین اجتماعی و دانشجویان تشکیل می‌دادند. ملاک این افراد به‌عنوان گروه سالم عبارت بود از: نبود آسیب یا بیماری‌های عفونی مغز، نبود اختلالات روان‌پزشکی مشابه در محور یک (بر اساس پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی) و نبود اختلالات شخصیتی در محور دو (بر اساس آزمون چندمحوری بالینی میلون) و همچنین نبود اختلالات نورولوژیکی مانند صرع یا آسیب مغزی توأم با فقدان بینش.

ابزارهای پژوهش

– **پرسش‌نامه‌ی چندمحوری بالینی میلون^۱ (MCMII-III):** این آزمون را میلون (۱۹۹۴) تهیه کرده و با ۱۷۵ گویه‌ی بلی-خیر ۱۱ الگوی بالینی شخصی و نشانگان بالینی بزرگ‌سالان ۱۸ سال به بالا را می‌سنجد. نسخه‌ی دوم این آزمون را در تهران خواجه‌مورگی در سال ۱۳۷۲ و نسخه‌ی سوم آن را در اصفهان شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی کرده است. خواجه‌مورگی ضریب پایایی مقیاس‌های MCMII-II به روش بازآزمایی به فاصله‌ی هفت تا ۱۰ روز را از دامنه‌ی ۷۸ درصد (مقیاس نمایشی) تا ۸۷ درصد (مقیاس اختلال هذیانی) به دست آورده است. در پژوهش حاضر، از مقیاس هفت (شخصیت وسواسی) پرسش‌نامه‌ی چند محوری بالینی میلون برای تشخیص اختلال شخصیت وسواسی (بر اساس نمرات بیشتر از ۸۵) و همچنین غربال جمعیت عادی برای اختلالات شخصیتی استفاده شده است. نمودار ۱ نمرات نرخ پایه‌ی آزمودنی‌های شخصیت وسواس را در مقیاس شخصیت وسواسی آزمون چندمحوری بالینی میلون نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات نمودار، نمرات نرخ پایه‌ی آزمودنی‌های شخصیت وسواس در

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMII-III)
2. Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)
3. Hadgson
4. Rachman

است. در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه برای غربال جمعیت بهنجار و همچنین کنترل اضطراب و افسردگی برای اختلال وسواسی و اختلال شخصیت وسواسی استفاده شده است.

آزمون برج لندن: این آزمون یکی از مشهورترین ابزارهای اندازه‌گیری کنش اجرایی برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی است (۱۴،۱۰). مطالعات تصویربرداری مغزی با استفاده از روش‌های PET، FMRI، MRI و PET نشان می‌دهد که آزمون برج لندن به آسیب‌های کورتکس پیش پیشانی حساس است. در این آزمون از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا مجموعه‌هایی از مهره‌های رنگی سوار شده بر سه میله‌ی عمودی را برای جور شدن با یک هدف مشخص جا به جا کنند. موریس از این آزمون یک نگاهت کامپیوتری طراحی کرد که در آن مهره‌ها به صورت حلقه‌هایی با ساختار سه‌بعدی به نمایش گذاشته شده‌اند. روی یک صفحه کامپیوتر حساس به لمس، دو ردیف نحوه‌ی آرایش به آزمودنی‌ها نشان داده می‌شود. در هر کارآزمایی، نحوه‌ی آرایش بالا (ردیف بالایی) ثابت می‌ماند و آرایش هدف را نشان می‌دهد. ردیف پایین شامل حلقه‌هایی است که معاینه‌شونده آن‌ها را برای جور شدن با آرایش ردیف فوقانی بازآرایی می‌کند. جابه‌جایی حلقه‌ها با لمس اولیه‌ی حلقه و سپس لمس مقصد مورد نظر میسر می‌شود. موقعیت هدف برای حلقه‌ها متغیر است، اما محل شروع ثابت نگاه داشته می‌شود. تکالیف آزمون حداقل با چهار، سه، دو و پنج حرکت حل می‌شود؛ به این معنا که حداقل حرکاتی که آزمودنی می‌تواند مسئله را با آن حل کند این تعداد است. متغیرهای

این آزمون شامل موارد زیر است: ۱- تعداد حرکات: معیار کلی عملکرد تعداد حرکاتی است که آزمودنی با آن مسئله راحل کرده است؛ ۲- زمان برنامه‌ریزی: زمان لازم برای لمس حلقه‌ی او؛ ۳- زمان فکر کردن بعدی: از این زمان نیز که عبارت است از زمان بین انتخاب اولین حلقه و کامل کردن مسئله، می‌توان به‌عنوان معیار عملکرد استفاده کرد. این آزمون برای ارزیابی حداقل دو جنبه از کنش اجرایی یعنی برنامه‌ریزی راهبردی و حل مسئله مؤثر است. روایی سازه‌ی این آزمون در سنجش برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی افراد خوب است. همبستگی نتایج این آزمون و آزمون مازهای پرتوس ۴۱ درصد و پایایی آن قابل قبول و ۷۹ درصد گزارش شده است (۹). در این پژوهش از آزمون برج لندن برای ارزیابی توانایی برنامه‌ریزی و حل مسئله استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها در متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات را نشان می‌دهد. آزمون خی دو (جدول ۲) بین سه گروه از نظر جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری نشان نداد. براساس نتایج تحلیل واریانس یک راهه (جدول ۳)، سه گروه از لحاظ متغیر سن تفاوت معناداری ندارند. جدول ۴، نتایج ارزیابی‌های بالینی گروه‌ها را در آزمون میلون، سلامت عمومی و پرسش‌نامه‌ی وسواس جبری مادزلی نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس یک راهه (جدول ۴) نشان می‌دهد که تفاوت سه گروه در متغیر سلامت عمومی و ابعاد

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های بیماران شخصیت وسواس، بیماران وسواس و سالم

جنس	شخصیت وسواس		وسواس		سالم	
	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی
مرد	۳۶	۹	۳۵	۷	۲۴	۶
زن	۶۴	۱۶	۶۵	۱۳	۷۶	۱۹
وضعیت	۲۴	۵	۴۵	۸	۴۸	۱۱
تأهل	۷۶	۲۰	۵۵	۱۲	۵۲	۱۴
سطح تحصیلات						
کمتر از دیپلم	۰	۰	۵	۱	۰	۰
دیپلم	۲۴	۶	۲۵	۵	۴	۱
بیشتر از دیپلم	۷۶	۱۹	۷۰	۱۴	۹۶	۲۴
سن						
۳۰ تا ۲۰	۱۶	۴	۴۵	۹	۴	۱۰
۴۰ تا ۳۰	۵۲	۱۳	۵۰	۱۰	۳۶	۹
۵۰ تا ۴۰	۲۸	۷	۵	۱	۱۲	۳
بیش از ۵۰	۴	۱	۰	۰	۱۲	۳

جدول ۲- نتایج آزمون تفاوت نسبت‌ها (خی دو)

خی دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
جنس	۲	۰/۶۰۶
تحصیلات	۴	۰/۱۱۲
وضعیت تأهل	۲	۰/۱۷۱

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای متغیر سن

متغیرها	اختلال شخصیت و سواس		اختلال وسواس		جمعیت سالم	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
سن	۲/۲۰	۱/۷۶	۱/۶۰	۱/۵۹	۱/۹۶	۱/۰۲
	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
	F		F		F	
	۲/۹۳		۲/۹۳		۲/۹۳	
	سطح معناداری		سطح معناداری		سطح معناداری	
	۰/۰۶۰		۰/۰۶۰		۰/۰۶۰	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی کارکرد اجرایی برنامه‌ریزی و حل مسئله در دو گروه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و وسواس فکری-عملی با گروه سالم بود. با مرور پیشینه‌ی پژوهشی عصب‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، این فرضیه مطرح شد که احتمالاً عملکرد بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس هم در برنامه‌ریزی و حل مسئله ضعیف است. در ارتباط با کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله، به‌عنوان بخشی از کارکردهای اجرایی در نیم‌رخ عصب‌شناختی، پایه‌ی فرضیه‌ی پژوهش حاضر، تفاوت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواس و اختلال وسواس فکری-عملی با گروه سالم در برنامه‌ریزی و حل مسئله بود. در این راستا، بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با گروه سالم در کارکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله تفاوت معناداری یافت شد. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۲۱، ۱۰، ۲۵) هماهنگ و با نتایج پژوهش‌های دیگر (۲۷، ۲۶) ناهم‌هنگ است.

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که عملکرد بیماران وسواسی در سه بعد از ارزیابی‌های آزمون برج لندن ضعیف‌تر از گروه کنترل است. این بیماران مسئله‌های کمتری با حداقل حرکات ممکن و در کل برای کامل کردن مسائل آزمون، به حرکات بیشتری نیاز داشتند. این یافته‌ها ممکن است به نقص بیماران وسواسی در برنامه‌ریزی دقیق و ماهرانه تعبیر شود (۲۸)؛ در حالی که به گزارش بوهن و همکاران، عملکرد بیماران وسواسی مشابه گروه کنترل است.

در آزمون برج لندن طی مرحله‌ی برنامه‌ریزی، به‌خصوص در حین بالاترین سلسله‌مراتب هدف، فعالیت‌هایی در قشر پیش‌پیشانی راست بیماران وسواسی مشاهده می‌شود که

اضطراب، کارکردهای هیجانی و افسردگی معنادار است؛ بنابراین، در گام نخست تجزیه و تحلیل، تحلیل واریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای متغیر سلامت عمومی در تمام ابعاد آزمون برج لندن صورت گرفت. با توجه به نتایج کوواریانس و کنترل اضطراب و افسردگی، تفاوت گروه‌ها در ارزیابی عصب‌شناختی از کارکرد برنامه‌ریزی معنادار بود. برای بررسی تفاوت عملکرد گروه‌ها در مؤلفه‌های مختلف این آزمون نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. براساس نتایج تحلیل واریانس چند متغیری $F(6) = 5.429, p = 0.0000$ و $F(6) = 0.639$ و ویکزلامبدا) در آزمون برج لندن بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. برای تحلیل تفاوت گروه‌ها در هر یک از مؤلفه‌های آزمون برج لندن، آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری به کار رفت (ANOVA) جدول ۵، میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس گروه‌ها در آزمون برج لندن را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل واریانس برای تعداد کل حرکات $f(2,67) = 9.815$ و $p = 0.0000$ و زمان پاسخ‌دهی کلی $f(2,67) = 5.709$ و $p = 0.0000$ تفاوت معناداری نشان می‌دهد (جدول ۵). برای مقایسه‌ی دو به دوی تفاوت میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی گیمزهاول با توجه به عدم تساوی واریانس‌ها $p < 0.05$ استفاده شد.

باتوجه به نتایج آزمون تعقیبی (جدول ۶)، برای تعداد کل حرکات بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و گروه سالم و نیز بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی و گروه سالم تفاوت معناداری وجود دارد. در شاخص زمان پاسخ‌دهی کلی نیز بر اساس نتایج آزمون تعقیبی، بین بیماران دو گروه تفاوت مرزی دیده می‌شود.

جدول ۴- ارزیابی های بالینی اختلال شخصیت و سواسی، اختلال وسواس فکری-جبری، جمعیت سالم

P	F	جمعیت سالم		اختلال وسواس فکری-جبری		اختلال شخصیت و سواسی		متغیر
		تعداد=۲۵		تعداد=۲۰		تعداد=۲۵		
		-	-	۵/۵۰	۱۴/۴۰	-	-	سیاهه‌ی وسواس جبری مادزلی
		-	-	۵۶/۲	۴/۸۰	-	-	بازبینی
		-	-	۲/۸۹	۴/۸۰	-	-	شستن
		-	-	۱/۶۹	۲/۸۵	-	-	کندی
		-	-	۱/۷۶	۴/۵۰	-	-	تردید
.۰۱۷	۴/۳۱۲	۶/۵۴	۴۸/۱۶	۹/۲۳	۵۲/۵۸	۶/۰۱	۴۸/۲۸	پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی
.۱۸۵	۱/۷۳۰	۳/۳۳	۱۱/۲۴	۳/۰۶	۱۲/۸۵	۲/۲۳	۱۱/۸۰	علایم جسمانی
.۰۱۵	۴/۴۴۵	۳/۲۲	۱۱/۶۸	۴/۹۹	۱۵	۳/۵۱	۱۲/۸۸	اضطراب
.۰۰۵	۵/۷۶۳	۳/۳۶	۱۷/۰۴	۳/۰۸	۱۴/۳۵	۳/۰۸	۱۴/۳۵	ناکارآمدی هیجانی
.۰۱۸	۴/۲۷۶	۲/۵۰	۱۰/۵۲	۴/۶۵	۱۳/۳۰	۲/۸۸	۱۴/۴۴	افسردگی
								آزمون میلون
-	-	۴/۷۰	۵/۴۴	-	-	۷/۴۴	۱۱/۹۲	اسکیزوئید
-	-	۵/۰۲	۶/۹۲	-	-	۱۱/۶۵	۲۲/۵۶	دوری گزین
-	-	۶/۶۰	۱۴/۴۴	-	-	۹/۸۴	۲۳/۵۶	وابسته
-	-	۶/۸۸	۱۵/۱۲	-	-	۱۲/۴۰	۲۹/۰۸	نمایشی
-	-	۷/۴۵	۱۱/۴۰	-	-	۱۰/۹۷	۱۶/۹۲	خودشيفته
-	-	۶/۸۸	۱۲/۱۶	-	-	۱۱/۹۵	۲۴/۵۲	ضد اجتماعی
-	-	۶/۹۰	۱۳/۶۴	-	-	۱۳/۱۰	۳۸/۵۲	دگرآزار
-	-	۵/۱۲	۷/۹۲	-	-	۹/۰۵	۱۷/۶۰	وسواسی
-	-	۵/۳۳	۷/۶۰	-	-	۸/۱۱	۱۴/۸۰	منفی‌گرا
-	-	۶/۰۹	۶/۶۸	-	-	۹/۸۶	۱۳/۷۲	خودآزار
-	-	۵/۵۹	۶	-	-	۱۰/۷۲	۱۵/۸۴	اسکیزوتیپال
-	-	۶/۰۶	۷/۸۰	-	-	۱۲/۵۱	۲۲/۲۰	مرزی
-	-	۴/۷۰	۵/۲۴	-	-	۸/۰۸	۱۲	پارانوئید

جدول ۵- میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس آزمون برج لندن

سطح معناداری	F	جمعیت سالم		اختلال وسواس		اختلال شخصیت و سواسی		ارزیابی های عصب روان شناختی
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
								توانایی برنامه‌ریزی و حل مسأله
.۰/۰۰۱	.۰/۲۴	۱۱۸/۵۱	۲/۱۳	۱۱۲/۶۴	۲/۸۶	۷۵/۶۷	۱/۸۰	نمره‌ی کل حرکت
.۰/۰۰۵	.۰/۱۴	۷۴/۳۵	۱/۴۶	۵۰۵/۸۹	۳/۲۵	۶۵/۰۶	۱/۶۵	زمان پاسخ‌دهی کلی
.۰/۰۷۳	.۰/۰۷	۱۵۲/۵۳	۳/۵۷	۵۰۲/۴۳	۶/۱۲	۱۲/۶۴	۳/۴۶	زمان برنامه‌ریزی

بنابراین فرض می‌شود که عملکرد ضعیف در آزمون برج لندن در بالاترین سلسله‌مراتب هدف، ممکن است نشانه‌ی بدکارکردی قشر فرونتواستریال راست باشد. هر چند این ارتباط به خوبی ثابت نشده است (۳۱).

در ارتباط با فرضیه‌ی تفاوت نیم‌رخ عصب‌شناختی عملکرد برنامه‌ریزی و حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلال

احتمالاً به علت برنامه‌ریزی‌های آنی و تولید اهداف جدید یا اهداف فرعی است (۲۲). یک تصویرداری مغزی در حین انجام آزمون برج لندن در بیماران وسواسی، کاهش پاسخ‌دهی در قشر فرونتواستریال، به‌خصوص هسته‌ی دمی را نشان داد (۲۹). از آنجاکه مطالعات عصب‌شناختی از نقش نیم‌کره‌ی راست در برنامه‌ریزی حمایت می‌کنند (۳۰)،

جدول ۶- آزمون تعقیبی گیمزهاول برای زمان پاسخ‌دهی و حرکت

معنی داری	خطای استاندارد	میانگین تفاوت‌ها		
۰/۰۷۵	۱/۱۴۹	۲۶۶/۳۹	- اختلال وسواس فکری	- اختلال وسواس فکری
۰/۰۹۵	۱/۱۶۴	۲۵۵/۱۵	- سالم	- عملی
۰/۰۷۵	۱/۱۴۹	-۲۶۶/۳۹	- اختلال وسواس فکری	- اختلال شخصیت وسواسی
۰/۹۵۵	۳/۹۰۲۰	-۱۱/۲۴	- سالم	- عملی
۰/۰۹۵	۱/۱۶۴	-۲۵۵/۱۵	- اختلال وسواس فکری	- سالم
۰/۹۵۵	۳/۹۰۲۰	۱۱/۲۴	- اختلال شخصیت وسواسی	- عملی
۰/۱۹۱	۱/۳۱۷	۲/۳۴	- اختلال شخصیت وسواسی	- اختلال وسواس فکری
۰/۰۰۱	۱/۲۴۹	۵/۳۴	- سالم	- عملی
۰/۱۹۱	۱/۳۱۷	-۲/۳۴	- اختلال وسواس فکری	- اختلال شخصیت وسواسی
۰/۰۲۱	۱/۰۷۷	۳/۰۰	- سالم	- عملی
۰/۰۰۱	۱/۲۴۹	-۵/۳۴	- اختلال وسواس فکری	- سالم
۰/۰۲۱	۱/۰۷۷	-۳/۰۰	- اختلال شخصیت وسواسی	- عملی

درمانگرشان مثل خودشان (رسمی، مستقل، با کفایت) باشد، مهم است.

اطلاعات درباره‌ی فرایندهای عصب‌شناختی در این اختلال می‌تواند به مفهوم‌پردازی از الگوی شخصیت وسواسی در چهارچوب سبک‌های شناختی و شرایط رفتاری ناشی از بیماری کمک کند. درک سبک شناختی و محدودیت‌های آن باعث می‌شود تا درمانگران بتوانند عوامل بالقوه میانجی در خلق و رفتارهای وسواسی را ارزیابی کرده و ممکن است در شناخت نگرش‌های افراد و پیروی از درمان مفید واقع شود. شاید مشخص کردن آسیب‌شناسی مغزی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، به تلفیق و ترکیب این اختلال در طیف اختلالات وسواسی- اجباری یا ایجاد یک موجودیت بالینی مجزا کمک کند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به در نظر نگرفتن تاریخچه‌ی عصب‌شناختی و کنترل وضعیت دارویی بیماران که ممکن است بر عملکردهای عصب‌شناختی آن‌ها تأثیر گذاشته باشد، اشاره کرد. پیشنهادهای پژوهشی برای تحقیقات آینده را می‌توان به شرح زیر مطرح کرد:

۱. استفاده از فنون تصویربرداری مغزی در حین انجام تکالیف عصب‌شناختی برای بررسی نواحی مغزی درگیر در ارزیابی‌های عصب‌شناختی؛

۲. بررسی نقایص عصب‌شناختی بیماران، قبل و بعد از مداخلات روان‌شناختی و دارودرمانی، به‌منظور بررسی اثر درمان بر بهبود عملکردهای عصب‌شناختی؛

۳. بررسی کارکردهای عصب‌شناختی بیماران مبتلا به

شخصیت وسواسی و گروه سالم، نتایج این پژوهش حاکی از تفاوت معنادار این دو گروه است؛ بنابراین با توجه به الگوی نقایص بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و نیز وجود تفاوت معنادار بین گروه مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و گروه سالم در پژوهش حاضر، می‌توان استنباط کرد که بیماران مبتلا به شخصیت وسواسی نیز در حیطه‌ی برنامه‌ریزی و حل مسئله نقص دارند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نیز تفاوت بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و شخصیت وسواسی در شاخص زمان پاسخ‌دهی کلی و عدم تفاوت در شاخص تعداد کل حرکات، برای مشخص کردن ارتباط بیشتر بین این دو اختلال، پژوهش‌های بیشتری باید به بررسی کارکردهای شناختی این گروه بیماران پردازند.

به‌طور کلی، افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی، معمولاً برای دریافت خدمات سلامت روانی شخصاً اقدام نمی‌کنند و علایمشان خود همخوان است و بیشتر به درخواست دیگران و به دلیل وجود مسائل مزمن و فراگیر بین فردی یا مشکلات محور یک مراجعه می‌کنند. از طرفی اختلالات شخصیتی به درمان مقاوم‌اند که می‌تواند بیانگر مشکل بودن درمان این اختلال باشد. از این‌رو نظریه‌های مرتبط با الگوهای شناختی در این اختلال ممکن است بستری برای رشد مداخلات مناسب‌تر فراهم کرده و به تغییر و اصلاح ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌ساز یا ناکارآمد که در ایجاد و یا تشدید این علایم دخیل‌اند، کمک کنند. حتی اتحاد درمانی با توجه به اینکه افراد دارای شخصیت‌های وسواسی ترجیح می‌دهند

بیماران مبتلا به این اختلال نیز بررسی شود.

اختلال وسواس فکری-جبری همبود با اختلال شخصیت وسواسی و بدون همبود با آن، به منظور بررسی بیشتر ارتباط این دو اختلال؛

۴- باتوجه به شیوع زیاد اختلال شخصیت وسواسی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری، پیشنهاد می‌شود کارکردهای عصب‌شناختی خویشاوندان

دریافت: ۹۳/۱۰/۱۴ ؛ پذیرش: ۹۴/۳/۱۱

منابع

1. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi M.L, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1997;38:38-42.
2. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, et al. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *Journal of Personality Disorders* 2006;20:294-305.
3. Albert U, Maina G, Forner F, Bogetto F. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Comprehensive Psychiatry* 2004;45:325-32.
4. Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas V. P. Co morbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatry Research* 2010;177:156-60.
5. Pinto Anthony, Liebowitz Michael R, Foa Edna B, Simpson H. Blair Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2011;49(8):453-58
6. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa Jr PT, Riddle MA, Liang KY, et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry* 2000;177:457-62.
7. Calvo R, La'zaro L, Castro-Fornieles J, Font E, Moreno Elena J. obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 2009;24(3):201-206
8. Coles Meredith E, Pinto A, Mancebo Maria C, Rasmussen Steven A, Eisen Jane L. OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research* 2008;42:289-96
9. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. Neuropsychological Assessment (4th ed.). *New York: Oxford University Press*; 2004.
10. Bernalov AY, van Gaalen MM, Gross G. Antidepressant treatment in anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences* 2010;2:361-90.
11. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosciences Behavioral Reviews* 2008; 32:525-49.
12. Ansell EB, Pinto A, Crosby R D, Becker D F, Añez LM, Paris M, et al. The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010;41:275-81.
13. Shin NY, Kang DH, Choi JS, Jung MH, Jang JH, Kwon JS. Do organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in drug-naïve patients with obsessive-compulsive disorder? *Neuropsychology* 2010;24:527-33.
14. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2004;24:283-313.
15. Dinn AA. Obsessive-Compulsive Personality Traits. Compensatory Response to Executive Function Deficit. *International Journal of Neuroscience* 2009;119(4):600-608
16. DeBerry L. The Relation Between Cognitive Inflexibility and Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adults: Depression and Anxiety as Potential Mediators. *The University of Southern Mississippi* 2012;55
17. Liebowitz Michael R, Foa Edna B, Simpson H. Blair ;Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 2011; 49(8):453-58
18. Saxena S, Brody A, Maidment k.M, Dunkin JJ, Colgan M, Aborzian S, et al. Localized orbitofrontal and sub cortical metabolic change and predictors of response to Paroxetine treatment in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1998;21:683-693.
19. Bakhtiari esfandghe F, Molavi H, Malekpur M. The impact of self instruction procedure on mathematical problem solving performance and attention in female impulsive student. *Iranian*

- Journal Psychology* 2003;36:387-98.[Persian].
20. Baughman FD, Cooper RP. Inhibition and young children's performance on the Tower of London task. *Cognitive Systems Research* 2007;8:216-26.
 21. Rasser PE, Johnston P, Lagopoulos J, Ward PB, Schall U, Thienel R, et al. Functional MRI BOLD response to Tower of London performance of first-episode schizophrenia patients using cortical pattern matching. *NeuroImage* 2005;26:941-951.
 22. Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological functions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53(2):167-175
 23. Bohné A, Savage CR, Deckersbach T, Keuthen NJ, Jenike MA, Tuschen-Caffier B, et al. Visuospatial abilities, memory, and executive functioning in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2005;27:385-399.
 24. Ghasemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Nourozian M, Mojtabaei R. Cognitive functions, Neuropsychology, and neurologic OCD patients with and without depressive symptoms compared with the normal group. *Journal of neuroscience* 2005;7:3.[Persian].
 25. Goel V, Grafman J. Are the frontal lobes implicated in "planning" functions? Interpreting data from the Tower of Hanoi. *Neuropsychologia* 1995;33:623-42.
 26. García-Villamisar D, Dattilo J. Executive functioning in People with Obsessive-Compulsive Personality Traits: Evidence of Modest Impairment. *Journal of Personality Disorders, the Guilford Press* 2013;29(3):418-30
 27. Park S, Shin M, Kwon J. Neuropsychological profile in patients with obsessive-compulsive disorder over a period of 4-month treatment. *Journal of Psychiatry Research* 2002;36:257-65.
 28. Newman SD, Carpenter PA, Varma S. Frontal and parietal participation in problem solving in the Tower of London: fMRI and computational modeling of planning and high-level perception. *Neuropsychological* 2003;41:1668-82.
 29. Krishna R, Udupa S, George CM, Kumar KJ, Viswanath B, Kandavel T, et al. Neuropsychological performance in OCD: A study in medication-naïve patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2011;35(8):1969-76
 30. Chamberlain Samuel R, Fineberg Naomi A, Blackwell Andrew D, Clark Luke R, Trevor W, Sahakian Barbara J. A neuropsychological comparison of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Neuropsychologia* 2007; 654-62
 31. Himani K. Neuropsychological correlates of insight in obsessive compulsive disorder. Bangalore: *National Institute of Mental Health and Neurosciences* 2010;126:106-14.
 32. Rao NP, Arasappa R, Reddy NN, Venkatasubramanian G, Reddy YC. Emotional interference in obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological study using optimized emotional Stroop test. *Psychiatry Research* 2010;180:99-104.
 33. Simpson HB, Rosen W, Huppert JD, Lin SH, Foa EB, Liebowitz MR. Are there reliable neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder? *Journal of Psychiatry Research* 2006;40:247-57.
 34. van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, van Balkom AJ, van Hartskamp J, et al. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:301-309.
 35. Burgess PW. Strategy application disorder: the role of the frontal lobes in human multitasking. *Psychological research* 2000;63:279-88.
 36. Berg EA. A simple objective test for measuring flexibility in thinking. *The Journal of General Psychiatry* 2011;39:15-22.