

تبیین آمادگی برای توهم بر اساس صفات اسکیزوتایپی مثبت و منفی در نمونه غیربالینی

علی محمدزاده^۱، فرامرز سهرابی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۴

تاریخ وصول: ۹۶/۰۷/۰۲

چکیده

در سال‌های اخیر علاقه به مطالعه تجارب توهمی و پدیدارشناسی آنها در جمعیت‌های غیربالینی مورد توجه قرار گرفته است. هدف از پژوهش حاضر، تبیین آمادگی برای توهم بر اساس صفات اسکیزوتایپی مثبت و منفی در نمونه غیربالینی بود. این پژوهش از نوع همبستگی است. نمونه‌ای به حجم ۳۱۲ نفر (۸۸ نفر گروه مذکر و ۲۲۴ نفر گروه مؤنث) به انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌ها به پرسشنامه‌های مقیاس توهم لانای - اسلید و مقیاس‌های چهارگانه استعداد روان‌پریشی چپمن پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر چهار مقیاس ناتوانی در کسب لذت بدنی، ناتوانی در کسب لذت اجتماعی، مقیاس انحراف ادراکی و مقیاس اندیشه پردازشی سحرآمیز با آمادگی برای توهم رابطه معنی‌داری دارند، اما دو مقیاس اندیشه پردازشی سحرآمیز و انحراف ادراکی بعنوان صفات اسکیزوتایپی مثبت به ترتیب بیشترین سهم را در پیش‌بینی آمادگی برای توهم در معادله رگرسیونی دارند. برپایه نتایج حاصله رابطه اسکیزوتایپی مثبت با آمادگی برای توهم در چارچوب الگوی پیوستاری نشانه‌های شبه روان‌پریشی به بحث گذاشته شد.

واژگان کلیدی: آمادگی برای توهم، اسکیزوتایپی مثبت، اسکیزوتایپی منفی، تجارب شبه روان‌پریشی

۱. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

۲. استاد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

نشانه‌های روان‌پریشی همانند تجربه‌های توهمی، در سطحی پایین‌تر از آستانه بالینی در بین جمعیت عمومی نیز قابل مشاهده‌اند (لزنورگر^۱، ۲۰۱۰؛ ون اوس، لینکات، مین-گرمیس، دلسپاول و کرابندام^۲، ۲۰۰۹؛ لینکات و ون اوس، ۲۰۱۳)، در سال‌های اخیر علاقه به مطالعه تجارب توهمی و پدیدارشناسی آنها در بین گروه‌های بالینی و سالم (جمعیت‌های در معرض خطر و یا مستعد) افزایش یافته است (لاروی، مارزوسکی و وندرلیندن^۳، ۲۰۰۴). چنین علاقه مندی‌هایی منجر به ایجاد ابزارهایی به منظور استفاده در جمعیت‌های بالینی و نیز بررسی تجارب توهمی در سطح غیربالینی گردیده که مقیاس توهم لانای اسلید (لانای و اسلید^۴، ۱۹۸۱؛ اسلید و بنتال^۵، ۱۹۸۸) یکی از آنهاست. این مقیاس بر پایه سنت متداولی که توهم را بعنوان پیوستاری در کنش طبیعی در نظر می‌گیرد ساخته شده است (استراوس^۶، ۱۹۶۹؛ اسلید و بنتال، ۱۹۸۸). در این راستا اسلید و بنتال (۱۹۸۸) با استفاده از این مقیاس نشان داده‌اند که ۱۷/۷ درصد از شرکت‌کنندگان با تحصیلات کارشناسی صدایی را می‌شنوند که با افکارشان در حال گفتگو است و نیز ۱۵/۴ درصد نیز صدای کسی را که در واقع وجود نداشته است شنیده‌اند (واترز، بادکوک و می‌بری^۷، ۲۰۰۳). این یافته مویده آن است که تجربه توهم در افراد سالم نیز امکان وقوع دارد. مفهوم پیوستار روان‌پریشی بر اساس شواهد علمی که تجارب شبه روان‌پریشی را در جمعیت عمومی نشان داده‌اند مورد حمایت قرار گرفته است (چپمن، چپمن و کوپیل، اکبلاد و زینسر^۸، ۱۹۹۵؛ چپمن، کوپیل، ۱۹۹۴؛ دیوید^۹، ۲۰۱۰؛ جان و ون اوس^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ سیور^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴). اصطلاح اسکیزوتایپی نخستین بار توسط رادو (۱۹۵۳) و میل (۱۹۶۲) بکار گرفته شد که در آن اسکیزوتایپی نه بعنوان پدیده‌ای نوسولوژیکی، بلکه بیشتر بعنوان

1. Lenzenweger
2. Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, Krabbendam
3. Larøi Marczewski, Vander Linden
4. Launay & Slade
5. Launay & Slade
6. Strauss
7. Waters, Badcock, Maybery
8. Chapman, Chapman, Kwapil, Eckblad, Zinser
9. David
10. Johns and van Os
11. Siever

شکلی از سازمان شخصیت که در نتیجه استعداد خاص بیولوژیکی ایجاد می‌شود، تعریف شده بود. آن‌ها به این شکل از سازمان شخصیت اصطلاح اسکیزوتاکسیا را بکار بردند (میل، ۱۹۶۲؛ رادو، ۱۹۵۳).

از نظر تاریخی، کارهای بنیادی که توسط کلاریج^۱ (۱۹۹۴) انجام گرفت، درک ما از مفهوم اسکیزوتایپی را با نشان دادن تفاوت بین مدل شبه ابعادی و مدل ابعادی کامل در مورد اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا افزایش داده است. مدل شبه ابعادی یا روان پزشکی به میل نسبت داده می‌شود که بر پایه ایده تعامل بین آمادگی وراثتی یعنی اسکیزوتاکسیا و محیط بنا گذاشته شده است (فاراوان، گرین، سیدمن و تسانگ^۲، ۲۰۰۱). میل (۱۹۶۲) معتقد بود که آسیب پذیری به روان پریشی اختصاص به درصد اندکی از جامعه دارد و مربوط می‌شود به یک ژن واحد به نام اسکیزو-ژن^۳ که منجر به هیپوکریزیا^۴ (نوعی انحراف سیناپسی) می‌گردد. اسکیزوتاکسیا به تنهایی نمی‌تواند به روان پریشی بینجامد اما در تعامل با عوامل محیطی می‌تواند به اسکیزوفرنیای کامل منجر شود (لنزورگر، ۲۰۰۶). مدل شبه ابعادی با مطالعات تاکسومتریک بصورت کلی حمایت شده است (هسلم، هولاند و کوپن^۵، ۲۰۱۲). برعکس، مدل ابعادی کامل توصیفی از پیوستاری بین صفات شخصیت، تغییرات ژنتیکی و حالت‌های شناختی ارائه می‌کند. مزیت مدل ابعادی کامل این است که چارچوبی برای توصیف تغییرپذیری بین فردی فراهم می‌کند و بیشتر عناصر موجود در مدل شبه ابعادی را یکپارچه می‌سازد (کلاریج، ۱۹۹۴). در طی دهه‌های اخیر، مفهوم پیوستاری اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا در جمعیت عمومی بعنوان شیوع بالای تجارب غیرعادی گذرا در جمعیت عمومی فرضیه بندی و تأیید شده است (ون اوس و همکاران، ۲۰۰۹). از طرفی، نیاز روزافزون به تشخیص زودرس و صحیح اسکیزوفرنیا، انگیزه لازم را برای پژوهش‌های مرتبط با تشخیص جمعیت‌های در معرض خطر بالا برای ابتلا به اسکیزوفرنیا فراهم آورده است. نخستین تلاش‌ها در این زمینه به حدود پنجاه سال قبل برمی‌گردد که در آن اصطلاح^۶ در معرض خطر^۶ به فرزندان والدین مبتلا به اختلالات روانی

-
1. Claridge
 2. Faraone, Green, Seidman, Tsuang
 3. schizo-gene
 4. hypokrisia
 5. Haslam, Holland, Kuppens

اطلاق گردید (پیرسون و کلی^۱، ۱۹۵۷). برخلاف مفهوم در معرض خطر بالا برای ابتلا به اسکیزوفرنیا که در زمینه ژنتیکی در موارد درون خانوادگی مطرح است، نظریه پیوستار روان پریشی- آمادگی^۲ در سطوح بالای صفت شخصیتی روان پریشی گرای که به اسکیزوفرنیا نیز ارتباط پیدا می‌کنند ارائه شده است (آیزنک^۳، ۱۹۹۲).

کلاریج و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند که شکل بندی علایم مثبت و منفی در هر یک از نشانگان اسکیزوفرنیایی، گرایش به موازی بودن در ابعاد اسکیزوتایپی دارد؛ اگر چه در شکل خفیف آن. تحقیقات اخیر اسکیزوتایپی را بعنوان فنوتایپ چندبعدی و تظاهرات بالینی و غیربالینی خفیف طیف اسکیزوفرنیا مفهوم سازی کرده‌اند (لزنورگر، ۲۰۱۰؛ کوپیل و برانتز-ویدال^۴، ۲۰۱۴). شواهد قاطعی ارتباط قابل ملاحظه بین اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا را از نظر رفتاری و عصب زیست شناختی تأیید می‌کنند (اتینگر، میوفر، استیفنز، واگنز و کوتسولریس^۵، ۲۰۱۴). این یافته بدین معناست که شناسایی افراد اسکیزوتایپیک می‌تواند تشخیص عوامل خطر سبب شناختی و نگهدارنده اختلالات طیف اسکیزوفرنیا را تسهیل نماید. در این حالت همچنین امکان بررسی عوامل سبب شناختی که در وضعیت بیماری نشانه‌های شدید روانپریشی یا اثرات ناشی از موسسه‌ای شدن، مصرف دارو یا داغ بیماری مانع از آن می‌شد فراهم می‌شود (گراس، سیلویا، بارانتز-ویدال و کوپیل^۶، ۲۰۱۵). در این ارتباط، مقیاس‌های اسکیزوتایپی ویسکانسین از بدو پیدایششان که به دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ برمی‌گردد به منظور سنجش ویژگی‌های اسکیزوتایپی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (وینترشتین^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). مقیاس‌های اسکیزوتایپی ویسکانسین از چهار مقیاس ناتوانی در کسب لذت بدنی، ناتوانی در کسب لذت اجتماعی (چپمن، چپمن و راثولین، ۱۹۷۶)، مقیاس انحراف ادراکی (PAS) (چپمن، چپمن و راثولین، ۱۹۷۸) و مقیاس اندیشه پردازی سحرآمیز (MIS) (اکبلاد و چپمن، ۱۹۸۳) تشکیل شده است. این مقیاس‌ها اسکیزوتایپی و ابعاد مثبت و منفی آن را نیز مورد

-
1. Pearson and Kley
 2. psychosis-proneness continuum
 3. Eysenck
 4. Barrantes-Vidal
 5. Ettinger, Meyhöfer, Steffens, Wagner, Koutsouleris
 6. Gross, Silvia, Barrantes-Vidal, Kwapil
 7. Winterstein

ارزیابی قرار می‌دهند. در تأیید اعتبار این مجموعه آزمون لازم به ذکر است که در طول دهه‌ها در نمونه‌های بالینی، در معرض خطر و افراد عادی در مطالعات مقطعی و طولی مورد استفاده قرار گرفته‌اند (کوپیل، گراس، سیلویا و بارانتز-ویدال، ۲۰۱۳). اسکیزوتایپی و در سطحی گسترده‌تر از آن اسکیزوفرنیا، بعنوان سازه‌های چندبعدی مفهوم سازی شده‌اند که در آنها ابعاد مثبت و منفی بطور مکرر در تحقیقات مختلف تکرار شده‌اند. کوپیل و همکاران (۲۰۰۸) در نمونه‌های غیربالینی نشان دادند که مقیاس‌های اسکیزوتایپی ویسکانسین از دو بعد مثبت و منفی اشباع شده‌اند. اسکیزوتایپی مثبت که مقیاس‌های ناتوانی در کسب لذت بدنی و ناتوانی در کسب لذت اجتماعی را شامل می‌شوند با تجارب شبه روان پریشی، سومصرف مواد و اختلالات خلقی رابطه داشته و اسکیزوتایپی منفی که مقیاس‌های انحراف ادراکی و اندیشه پردازشی سحرآمیز را دربرمی‌گیرند با علائم اسکیزوتایپی و احتمال کاهش روابط صمیمی مرتبط می‌باشند. این دو بعد در بیماران طیف اسکیزوفرنیایی هم تکرار شده‌اند (کوپیل و همکاران، ۲۰۱۳).

مسئله‌ای که پژوهش حاضر بدنبال پاسخ بدان شکل گرفت این بود که رابطه بین آمادگی برای توهم و اسکیزوتایپی چگونه است؟ از آنجایی که همانند اسکیزوفرنیا، اسکیزوتایپی نیز دارای ساختاری چند بعدی است به نظر می‌رسد تجارب شبه توهمی می‌تواند در نشانه شناسی مثبت اسکیزوتایپی تشکیل یک بعد را بدهد و یا حداقل با آن رابطه داشته باشد؛ بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش حاضر بدین صورت تدوین می‌گردد: آمادگی برای توهم با نشانه شناسی مثبت اسکیزوتایپی رابطه مستقیم دارد.

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از دانشجویان دختر و پسر دوره‌های کارشناسی دانشگاه پیام نور تبریز که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. حجم جامعه آماری حدود ۸۰۰۰ نفر می‌باشد. از بین جامعه آماری، نفر ۳۱۲ (۲۲۴ نفر زن و ۸۸ نفر مرد) به روش نمونه‌گیری داوطلبانه بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

روند اجرا: پس از انتخاب کلاس‌ها نخست محقق خود را به دانشجویان معرفی و هدف تحقیق را بیان کرد. سپس سؤالات پرسشنامه در اختیار آنها قرار داد. به

آزمودنی‌ها گفته شد، محدودیت زمانی وجود ندارد و آنها باید به سؤالات مقیاس توهم لانای - اسلید در طیف پنج درجه‌ای و مقیاس‌های چهار گانه استعداد روان پریشی چپمن بصورت بلی/خیر جواب دهند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها ضمن اعلام صریح داوطلبانه بودن شرکت آزمودنی‌ها، هم بصورت شفاهی و هم بصورت کتبی خاطرنشان گردید «اطلاعات درخواستی در این پرسشنامه‌ها، صرفاً» به منظور اهداف پژوهشی است. جهت اطمینان خاطر شما، به جز تعیین جنسیت نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی نیست». ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- مقیاس توهم لانای اسلید: این مقیاس ۱۲ سوالی توسط لانای و اسلید (۱۹۸۱) ساخته شده و توسط بنتال و اسلید (۱۹۸۵) مورد بازنگری قرار گرفته است. این مقیاس تا به امروز تنها مقیاس سنجش توهم در افراد بهنجار می‌باشد. این مقیاس آمادگی برای توهم را در چارچوب پیوستاری ویژگی‌های شبه روان پریشی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس توهم لانای اسلید به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. اعتبارسنجی این مقیاس در ایران توسط محمدزاده (۱۳۹۵) انجام شده است و بر اساس نتایج حاصله، ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای عامل افکار مزاحم و رویاهای روزانه آشکار و عامل تجارب توهمی شنیداری و دیداری به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ محاسبه شده است. به منظور بررسی روایی افتراقی، نمره بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و افراد عادی در مقیاس توهم لانای-اسلید مقایسه شدند، نتایج نشان داد که مقیاس توانسته است دو گروه را از هم افتراق دهد.

۲- مقیاس اسکیزوتایپی ویسکانسین (مقیاس‌های چهار گانه استعداد روان پریشی چپمن): مقیاس‌های اسکیزوتایپی ویسکانسین از ۶۰ سؤال تشکیل شده‌اند که بصورت بلی/خیر جواب داده می‌شوند. پرسشنامه ویسکانسین از چهار مقیاس ناتوانی در کسب لذت بدنی، ناتوانی در کسب لذت اجتماعی (چپمن و همکاران، ۱۹۷۶)، مقیاس انحراف ادراکی (PAS) (چپمن و همکاران، ۱۹۷۸) و مقیاس اندیشه پردازشی سحرآمیز (MIS) (اکبلاد و چپمن، ۱۹۸۳) تشکیل شده است. این مقیاس‌ها در سنجش اسکیزوتایپی ابعاد مثبت و منفی آن را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در تأیید اعتبار این مجموعه آزمون لازم به ذکر است که در طول دهه‌ها در نمونه‌های بالینی، در معرض خطر و افراد عادی در مطالعات مقطعی و طولی مورد استفاده قرار گرفته است (کوایپیل و همکاران، ۲۰۱۰). فرم کوتاه این مقیاس‌ها

اخیراً توسط وینترشتین و همکاران (۲۰۱۱) توسعه داده شده است. روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط محمدزاده (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب روایی همزمان زیرمقیاس‌های این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی آنها با مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب پایایی کرونباخ برای زیرمقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶ محاسبه شده است.

یافته‌ها

فراوانی شرکت کنندگان در طبقات جنسیتی بر اساس مشخصه‌های آمار توصیفی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. مشخصات سنی نمونه تحقیق

تعداد	درصد	میانگین سنی	انحراف استاندارد
گروه مؤنث ۲۲۴	۷۱/۸	۲۷/۵۶	۷/۴۹
گروه مذکر ۸۸	۲۸/۲	۳۰/۴۷	۸/۳۴
کل نمونه ۳۱۲	۱۰۰	۲۹/۱	۷/۷۸

میانگین نمرات کسب شده در متغیرهای پژوهش در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. میانگین نمرات کسب شده و همبستگی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی با آمادگی برای توهم	سطح معنی داری
آمادگی برای توهم	۱۶/۴	۱۰/۱۳	۱	۰/۰۰۱
اندیشه پردازی سحرآمیز	۳/۸۱	۲/۸۲	۰/۶۲	۰/۰۰۱
انحراف ادراکی	۱/۹۵	۱/۸۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱
ناتوانی در کسب لذت اجتماعی	۳/۹۳	۲/۷	۰/۲۴	۰/۰۰۱
ناتوانی در کسب لذت بدنی	۴/۴۶	۳/۳	۰/۱۲	۰/۰۱

ضرایب همبستگی محاسبه شده حاکی از رابطه همه ابعاد چهار گانه اسکیزوتایپی با آمادگی برای توهم بود. به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و تشخیص سهم متغیرهای پیش بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد. در بررسی پیش فرض استفاده از رگرسیون چند گانه فرض هم خطی بودن چند گانه برای سنجش استقلال متغیرهای پیش بین بررسی شد. نرم افزار شاخص تحمل و شاخص عامل تورم

واریانس را به دست داد. شاخص تحمل متغیرها بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۸ (که بیشتر از ۰/۱ هستند) و شاخص عامل تورم واریانس ۱/۰۲ تا ۱/۶۳ (که کمتر از ۱۰ هستند) بود. از این رو می‌توان پذیرفت که متغیرهای پیش بین از یکدیگر مستقل‌اند و هم خطی بودن چندگانه اتفاق نیفتاده است، همچنین ماتریس ضرایب همبستگی نیز نشان داد ضرایب همبستگی متغیرهای پیش بین کمتر از ۰/۷۰ است که حاکی رعایت مفروضه استقلال متغیرهای پیش بین است. در تحلیل رگرسیونی، ابعاد چهار گانه اسکیزوتایپی (ناتوانی در کسب لذت بدنی، ناتوانی در کسب لذت اجتماعی، انحراف ادراکی و اندیشه پردازی سحرآمیز) به عنوان متغیر پیش بین و آمادگی برای توهم به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. جدول ۳ نتایج تحلیل‌های مذکور را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون آمادگی برای توهم بر ابعاد اسکیزوتایپی

گام	متغیر پیش بین	r	R ²	F	Sig.	B	β	t	Sig.
اول	اندیشه پردازی سحرآمیز	۰/۶۲	۰/۳۸	۱۸۹/۹۳	۰/۰۰۱	۲/۲۷	۰/۶۲	۷/۵	۰/۰۰۱
دوم	اندیشه پردازی سحرآمیز انحراف ادراکی	۰/۶۷	۰/۴۶	۱۲۷/۱۹	۰/۰۰۱	۱/۲۲	۰/۴۱ ۰/۳۴	۶/۳۴	۰/۰۰۱

نسبت معنادار F در جدول ۳ نشانگر ارتباط معنادار بین متغیر پیش بین و ملاک می‌باشد. مطابق اطلاعات جدول فوق، از بین عوامل چهار گانه اسکیزوتایپی، اندیشه پردازی سحرآمیز و انحراف ادراکی توان لازم برای ورود به معادله رگرسیونی جهت تبیین آمادگی برای توهم را دارند. ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد در گام اول ورود متغیر «اندیشه پردازی سحرآمیز» به تنهایی می‌تواند ۳۸ درصد تغییرات «آمادگی برای توهم» را پیش بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر «انحراف ادراکی» می‌تواند این مقدار را به ۴۶ درصد ارتقا دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی آمادگی برای توهم بر اساس صفات اسکیزوتایپی مثبت و منفی انجام گرفت و نتایج نشان داد: ۱- همه مقیاس‌های اسکیزوتایپی با آمادگی برای

توهم رابطه مثبت دارند. این یافته با نظریه و تحقیقاتی هماهنگ است که نشان داده‌اند پدیده‌های شبه روانپریشی فارغ از انواع آنها روی یک پیوستار قرار می‌گیرند (ون اوس و همکاران، ۲۰۰۹؛ موریسون^۱، ۲۰۰۶) شخصیت اسکیزوتایپی که در سطح غیربالینی اغلب به عنوان اسکیزوتایپی به آن اشاره می‌شود؛ ساختاری چند بعدی است و به مجموعه‌ای از عوامل شخصیتی بیولوژیکی اشاره دارد که در سبک شناختی و تجارب ادراکی آشکار می‌گردد. بروز تجارب شبه روان پریشی مثبت در جمعیت عمومی، بسیار بیشتر از بروز اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از افراد، گاهی در زندگی خود، توهم را تجربه کرده‌اند؛ در حالی که این تجارب ممکن است گذرا و زیر سطح بالینی باشد، اما در برخی موارد، اسکیزوتایپی ممکن است پیش درآمدی برای ایجاد یک سندرم بالینی مهمتر مانند اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنیا همچون اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و اسکیزوئید باشد. ۲- از بین عوامل چهار گانه اسکیزوتایپی، ابتدا اندیشه پردازی سحرآمیز و سپس انحراف ادراکی بیشترین رابطه را با آمادگی برای توهم نشان داده و از توان لازم برای پیش بینی آن برخوردارند. اندیشه پردازی سحرآمیز که برخی از نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپی مانند باور به خرافات، باورهای انتساب و اشتغال‌های ذهنی عجیب و غریب را بازنمایی می‌کند مهمترین ویژگی شخصیت اسکیزوتایپی را تشکیل می‌دهد (جوزف و پیترا^۲، ۱۹۸۹؛ راولینگز، کلاریج و فریمن^۳، ۲۰۰۱) و پژوهش حاضر نیز نشان داد این عامل مهمترین پیش بین آمادگی برای توهم می‌باشد. انتساب^۴ رویدادهای روانی درونی به منابع دیگر که از ویژگی‌های توهم شنوایی در اسکیزوفرنیا می‌باشد در افرادی که نمره بالایی در مقیاس آمادگی برای توهم دارند نیز بصورت سوتعبیر^۵ رویدادهای روانی درونی در جهت برون سازی آنها صورت می‌گیرد. این وضعیت تحت عنوان انحراف ادراکی نامبرده می‌شود (واترز و همکاران، ۲۰۰۳) و بعد از اندیشه پردازی سحرآمیز دومین پیش بین مناسب برای آمادگی برای توهم به شمار می‌رود. دو مقیاس اندیشه پردازی سحرآمیز و انحراف ادراکی، اسکیزوتایپی مثبت

-
1. Morrison
 2. Joseph & Peters
 3. Rawlings, Claridge, Freeman
 4. attribution
 5. misattribution

را تشکیل می‌دهند. از آنجایی که در اسکیزوفرنیا توهم نشانه‌شناسی مثبت را شامل می‌شود (هوران، کرینگ و بلانچارد^۱، ۲۰۰۶؛ درخشان نژاد، بیگدلی، اعظمی و مکوند حسینی، ۱۳۹۳) رابطه اسکیزوتایپی مثبت با آمادگی برای توهم نیز در چارچوب الگوی پیوستاری نشانه‌های شبه روان‌پریشی قابل تبیین است. مطابق این الگو صفات اسکیزوتایپی و روان‌پریشی اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلفی بر روی یک پیوستار مفهوم سازی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های الگوی تنیدگی - آسیب‌پذیری مبین درجاتی از خطر است (والفرد و استراب^۲، ۱۹۹۸). در سال‌های اخیر نیز مفهوم پیوستاری اسکیزوتایپی یا اسکیزوفرنیا در جمعیت عمومی بعنوان شیوع بالای تجارب غیرعادی گذرا در جمعیت عمومی فرضیه بندی و تأیید شده است (ون اوس و همکاران، ۲۰۰۹). این پیوستاری حتی از نظر تحقیقات مربوط به آناتومی مغز در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا نیز مورد تأیید قرار گرفته است، در اولین مطالعه مربوطه، لینر، وانگ، تانگ، بین، گلدشتین، بلایر، هازن‌دار، نیو، چمرینسکی، چو، ریمسکی، سیور، کوینزبرگ و هازلت^۳ (۲۰۱۵) بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مقایسه کرده و دریافتند که مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در نواحی فرونتال و گیجگاهی تغییر در ماده سفید را نشان می‌دهند و از این نظر در حد وسط افراد سالم و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا قرار دارند. مطالعه مشابهی هم تغییر نسبی ماده سفید سینگولا برخلاف آسیب سینگولا در اسکیزوفرنیا را گزارش نموده است (سیور و دیویس، ۲۰۰۴). محققان پیشنهاد کردند که نواحی آسیب ندیده ممکن است نوعی پدیده جبرانی در اختلال شخصیت اسکیزوتایپی را نشان دهد. این فرضیه با یک مدل قبلی ارائه شده در مورد اختلالات طیف اسکیزوفرنیا هماهنگ است، این مدل بیان می‌کند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی روان‌پریشی تمام عیار را تجربه نمی‌کنند (مودناتو و دراگانسکی^۴، ۲۰۱۵).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد که مقیاس‌های ناتوانی برای کسب لذت بدنی و اجتماعی از توان پیش‌بینی لازم برای آمادگی برای توهم برخوردار نیستند. این یافته موجه

-
1. Horan, Kring, Blanchard
 2. Wolfradt & Struabe
 3. Lener, Wong, Tang, Byne, Goldstein, Blair, Haznedar, New, Chemerinski, Chu, Rimsky, Siever, Koenigsberg, Hazlett
 4. Modenato & Draganski

به نظر می‌رسد، چرا که این دو مقیاس نشانه‌شناسی منفی اسکیزوتایپی را بازنمایی می‌کنند و در سطح بالینی نیز علائم منفی بیشتر با کاستی‌های روانی اجتماعی روان پریشی ارتباط دارند تا توهم (فونسکو-پدررو، اورتونو-سیرا، ماسون و مونیز^۱، ۲۰۱۵؛ سبحانی، مرادی، علی بیگی و دولتشاهی، ۱۳۸۹).

در یک جمع بندی کلی از نتایج، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رابطه اسکیزوتایپی مثبت با آمادگی برای توهم در چارچوب الگوی پیوستاری نشانه‌های شبه روان پریشی قابل تبیین است. همچنین، به دلیل ارتباطات وسیع اسکیزوتایپی با اسکیزوفرنیا و نیز با تجارب شبه توهمی که در پژوهش حاضر بدست آمد. به نظر می‌رسد در تلاش برای فهم پدیده‌های شبه روان پریشی تمرکز اصلی باید روی اسکیزوتایپی باشد و همان گونه که فونسکو-پدررو و همکاران (۲۰۱۵) عنوان کرده‌اند اسکیزوتایپی عاملی کلیدی در جستجو برای فهم علت روان پریشی است.

این پژوهش با استفاده از نمونه‌های غیربالینی انجام گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به گروه‌های بالینی بایستی جانب احتیاط را در نظر گرفت. از این رو انجام پژوهش مشابه روی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا مشروط به این که بتوان اثرات موسسه‌ای شدن و مصرف دارو را کنترل کرد می‌تواند در تبیین توهم (و نه آمادگی برای آن) بر اساس ابعاد اسکیزوتایپی کمک کننده باشد. همچنین، در سطح بالینی مقایسه آمادگی برای توهم در مبتلایان به اختلال شخصیت اسکیزوتایپی از پیشنهادات دیگر پژوهش حاضر است.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح مصوب در دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی می‌باشد، بدین وسیله از ریاست و اعضای شورای پژوهشی دانشگاه قدردانی می‌گردد.

منابع

درخشان نژاد، مریم؛ بیگدلی، ایمان الله؛ اعظمی، سعید؛ و مکوند حسینی، شاهرخ. (۱۳۹۳). مقایسه بازشناسی عواطف چهره‌ای در خرده ریخت‌های و ارتباط آن با علائم مثبت و منفی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۶(۴)، ۳۵-۴۸.

محمدزاده، علی (۱۳۹۵). اعتباریابی نسخه کوتاه مجموعه آزمون‌های سنجش ویژگی‌های روان‌پریشی: مقیاس‌های چهارگانه استعداد روان‌پریشی چپمن (ویسکانسین)، مقیاس تجارب و عواطف آکسفورد-لیورپول، مقیاس توهم لانای اسلید. طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور

- Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1985). Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 6, 527-9.
- Chapman, J.P., Chapman, L.J., Kwapil, T.R., (1995). Scales for the measurement of schizotypy. In: Raine, A., Lencz, T., Mednick, S.A. (Eds.), *Schizotypal Personality*. Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M., & Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 171.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P., Raulin, M.L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 374-382.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 87(4), 399-407.
- Claridge, G. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth?. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 151-168.
- Claridge, G., Mc Creery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: a large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 103-115.
- David, A. S. (2010). Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychological medicine*, 40(12), 1935-1942.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(2), 215-225.
- Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M., Koutsouleris, N., (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Front Psychiatry* 5, (18), 1-18.
- Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and individual differences*, 13(7), 757-785.
- Faraone, S. V., Green, A. I., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (2001). "Schizotaxia": clinical implications and new directions for research. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 1-18.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Mason, O. J., & Muñiz, J. (2015). The Oxford-Liverpool inventory of feelings and experiences short

- version: further validation. *Personality and Individual Differences*, 86, 338-343.
- Gross, G. M., Silvia, P. J., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2015). The dimensional structure of short forms of the Wisconsin Schizotypy Scales. *Schizophrenia research*, 166(1-3), 80-85.
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological medicine*, 42(5), 903-920.
- Horan, W. P., Kring, A. M., & Blanchard, J. J. (2005). Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 259-273.
- Johns, L. C., & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*, 21(8), 1125-1141.
- 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(3), 437-440.
- Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Schizotypy: looking back and moving forward. *Schizophrenia bulletin*, 41(suppl_2), S366-S373.
- Kwapil, T. R., Barrantes-Vidal, N., & Silvia, P. J. (2007). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 444-457.
- Kwapil, T. R., Gross, G. M., Silvia, P. J., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Prediction of psychopathology and functional impairment by positive and negative schizotypy in the Chapmans' ten-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 807.-815.
- Larøi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004). Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry*, 19(1), 15-20.
- Launay, G., & Slade, P. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2(3), 221-234.
- Lenzenweger, M. F. (2006). Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia: Paul E. Meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 195.-200.
- Lenzenweger, M. F. (2011). *Schizotypy and schizophrenia: The view from experimental psychopathology*. Guilford Press.
- Lener, M.S., Wong, E., Tang, C.Y., Byne, W., Goldstein, K.E., Blair, N.J., Haznedar, M.M., New, A.S., Chemerinski, E., Chu, K.-W., Rimsky, L.S., Siever, L.J., Koenigsberg, H.W., Hazlett, E.A., (2015). White matter abnormalities in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Schizophrenia bulletin*, 41(1), 300-310.
- Linscott, R. J., & Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to

- persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*, 43(6), 1133-1149.
- Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Modenato, C., & Draganski, B. (2015). The concept of schizotypy—A computational anatomy perspective. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(2), 89-92.
- Morrison, A. P., French, P., Lewis, S. W., Roberts, M., Raja, S., Neil, S. T., & Bentall, R. P. (2006). Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: comparisons with non-patients and associations with symptoms. *Psychological Medicine*, 36(10), 1395-1404.
- Pearson, J. S., & Kley, I. B. (1957). On the application of genetic expectancies as age-specific base rates in the study of human behavior disorders. *Psychological bulletin*, 54(5), 406-420.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110(6), 406-416.
- 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(3), 409-419.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (2004). The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 398-413.
- Slade, P. D., & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Johns Hopkins University Press.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale evidence. *Archives of General Psychiatry*, 21(5), 581-586.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 39(2), 179-195.
- Waters, F. A., Badcock, J. C., & Maybery, M. T. (2003). Revision of the factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS-R). *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1351-1357.
- Winterstein, B.P., Silvia, P.J., Kwapil, T. R., Kaufman, J.C., Reiter-Palmon, R., Wigert, B. (2011) Brief assessment of schizotypy: Developing short forms of the Wisconsin Schizotypy Scales. *Personality and Individual Differences* 51, 920-924
- Wolfradt, U., & Struabe, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.