

زمینه یابی فراوانی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز با استفاده از آزمون STA

دکتر علی محمدزاده*^۱، دکتر مسعود قربانعلی پور^۲، دکتر روحیه نیساری^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۸/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: رویکرد ابعادی روان گسستگی، نشانه‌های روان گسستگی را به عنوان تظاهرات اغراق آمیز خصلت‌های شخصیتی فرض می‌کند که در جمعیت به هنجار هم یافت می‌شوند. بر این اساس، اسکیزوتایپی به عنوان صفاتی که به طور پیوستاری توزیع شده است در نظر گرفته می‌شود. پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان فراوانی ویژگی‌های شبه روان گسستگی اسکیزوتایپی با در نظر گرفتن متغیرهای سن و جنس انجام گرفت. **مواد و روش کار:** این پژوهش در یک بررسی زمینه یابی و پس رویدادی انجام شده و از نوع توصیفی - مقطعی است. نمونه‌ای به حجم ۷۴۹ نفر (۳۸۰ نفر گروه مذکر و ۳۶۹ نفر گروه مؤنث) به روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای از دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. شرکت کننده‌ها به مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA) پاسخ دادند.

یافته‌ها: میزان توزیع الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی در نمونه تحقیقی، بر اساس تفکیک جنسیتی و طبقات سنی مختلف در هر یک از عامل‌ها و نیز کل مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی گزارش گردید. بر این اساس، میانگین نمرات گروه مؤنث در کل مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی و نیز عامل‌های سوظن پارانوئید/ اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مذکر شد. همچنین، سن بر تغییرات نمرات اثر نداشت لذا می‌توان تأثیر تفاوت سن نمونه‌های مورد پژوهش را تأثیری قابل اغماض دانست.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش حاضر برای الگوی پیوستاری روان گسستگی تأییدات پژوهشی بیشتری فراهم می‌نماید.

کلید واژه‌ها: شخصیت اسکیزوتایپی، روان گسستگی، آزمون STA، زمینه یابی فراوانی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ۴۶۶-۴۵۹، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی

Email: ali.mohammadzadeh@gmail.com

مقدمه

به این حیطة از پژوهش شده این است که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی به طور فراوان در خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده می‌شود و همچنین در بعضی افراد، اختلال شخصیت اسکیزوتایپی خود علامتی برای شروع اسکیزوفرنیا است (۲). بنابراین، صفات اسکیزوتایپی و روان گسستگی اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلفی بر روی یک پیوستار مفهوم سازی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های الگوی تنیدگی - آسیب پذیری^۴ مبین درجاتی از خطر می‌باشد (۲).

مطالعه شخصیت اسکیزوتایپی در جمعیت عمومی فرصتی ویژه برای بررسی شاخص‌های زیستی و شناختی آسیب پذیری به اسکیزوفرنیا بدون اثرات مغشوش کنندگی ناشی از موسسه‌ای شدن، مداخلات دارویی و نشانه‌های روان گسستگی شدید فراهم می‌آورد (۱) و بر این اساس، در سال‌های اخیر تلاش شده است که شخصیت اسکیزوتایپی را بر اساس DSM-IV بررسی کنند. آنچه که باعث افزایش علاقه محققان

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوی

^۳ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ stress-vulnerability model

یافته‌های ناشی از تحقیقات ژنتیکی و شناختی مربوط به وضعیت‌های مرزی روان‌گسستگی (مثل اختلال شخصیت اسکیزوتایپی) حاکی از وجود پیوستاری رفتاری بین علایم مرضی بیماران روان‌گسسته^۱ و افراد غیر روان‌گسسته در ابعاد مختلف می‌باشد (۳). اسکیزوتایپی معمولاً نوعی آمادگی^۲ برای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (۴). این آمادگی با آسیب‌های عصب شناختی، عصب زیست‌شناختی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی اعصاب در خویشاوندان درجه اول غیر روان‌گسسته و غیراسکیزوتایپی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است (۵). علاوه بر این، در الگوی ابعادی کامل^۳ بعد اسکیزوتایپی را می‌توان به عنوان پیوستاری در نظر گرفت که نقطه شروع آن حالت به هنجار و انتهای آن نه تنها بیماری اسکیزوفرنیا بلکه طیف‌های دیگر آسیب‌شناسی روانی همچون اختلال‌های دوقطبی و وسواسی - جبری را نیز شامل می‌شود (۴). الگوی ابعادی روان‌گسستگی، نشانه‌های بالینی بیماران را به عنوان تظاهرات اغراق‌آمیز خصلت‌های شخصیتی فرض می‌کند که در جمعیت به هنجار هم یافت می‌شوند. این الگو، اسکیزوتایپی را به عنوان صفاتی که به طور پیوستاری توزیع شده‌اند در نظر می‌گیرد. این صفات، منابعی از تغییرات (نوسانات) سلامتی و همچنین آمادگی برای روان‌گسستگی می‌باشد (۶).

در تحقیقات گزارش شده است که اسکیزوتایپی سازه‌های چند بعدی است (۴) و بر این اساس، شکل‌بندی علایم مثبت و منفی در هر یک از نشانگان اسکیزوفرنیک، گرایش به موازی بودن در ابعاد اسکیزوتایپی دارد؛ اگر چه در شکل خفیف آن. در تحقیقات مختلف اکثراً سه عامل گزارش شده است (۶). نخستین عامل به عقاید و ادراکات منحرف^۴ یا عقاید و تجارب نابهنجار مربوط می‌شود؛ این عامل شکل غیر بالینی و خفیف بعضی از علایم مثبت روان‌گسستگی مثل توهم و هذیان را شامل می‌شود. دومین عامل اسکیزوتایپی شکل غیر بالینی نارسائی‌های شناختی^۵ مثل انسداد فکر و مشکلات توجهی است که در ترکیب با یکدیگر باعث افزایش اضطراب اجتماعی می‌شوند. سومین عامل، بی‌لذتی درون‌گرایانه^۶ است که شکل خفیف و غیر بالینی علایم منفی روان‌گسستگی مثل کناره‌گیری اجتماعی و ناتوانی در تجربه لذت است. در ایران (۷) با استفاده از مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی^۷ (STA) سه عامل را برای علایم مثبت اسکیزوتایپی شناسایی کرده‌اند: نخستین عامل

جنسیت عنصر مهمی است که در تحقیقات اسکیزوتایپی در نظر گرفته می‌شود، چرا که این متغیر می‌تواند پاسخ‌های افراد به مقیاس‌های اسکیزوتایپی را تحت تأثیر قرار دهد (۸). والفرد و استراب (۲) در نوجوانان، گزارش کرده‌اند که دختران نسبت به پسران در عامل تجارب ادراکی غیرمعمول و تفکر سحرآمیز و همچنین در عامل عقاید انتسابی و اضطراب اجتماعی، به طور معنی‌دار نمرات بالایی می‌گیرند ولی در عامل سوطن، تفاوت جنسیتی معنی‌دار وجود ندارد. راولینگز، کلاریج و فریمن (۹) هم گزارش کرده‌اند که زنان در مقایسه با مردان در عامل‌های تفکر سحرآمیز و تجارب ادراکی غیرمعمول مقیاس STA، نمرات بالایی کسب می‌کنند. در مقابل، در عامل اندیشه پردازی پارانوئید هیچ نوع تفاوت جنسیتی دیده نشده است. راین (۱۰) با بکارگیری پرسش‌نامه شخصیت اسکیزوتایپی^{۱۱} (SPQ) هم نشان داد که زنان نمرات بالایی در مقیاس‌های فرعی که علایم مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجند، کسب می‌کنند، در حالی که مردان در مقیاس‌های فرعی که علایم منفی اسکیزوتایپی را اندازه می‌گیرند، نمرات بالایی به دست می‌آورند. این نتایج توسط میلر و برنز (۱۱) و ماتا، ماتایکس - کولز و پراتا (۱۲) نیز تایید شده است. به طور کلی، گزارش شده است که زنان نسبت به مردان در مقیاس‌هایی که ویژگی‌های مثبت اسکیزوتایپی را اندازه می‌گیرند، مقیاس‌هایی مثل مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی (STA)، مقیاس اندیشه پردازی سحرآمیز^{۱۲} و مقیاس آمادگی برای توهم^{۱۳} نمرات بالایی کسب می‌کنند، از طرف دیگر، مردان در مقایسه با زنان در مقیاس‌هایی مثل مقیاس بی‌لذتی اجتماعی^{۱۴} و مقیاس بی‌لذتی جسمانی^{۱۵} که ویژگی‌های منفی اسکیزوتایپی را اندازه می‌گیرند،

⁸ unusual perceptual experiences

⁹ paranoid suspiciousness/social anxiety

¹⁰ magical thinking

¹¹ Schizotypal Personality Questionnaire

¹² Magical Ideation Scale

¹³ Hallucinatory Predisposition

¹⁴ Social Anhedonia Scale

¹⁵ Physical Anhedonia Scale

¹ psychotic

² liability

³ full dimensional

⁴ aberrant perception

⁵ cognitive failures

⁶ introvertive anhedonia

⁷ Schizotypal Trait questionnaire A scale

پرسش‌نامه) 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 این مطالعه عبارت بودند از:

مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA): این مقیاس به منظور سنجش الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی توسط کلاریج در سال ۱۹۸۴ ساخته شده و عمدتاً نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوتایپی را می‌سنجد. STA شامل ۳۷ ماده می‌باشد که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل دارد: عامل‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سوطن پارانوئید/اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز. جکسون و کلاریج (۱۹) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STA، ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز و همکاران (۹) ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۸۵ را برای STA گزارش کرده‌اند. اعتبار هم‌زمان STA با مقیاس روان‌آزردگی پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی ۰/۶۱ گزارش شده است (۹).

هنجاریایی و خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ایران، توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) (۷) انجام گرفته است و اعتبار هم‌زمان این مقیاس و عامل‌های آن با مقیاس روان‌آزردگی فرم تجدید نظر شده پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک EPQ-R به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۰، ۰/۵۵ و ۰/۶۹ گزارش شده است. ضمن این که STA از اعتبار عاملی و افتراقی مطلوبی هم برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی STA در فاصله ۴ هفته‌ای کل مقیاس ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سوطن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ محاسبه گردید.

یافته‌ها

فراوانی شرکت‌کنندگان در طبقات سنی، دانشکده‌های مختلف و نیز توزیع جنسیتی نمونه تحقیق بر حسب دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز در جدول ۱ درج شده است. بر طبق این جدول تعداد زنان شرکت‌کننده (۳۶۹ نفر) با تعداد مردان شرکت‌کننده (۳۸۰ نفر) در این تحقیق قابل مقایسه است. جدول‌های ۲، ۳، ۴ و ۵ یافته‌های توصیفی الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی را در نمونه تحقیقی به حجم ۷۴۹ نفر، بر اساس تفکیک جنسیتی و طبقات سنی مختلف در هر یک از عامل‌ها و نیز کل مقیاس نشان می‌دهند. به دلیل محدودیت نمونه‌گیری به لحاظ سنی، بعضی از طبقات با فراوانی کم روبروست.

نمرات بالایی به دست می‌آورند (۸،۱). تفاوت‌های جنسیتی در اسکیزوتایپی همسو با تفاوت‌های جنسیتی در اسکیزوفرنیا می‌باشد. زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوفرنی مثل توهم و هذیان را بیشتر از مردان و مردان هم نشانه‌شناسی منفی اسکیزوفرنیا مثل کناره‌گیری و انزوای اجتماعی را بیشتر از زنان نشان می‌دهند (۱۳).

در ارتباط با رابطه سن و اسکیزوتایپی، تحقیقات نشان داده‌اند که بین سن و نمرات شخصیت اسکیزوتایپی همبستگی منفی وجود دارد. بنتال، کلاریج و اسلاد (۱۴) بین عامل‌های مثبت شخصیت اسکیزوتایپی و سن همبستگی منفی گزارش کرده‌اند، این یافته توسط کندلر و هویت (۱۵)، کلاریج و همکاران (۱۶) و ونابل و بایلس (۱۷) تکرار شده است. در همین راستا، فوساتی و همکاران (۸) و بادکوک و دراگوویچ (۱) گزارش کرده‌اند که شرکت‌کننده‌های جوان در مقایسه با بزرگ سالان در مقیاس اسکیزوتایپی نمرات بیشتری بدست می‌آورند. همسو با یافته‌های توصیفی اسکیزوفرنیا، تجارب شبه روان‌گسستگی به لحاظ سنی در مردان زودتر از زنان تجربه می‌شود (۱۸).

در ایران فقدان داده‌های کافی در ارتباط با فراوانی الگوهای شخصیت اسکیزوتایپی با در نظر گرفتن انواع فرعی آن در بین دانشجویان ضرورت و اهمیت مطالعه حاضر را می‌رساند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی میزان فراوانی ویژگی‌های شبه روان‌گسستگی اسکیزوتایپی با در نظر گرفتن متغیرهای سن و جنس می‌باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه در یک بررسی زمینه‌یابی انجام شد و از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از کلیه دانشجویان دختر و پسر دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز که از این جامعه آماری ۷۴۹ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. حجم نمونه بر حسب جنس، ۳۶۹ نفر زن و ۳۸۰ نفر مرد می‌باشد. این مطالعه در یک بررسی همبستگی نگر و زمینه‌یابی انجام شده است.

پس از انتخاب کلاس‌ها نخست، محقق خود را به دانشجویان معرفی و هدف تحقیق را بیان کرد. سپس سوالات پرسش‌نامه STA در اختیار آن‌ها قرار داده شد. به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که محدودیت زمانی برای انجام این آزمون وجود ندارد و آن‌ها باید به سوالات مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی جواب بلی-خیر بدهند به منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق شرکت‌کننده‌ها، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای

جدول شماره (۱): فراوانی شرکت کنندگان در طبقات سنی و دانشکده‌ها

کل	جنسیت		سن			
	مؤنث	مذکر	۲۶-۲۹	۲۲-۲۵	۱۸-۲۱	
۶۰	۲۷	۳۳	۲	۲۷	۳۱	معماری
۶۳	۲۰	۴۳	۱۰	۳۵	۱۸	دامپزشکی
۷۴	۳۴	۴۰	۰	۲۰	۵۴	کشاورزی
۶۹	۲۹	۴۰	۸	۲۸	۳۳	مهندسی
۶۷	۳۵	۳۲	۶	۲۲	۳۹	حقوق
۱۳۹	۹۳	۴۶	۰	۵۱	۸۸	علوم تربیتی
۶۸	۴۲	۲۶	۴	۱۸	۴۶	علوم اجتماعی
۱۱۸	۵۴	۶۴	۱۶	۲۴	۷۸	علوم انسانی
۹۱	۳۵	۵۶	۲۵	۴۲	۲۴	علوم پایه
۷۴۹	۳۶۹	۳۸۰	۷۱	۲۶۷	۴۱۱	کل

جدول شماره (۲): یافته‌های توصیفی کل مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی

تعداد	دامنه	انحراف معیار	میانگین	جنس	سن	متغیر شاخص
۸۵	۳۷	۵/۲۸	۱۵/۷۶	مذکر	۱۸-۲۱	شخصیت اسکیزوتایپی
۳۲۶	۳۷	۶/۵۳	۱۶/۶۷	مؤنث		
۴۱۱	۳۷	۶/۲۹	۱۶/۴۸	کل		
۲۳۱	۳۷	۶/۶۴	۱۴/۹۳	مذکر	۲۲-۲۵	
۳۶	۳۷	۴/۰۴	۱۶/۴۷	مؤنث		
۲۶۷	۳۷	۶/۳۷	۱۵/۱۴	کل	۲۶-۳۰	
۶۴	۳۷	۶/۸۴	۱۵/۵۹	مذکر		
۷	۳۷	۰/۹۷	۱۳/۵۷	مؤنث		
۷۱	۳۷	۶/۵۳	۱۵/۳۹	کل	کل	
۳۸۰	۳۷	۶/۳۹	۱۵/۲۳	مذکر		
۳۶۹	۳۷	۶/۲۷	۱۶/۵۹	مؤنث		
۷۴۹	۳۷	۶/۳۷	۱۵/۹۰	کل		

جدول شماره (۳): یافته‌های توصیفی عامل تجارب ادراکی غیرمعمول

تعداد	دامنه	انحراف معیار	میانگین	جنس	سن	متغیر شاخص
۸۵	۹	۱/۷۹	۳/۰۹	مذکر	۱۸-۲۱	عامل تجارب ادراکی غیرمعمول
۳۲۶	۹	۲/۳۵	۳/۳۴	مؤنث		
۴۱۱	۹	۲/۲۵	۳/۲۹	کل		
۲۳۱	۹	۲/۱۰	۳/۱۰	مذکر	۲۲-۲۵	
۳۶	۹	۱/۷۴	۲/۹۷	مؤنث		
۲۶۷	۹	۲/۰۵	۳/۰۸	کل	۲۶-۳۰	
۶۴	۹	۲/۴۳	۲/۹۰	مذکر		
۷	۹	۱/۴۶	۲/۱۴	مؤنث		
۷۱	۹	۲/۳۶	۲/۸۳	کل	کل	
۳۸۰	۹	۲/۰۹	۳/۰۶	مذکر		
۳۶۹	۹	۲/۲۹	۳/۲۸	مؤنث		
۷۴۹	۹	۲/۱۹	۳/۱۷	کل		

جدول شماره (۴): یافته‌های توصیفی عامل سوطن پارانوئید و اضطراب اجتماعی

متغیر شاخص	سن	جنس	میانگین	انحراف معیار	دامنه	تعداد
عامل سوطن پارانوئید و اضطراب اجتماعی	۱۸-۲۱	مذکر	۳/۰۷	۲/۲۹	۱۰	۸۵
		مؤنث	۳/۳۲	۲/۲۳	۱۰	۳۲۶
		کل	۳/۲۷	۲/۲۴	۱۰	۴۱۱
	۲۲-۲۵	مذکر	۲/۷۰	۲/۳۵	۱۰	۲۳۱
		مؤنث	۲/۸۳	۲/۵۴	۱۰	۳۶
		کل	۲/۷۱	۲/۳۷	۱۰	۲۶۷
	۲۶-۳۰	مذکر	۳/۰۱	۲/۲۱	۱۰	۶۴
		مؤنث	۲/۱۴	۲/۶۷	۱۰	۷
		کل	۲/۹۲	۲/۲۵	۱۰	۷۱
	کل	مذکر	۲/۸۳	۲/۳۱	۱۰	۳۸۰
		مؤنث	۳/۲۵	۲/۲۷	۱۰	۳۶۹
		کل	۳/۰۴	۲/۳۰	۱۰	۷۴۹

جدول شماره (۵): یافته‌های توصیفی عامل تفکر سحرآمیز

متغیر شاخص	سن	جنس	میانگین	انحراف معیار	دامنه	تعداد
عامل تفکر سحرآمیز	۱۸-۲۱	مذکر	۵/۳۵	۱/۷۳	۸	۸۵
		مؤنث	۵/۴۶	۱/۷۷	۸	۳۲۶
		کل	۵/۴۳	۱/۷۶	۸	۴۱۱
	۲۲-۲۵	مذکر	۴/۹۶	۱/۹۰	۸	۲۳۱
		مؤنث	۶/۲۷	۱/۵۹	۸	۳۶
		کل	۵/۱۴	۱/۹۱	۸	۲۶۷
	۲۶-۳۰	مذکر	۵/۱۴	۲/۲۰	۸	۶۴
		مؤنث	۵/۴۲	۲/۵۰	۸	۷
		کل	۵/۱۶	۲/۲۱	۸	۷۱
	کل	مذکر	۵/۰۸	۱/۹۲	۸	۳۸۰
		مؤنث	۵/۵۴	۱/۷۸	۸	۳۶۹
		کل	۵/۳۰	۱/۸۶	۸	۷۴۹

اضطراب اجتماعی ($p < ۰/۰۱$) و همچنین عامل تفکر سحرآمیز ($p < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد و در هر سه مورد میانگین گروه مؤنث بیشتر از گروه مذکر می‌باشد. اطلاعات این جدول حاکی از آن است که در عامل تجارب ادراکی غیرمعمول بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p < ۰/۱۷$).

برای مقایسه نمرات گروه‌های مؤنث و مذکر در الگوهای شخصیتی اسکیزوتایپی از آزمون t استودنت برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ قابل مشاهده است. این جدول نشان می‌دهد تفاوت نمرات دو گروه در کل مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی ($p < ۰/۰۳$) و نیز عامل سوطن پارانوئید و

جدول شماره (۶): مقایسه گروه‌های مؤنث و مذکر در مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی و عامل‌های مربوطه

متغیرها شاخص‌ها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معنی‌داری
شخصیت اسکیزوتایپی	مذکر	۳۸۰	۱۵/۲۲	۶/۳۹	-۲/۹۲	۷۴۶	۰/۰۰۳
	مؤنث	۳۶۹	۱۶/۵۹	۶/۲۷			
تجارب ادراکی غیرمعمول	مذکر	۳۸۰	۳/۰۶	۲/۰۹	-۱/۳۴	۷۴۷	۰/۱۷
	مؤنث	۳۶۹	۳/۲۸	۲/۲۹			
سوظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی	مذکر	۳۸۰	۲/۸۳	۲/۳۱	-۲/۵۰	۷۴۷	۰/۰۱
	مؤنث	۳۶۹	۳/۲۵	۲/۲۷			
تفکر سحرآمیز	مذکر	۳۸۰	۵/۰۸	۱/۹۲	-۳/۳۷	۷۴۷	۰/۰۰۱
	مؤنث	۳۶۹	۵/۵۳	۱/۷۸			

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که در بین نمونه‌های غیر بالینی متشکل از دانشجویان، دامنه گسترده‌ای از صفات اسکیزوتایپی وجود دارد. تحقیق حاضر برای الگو و طبقه بندی ابعادی اختلالات روانی به ویژه روان‌گسستگی تأییدات پژوهشی فراهم می‌کند؛ همسو با این الگو، نتیجه گرفته می‌شود که ویژگی‌های روان‌گسستگی منحصرأ اختصاص به طبقه خاصی از بیماران ندارد، بلکه به عنوان بخشی از آرایش روان شناختی و زیست شناختی، الگوهای آن در بین واریانس‌های فردی نوع بشر وجود دارد. لذا آمادگی برای اسکیزوفرنیا در جمعیت دارای توزیع پیوستاری می‌باشد (۲۰). اهداف رویکرد آمادگی - روان‌گسستگی^۱، کشف افراد به‌هنگار با استعداد پنهان برای اسکیزوفرنیاست که آن‌ها را در خطر بالای ابتلای بیماری قرار می‌دهد (۲۱). به طور خلاصه، اهمیت یافته‌های این بخش از مطالعه حاضر در پرتو نتایج مطالعاتی که به بررسی ویژگی‌های روان‌گسستگی در پیوستاری از به‌هنگاری- بیماری پرداخته‌اند، وضوح بیشتری می‌یابد.

هر چند که افراد مورد پژوهش در نمونه مرد و زن از نظر سنی متفاوت بودند، اما سن بر تغییرات نمرات اثر نداشت، لذا می‌توان تأثیر تفاوت سن نمونه‌های مورد پژوهش را تأثیری قابل اغماض دانست. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی (۸، ۱) همسو نمی‌باشد. از این رو به نظر می‌رسد که این عدم هماهنگی احتمالاً مربوط به تفاوت در دامنه سنی نمونه‌های حاضر در پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی می‌باشد. مثلاً در پژوهش بادکوک و دراگوویچ (۱) شرکت‌کننده‌ها در دامنه سنی ۱۸-۷۹ قرار داشتند، در حالی که دامنه سنی مطالعه حاضر ۱۸-۲۹

می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت نمونه‌های مطالعه آن‌ها در مراحل رشدی متفاوتی قرار داشتند و این امر امکان مقایسه و مشاهده تفاوت را بهتر فراهم می‌کرد، در حالی که نمونه‌های مطالعه حاضر تقریباً متعلق به یک مرحله رشدی هستند.

جدول شماره ۶ تفاوت بین نمرات گروه مؤنث و مذکر را نشان می‌دهد. بر این اساس، میانگین نمرات گروه مؤنث در کل STA به طور معنی‌داری بیشتر از گروه مذکر است که آسیب‌پذیری بیشتر زنان را نسبت به اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا نشان می‌دهد. در عامل اول، یعنی تجارب ادراکی غیرمعمول تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. این یافته با یافته‌های قبلی همسوئی ندارد چرا که تحقیقات پیشین نمرات بالایی را برای گروه مؤنث در عامل تجارب ادراکی غیرمعمول گزارش کرده‌اند. در عامل‌های دوم و سوم (عامل سوطن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و عامل تفکر سحرآمیز) میانگین نمرات گروه مؤنث به طور معنی‌دار بیشتر از گروه مذکر می‌باشد، در حالی که مطالعات قبلی نشان داده‌اند که گروه مؤنث در عامل تفکر سحرآمیز نمرات بیشتری از گروه مذکر کسب می‌کنند در صورتی که در عامل سوطن پارانوئید هیچ تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نمی‌شود (۲، ۹). بر این اساس، در رابطه با عامل تفکر سحرآمیز یافته‌های این مطالعه با مطالعات قبلی همسو می‌باشد، ولی در ارتباط با عامل سوطن پارانوئید این طور نیست. در تبیین این تفاوت احتمالاً می‌توان به تفاوت در نوع گروه نمونه و میانگین سنی آن‌ها در مطالعات مختلف اشاره کرد، مثلاً بررسی والفرد و استراب (۲) با گروه نوجوانان با میانگین سنی ۱۵/۶ و راولینگز و همکاران (۹) هم در گروه بزرگ سالان انجام گرفته است در حالی که مطالعه حاضر در نمونه جوان با میانگین سنی ۲۴ سال صورت گرفته است. همچنان که والفرد و استراب (۲) عنوان کرده‌اند که ممکن است نشانه شناسی اسکیزوتایپی در مقاطع سنی مختلف متفاوت باشد، احتمالاً می‌توان این استدلال

^۱ psychosis-proneness approach

این اساس پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی نمونه خود را از جامعه‌ای انتخاب کنند تا تأثیرات ناشی از این محدودیت را کنترل نمایند. دیگر اینکه، این پژوهش روی دانشجویان انجام گرفته و بنابراین تعمیم پذیری نتایج به گروه‌های دیگر اجتماعی را با مشکل روبرو می‌سازد. با توجه به این که انواع روان‌گسستگی در افراد با تحصیلات بالا شیوع کمتری دارد بنابراین، احتمال دارد الگوهای شبه روان‌گسستگی اسکیزوتایپی نیز در این گروه در مقایسه با طبقات اجتماعی- فرهنگی پایین کم‌تر دیده شود.

را در تبیین تفاوت بین دو گروه مؤنث و مذکر در مقاطع سنی مختلف نیز پذیرفت. به طور کلی، این پژوهش تا حدودی با پژوهش‌هایی که گزارش کرده‌اند زنان نسبت به مردان در مقیاس‌هایی که ویژگی‌های مثبت اسکیزوتایپی را اندازه می‌گیرند (۱۲-۸، ۲، ۱)، نمرات بیشتری کسب می‌کنند، همسو می‌باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

مطالعه حاضر از دو نظر دارای محدودیت می‌باشد که هر دو مربوط به نمونه آماری می‌شود؛ یکی اینکه، با توجه به ماهیت نمونه، در بعضی از طبقات سنی با فراوانی پایین مواجه بودیم، بر

References:

1. Badcock JB, Dragovic M. Schizotypal personality in mature adults. *Pers Indiv Differ* 2006;40: 77-85.
2. Wolfradt U, Struabe ER. Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Pers Indiv Differ* 1998; 24: 201-6.
3. Torgersen S, Edvardsen J, Øien PA, Onstad S, Skre I, Lygren S et al. Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum. *Schizophr Res* 2002;54: 33-8.
4. Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimension in normal and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophr Res* 2002; 54: 67-75.
5. Tsung MT, Stone WS, Tarbox SI, Faraone SV. An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implication for research on treatment and prevention. *Schizophr Res* 2002; 54: 169-75.
6. Goulding A. Schizotypy models in relations to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Pers Indiv Differ* 2004; 37: 157-67.
7. Mohammadzadeh A, Goodarzi MA, Taghavi MR, Mollazadeh M. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of Schizotypal Personality Scale (STA). *J Psychol* 2007; 41: 3-27. (Persian)
8. Fossati A, Raine A, Carreta I, Leonardi B, Maffei C. The three-factor model of schizotypal personality: invariance across age and gender. *Pers Indiv Differ* 2003; 35: 1007-19.
9. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Pers Indiv Differ* 2001;31: 409-19.
10. Raine, A. Sex differences in schizotypal personality in a nonclinical population. *J Abnorm Psychol* 1992; 101: 361-4.
11. Miller LS, Burns SA. Gender differences in schizotypic features in a large sample of young adults. *J Nerv Ment Disord* 1995; 183: 657-61.
12. Mata I, Mataix-Cols D, Peralta V. Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Pers Indiv Differ* 2005; 38: 1183-92.
13. Maric N, Krabbendam L, Vollebergh W, de Graaf R, van Os J. Sex differences in symptoms of psychosis in a non-selected, general population sample. *Schizophr Res* 2003; 63: 89-95.
14. Bentall RP, Claridge GS, Slade PD. The multidimensional nature of schizotypal traits: a factor analytic study with normal subjects. *Brit J Clin Psychol* 1989; 28: 363-75.

15. Kendler KS, Hewitt JK. The structure of self-report schizotypy in twins. *J Pers Disord* 1992; 6: 1-17.
16. Claridge GS, McCreery C, Mason O, Bentall R, Boyle G, Slade P, Popplewell D. The factor structure of 'schizotypal' traits: a large replication study. *Brit J Clin Psychol* 1996; 35: 103-15.
17. Venables PH, Bailes K. The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia to sex and age. *Brit J Clin Psychol* 1994; 33: 277-94.
18. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen H, van Os J. Sex differences in psychosis: normal or pathological? *Schizophr Res* 2003; 62: 42-9.
19. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *Brit J Clin Psychol* 1991; 30: 311-23.
20. Bedwell HB, Donnelly RS. Schizotypal personality disorder or prodromal symptoms of schizophrenia? *Schizophr Res* 2005; 80: 263-9.
21. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bul* 1994; 20: 151-68.