مقاله پژوهشی

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

دکتر علی محمدزاده*[1]، دکتر مسعود قربانعلی پور[2]، دکتر روحیه نیساری[3]

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

چکیده

پیش زمینه و هدف: رویکرد ابعادی روان‌گسستگی، نشانه‌های روان‌گسستگی 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 روان‌گسستگی 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 روان‌گسستگی تائیدات پژوهشی بیشتری فراهم می‌نماید.

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

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ٤٦٦-٤٥٩، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی

Email: ali.mohammadzadeh@gmail.com

مقدمه

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 به این حیطه 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[4] مبین درجاتی از خطر می‌باشد (۲).

[1] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور استان آذربایجان شرقی

[2] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوی

[3] پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[4] stress-vulnerability model

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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 روان گسسته[1] و افراد غیر روان گسسته در ابعاد مختلف می‌باشد (۳). اسکیزوتایپی معمولاً نوعی آمادگی[2] برای اسکیزوفرنیا در نظر گرفته می‌شود (۴). این آمادگی با آسیب‌های عصب شناختی، عصب زیست شناختی، روان پزشکی و روان شناسی اعصاب در خویشاوندان درجه اول غیر روان گسسته و غیراسکیزوتایپی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص است (۵). علاوه بر این، در الگوی ابعادی کامل[3] 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 آسیب شناسی روانی همچون اختلال‌های دوقطبی و وسواسی - جبری را نیز شامل می‌شود (۴). الگوی ابعادی روان‌گسستگی، نشانه‌های بالینی بیماران را به عنوان تظاهرات اغراق آمیز 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 سازه‌ای 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[4] 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 نارسائی های شناختی[5] مثل انسداد فکر و مشکلات توجهی است که در ترکیب با یکدیگر باعث افزایش اضطراب اجتماعی می‌شوند. سومین عامل، بی لذتی درون‌گرایانه[6] است که شکل خفیف و غیر بالینی علایم منفی روان‌گسستگی مثل کناره گیری اجتماعی و ناتوانی در تجربه لذت است. در ایران (۷) با استفاده از مقیاس شخصیت اسکیزوتایپی[7] (STA) سه عامل را برای علایم مثبت اسکیزوتایپی شناسایی کرده‌اند: نخستین عامل به عقاید و ادراکات منحرف 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 و عامل "تجارب ادراکی غیرمعمول[8]" نام دارد. دومین عامل اسکیزوتایپی، شکل غیر بالینی ترکیبی از برخی نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنیا را شامل می‌شود که عامل "سوظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی[9]" نام دارد. سومین عامل علایم مثبت، "تفکر سحرآمیز[10]" نام دارد که شکل خفیف و غیر بالینی آشفتگی در درک رابطه منطقی بین عناصر واقعیت در اسکیزوفرنیاست.

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 سوظن، 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[11] (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 پرالتا (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[12] و مقیاس آمادگی برای توهم[13] نمرات بالایی کسب می‌کنند، از طرف دیگر، مردان در مقایسه با زنان در مقیاس‌هایی مثل مقیاس بی لذتی اجتماعی[14] و مقیاس بی لذتی جسمانی[15] که ویژگی‌های منفی اسکیزوتایپی را اندازه می‌گیرند،

[1] psychotic
[2] liability
[3] full dimensional
[4] aberrant perception
[5] cognitive failures
[6] introvertive anhedonia
[7] Schizotypal Trait questionnaire A scale

[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

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

نمرات بالایی به دست می‌آورند (۸،۱). تفاوت‌های جنسیتی در اسکیزوتایپی همسو با تفاوت‌های جنسیتی در اسکیزوفرنیا می‌باشد. زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا نشانه شناسی مثبت اسکیزوفرنی مثل توهم و هذیان را بیشتر از مردان و مردان هم نشانه شناسی 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 شرکت کننده‌های 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 زمینه یابی 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 نمونه گیری 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 زمینه یابی 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 شرکت کننده‌ها، هم به صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به صورت کتبی (بالای 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 نشانه شناسی 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، سوظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز. جکسون و کلاریج (۱۹) ضریب پایائی بازآزمائی 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 روان آزردگی پرسش‌نامه شخصیتی آیزنک (EPQ) در فرهنگ اصلی ۰/۶۱ گزارش شده است (۹).

هنجاریابی و خصوصیات روان سنجی این مقیاس در ایران، توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) (۷) انجام گرفته است و اعتبار هم‌زمان این مقیاس و عامل‌های آن با مقیاس روان آزردگی 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 باز آزمایی STA در فاصله ۴ هفته‌ای کل مقیاس۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های تجارب ادراکی غیرمعمول، سوظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و تفکر سحرآمیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۵ و ۰/۵۹ محاسبه گردید.

یافته‌ها

فراوانی شرکت کنندگان 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 شرکت کننده (۳۶۹ نفر) با تعداد مردان شرکت کننده (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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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

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

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

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

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

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

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

جدول شماره (۴): یافته‌های توصیفی عامل سوظن پارانویید و اضطراب اجتماعی

متغیر شاخص	سن	جنس	میانگین	انحراف معیار	دامنه	تعداد
عامل سوظن پارانویید 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

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 سوظن پارانوئید و 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 ($p< ۰/۱۷$).

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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	۱۵/۲۳	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 تائیدات پژوهشی فراهم می‌کند؛ همسو با این الگو، نتیجه گرفته می‌شود که ویژگی‌های روان‌گسستگی منحصراً 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[1]، کشف افراد به هنجار 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 به هنجاری- 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) شرکت کننده‌ها در دامنه سنی ۷۹-۱۸ قرار داشتند، در حالی که دامنه سنی مطالعه حاضر ۲۹-۱۸ 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 آسیب پذیری 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 سوظن پارانوئید و اضطراب اجتماعی و عامل تفکر سحرآمیز) میانگین نمرات گروه مؤنث به طور معنی‌دار بیشتر از گروه مذکر می‌باشد، در حالی‌که مطالعات قبلی نشان داده‌اند که گروه مؤنث در عامل تفکر سحرآمیز نمرات بیشتری از گروه مذکر کسب می‌کنند در صورتی‌که در عامل سوظن 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 سوظن 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

[1] psychosis-proneness approach

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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 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.

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 whith 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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]