

ساختار ابعادی علایم اسکیزوفرنیا و رابطه آن با سرشت و منش

صلاح الدین اسمعیلی^{۱*}، عباس پورشهباز^۲، بهروز دولتشاهی^۳، امیدرضایی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران salah.esmaeili@gmail.com

^۲ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

^۳ دکترای تخصصی روانپزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی ساختار ابعادی علایم اسکیزوفرنیا و بررسی روایی سازه این ابعاد با استفاده از مولفه‌های سرشت و منش صورت گرفت. در این پژوهش گذشته‌نگر ۷۱ بیمار اسکیزوفرنیا مورد مطالعه قرار گرفت. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، ابزارهای مقیاس ارزیابی علایم مثبت و منفی (آندریاسن، ۱۹۸۴ آ و ب) و فرم کوتاه پرسشنامه سرشت و منش (کلونینجر، ۱۹۹۴) به کار برده شد. ساختار ابعادی علایم با روش آماری تحلیل عناصر اصلی و رابطه ابعاد شناسایی شده با مولفه‌های سرشت و منش با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. ساختار ابعادی علایم بیماران اسکیزوفرنیا بر روی چهار عامل بارگیری شد. این ابعاد عبارت بودند از روانپریشی، آشفته، بیان کاهش یافته و ارتباط مختل. رابطه ابعاد شناسایی شده با مولفه‌های سرشت و منش به این صورت بود که: روانپریشی با نوجویی و خودفراروی رابطه مثبت داشت؛ بیان کاهش یافته با آسیب پرهیزی رابطه مثبت و با خودراهبری و همکاری رابطه منفی داشت و ارتباط مختل نیز با خودراهبری و همکاری رابطه منفی داشت. ابعاد شناسایی شده همسو با پژوهش‌هایی است که در این زمینه انجام گرفته است. روابط میان این ابعاد با مولفه‌های سرشت و منش روایی خوب این سازه‌ها را نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا؛ ساختار ابعادی علایم؛ مولفه‌های شخصیت؛ سرشت و منش؛ روایی سازه

مقدمه

در تدوین DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) خاطرنشان شده است که هیچ مفروضه‌ای مبنی بر اینکه مقولات تشخیصی ارائه شده برای اختلالات، ماهیت‌های متمایزی را بیان می‌کنند وجود ندارد. در رابطه با اسکیزوفرنیا یک تعریف عملیاتی تدارک دیده اند که این اختلال را به صورت کیفی (غیرابعادی) از جمعیت سالم و از تشخیص‌های دیگر متمایز می‌کند. با این وجود یافته‌های پژوهشی از این دو امر حمایت نمی‌کند (الاردیس، گابل، زلاسک و وان اس، ۲۰۰۷). علاوه بر این، موارد تاندون و همکاران (۲۰۰۹) به ناکارآمدی بالینی و پژوهشی انواع فرعی سنتی اسکیزوفرنیا اشاره می‌کنند و پیشنهاد می‌دهند که این طبقه بندی کنار گذاشته شود.

محدودیت‌های سیستم طبقه بندی مقوله ای روانپریشی و اسکیزوفرنیا منجر به انجام پژوهش‌هایی برای ارائه یک طبقه بندی جایگزین شده است. در این راستا یکی از رویکردها، شناسایی ابعاد آسیب شناسی روانی با استفاده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی است (هلزر و همکاران، ۲۰۰۸). بیشتر مطالعات در این زمینه بر مبنای مقیاس‌های ارزیابی علائم مثبت و منفی انجام گرفته است (SAPS و SANS؛ آندریاسن، ۱۹۸۴ آ و ب). نتایج این مطالعات، نشان دهنده وجود حداقل سه بعد متمایز در این بیماری شامل منفی، آشفته و روان پریشی (پیرالتا و کیوستا، ۱۹۹۹) یا پنج بعد متمایز می باشد که در مورد اخیر بعد منفی به دو عامل مجزا به نام‌های بیان کاهش یافته و ارتباط مختل تقسیم می‌شود. از سوی دیگر، بعد روان‌پریشی به دو بعد مجزا به نام‌های توهم‌های شنوایی و هذیان‌های غریب تقسیم می‌شود (ویلاتتا و همکاران، ۲۰۰۶). از

سوی دیگر، برای اینکه به طور دقیق‌تر تعداد ابعاد مشخص شود لازم است پژوهش‌هایی به منظور بررسی روایی مدل‌های پیشنهادشده انجام گیرد. در این راستا یک راه بررسی رابطه این ابعاد با شخصیت است. مدل زیستی روانی اجتماعی کلونینجر می‌تواند برای جدا کردن سهم مختص به مکانیزم‌های زیستی سرشت از سهم مختص به فرایندهای شکل گرفته محیطی منش در ظهور ابعاد علایم اسکیزوفرنیا مفید باشد (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴). جیولم و همکاران (۲۰۰۲) رابطه مدل‌های ابعادی را با سرشت و منش بر روی بیمارانی که دوره حاد بیماری را پشت سر گذاشته بودند بررسی کردند. اما پژوهش‌هایی گزارش داده‌اند که الگوی روابط درونی ابعاد علایم و تظاهر ساختار علایم در بیمارانی که در مرحله حاد قرار دارند با بیمارانی که این مرحله را پشت سر گذاشته‌اند تفاوت دارد (لیدل، ۱۹۸۷).

بنا بر آنچه ذکر شد هدف این پژوهش از یک سو بررسی ساختار ابعادی علایم بیمارانی است که در مرحله حاد بیماری قرار دارند و از سوی دیگر بررسی رابطه ساختار ابعادی علایم با مولفه‌های سرشت و منش به منظور تعیین روایی سازه این ابعاد است.

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

جامعه پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند که در بیمارستان بستری شده بودند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان: تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا؛ استقرار در مرحله حاد بیماری و معیارهای خروج شرکت‌کنندگان: سن کمتر از هجده و بالاتر از پنجاه و نه سال؛ بیماری عصب شناختی در گذشته یا اکنون؛ عدم همکاری در آغاز فرایند آزمون‌گیری؛ وجود عقب ماندگی ذهنی؛ الکتروشوک درمانی در دوره اخیر بود. برای این پژوهش از روش نمونه‌گیری قضاوتی استفاده شد. حجم نمونه هفتاد و یک نفر بود. به دلیل یک سری مشکلات در هنگام اجرای پژوهش، پرسشنامه سرشت و منش بر روی بیست نفر از آزمودنی‌ها اجرا نشد. پژوهش حاضر از نوع مقطعی و گذشته‌نگر بود که در دو فاز انجام گرفت. فاز اول: با روش تحلیل عناصر اصلی، ساختار ابعادی علایم اسکیزوفرنیا در ایران مورد بررسی قرار گرفت. فاز دوم: با روش همبستگی، رابطه ساختار ابعادی علایم اسکیزوفرنیا با ابعاد سرشت و منش مورد مطالعه قرار گرفت.

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامه سرشت و منش: شامل ۱۲۵ عبارت است و فرد باید در مقابل هر عبارت واژه " صحیح یا غلط " را علامت بزند. پرسشنامه سرشت و منش شامل ۴ مؤلفه سرشتی (نوجویی، آسیب پرهیزی، وابستگی به پاداش و پشتکار) و ۳ مؤلفه منش (خود راهبری، همکاری و خود فراروی) و در مجموع ۲۵ مقیاس است. پرسشنامه سرشت و منش از روایی و اعتبار لازم در شناسایی موارد اختلالات شخصیت در بیماران روانی بستری و سرپایی برخوردار است. همچنین با توجه به نیمرخ‌های TCI تفاوت‌های بالینی در نشانگان مرضی اختلال‌های مختلف قابل تشخیص هستند (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴). مقیاس ارزیابی علایم مثبت و منفی برای این طراحی شده‌اند که یک ارزیابی جزء نگر از علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا فراهم کنند و ممکن است به طور مجزا یا پشت سر هم مورد استفاده قرار گیرند. حیطه‌هایی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرند شامل توهم‌ها، هذیانها، رفتارهای غریب و اختلال تفکر برای مقیاس ارزیابی علایم مثبت سطحی شدن عاطفی، فقر کلام، بی تفاوتی، فقدان لذت و بی توجهی برای مقیاس ارزیابی علایم منفی می‌شوند. هر ابزار در برگیرنده گویه‌های مستحکمی است که هر کدام از ۰ تا ۵ نمره گذاری می‌شود؛ بنابراین نمره کلی برای هر کدام از مقیاس‌های ارزیابی علایم مثبت و منفی در دامنه ۰ تا ۱۵۰ قرار می‌گیرد. هر یک باید توسط یک متخصص بالینی با تجربه درجه بندی شود و حدود ۳۰ دقیقه برای کامل شدن نیاز دارند. اگر مصاحبه‌کنندگان آموزش دیده باشند اعتبار درونی خوب تا عالی وجود دارد و همچنین هر مقیاس پیوستگی درونی بالایی دارند. روایی آنها با دیگر ابزارهای سنجش شدت علایم مورد حمایت قرار گرفته است (SAPS و SANS؛ آندریاسن، ۱۹۸۴ و ب).

فرم اطلاعات بیمار: این فرم به منظور این کار پژوهشی طراحی شد که شامل اطلاعاتی در باره کد بیمار، سن، جنس، میزان تحصیلات بیمار، طول مدت از شروع بیماری، طول مدت دوره اخیر بیماری و طول مدت بستری بیمار در بیمارستان بود.

مصاحبه تشخیصی روانپزشکی: توسط یک روانشناس بالینی به صورت غیرساختاریافته انجام شد تا تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا گذاشته شود و نوع آن مشخص شود.

شیوه اجرا

ابتدا با مراجعه به پرونده روانپزشکی بیماران در بیمارستانی که در آن بستری شده بودند آزمودنی‌هایی که تشخیص اولیه اسکیزوفرنیا را دریافت نموده بودند و بنا به نظر روانپزشک معالج هنوز مرحله حاد بیماری خود را در دوره اخیر سپری نکرده بودند انتخاب شدند. بعد از اعلام رضایت آزمودنی‌های انتخاب شده برای شرکت در پژوهش، هر کدام به طور انفرادی در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول یعنی در هفته‌های اول بستری در بیمارستان، توسط یک روانشناس بالینی کارآمخته مصاحبه تشخیصی به منظور تشخیص قطعی اسکیزوفرنیا و انواع فرعی اسکیزوفرنیا انجام شد و مقیاس‌های ارزیابی علایم مثبت و منفی برای هر کدام از آزمودنی‌ها اجرا شد. ضمن اینکه در مواردی که لازم بود، از پرونده بیماران برای تکمیل اطلاعات استفاده شد. در مرحله دوم، در هنگامی که علایم مرحله فعال بیماری تسکین پیدا کرده و بنا به تشخیص روانپزشک، بیمار آماده ترخیص از بیمارستان بود، پرسشنامه سرشت و منش برای هر بیمار اجرا شد.

نتایج

تحلیل عناصر اصلی آیتم‌های مربوط به یک به یک خرده‌مقیاس‌ها انجام گرفت. خرده‌مقیاس‌هایان بر روی سه عامل، خرده‌مقیاس‌های توهّم‌ها، رفتار غریب و عدم تکلم بر روی دو عامل بارگیری شدند. خرده‌مقیاس‌های اختلال فرم فکر، سطحی شدن عاطفه، بی‌تفاوتی، فقدان لذت و توجه تک عاملی بودند.

سپس مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های اصلاح شده به وسیله تحلیل عناصر اصلی، با چرخش واریماکس، تحلیل شدند. اندازه‌های کفایت نمونه‌گیری برابر شد با ۰/۷۰۵ و مقدار احتمال با آزمون بارتلت کمتر از ۰/۰۱ به دست آمد. این شاخص‌ها و بقیه شاخص‌ها نشان دادند که متغیرها توانایی عاملی شدن خوبی دارند. چهار عنصر با مقدار ویژه بزرگتر از یک یافته شدند؛ نمودار سنگریزه نیز چهار عنصر را تایید کرد. مقادیر ویژه این چهار عنصر بعد از چرخش به ترتیب عبارتند از: ۳/۰۹، ۲/۵۴، ۲/۳۱، ۱/۸۰. این چهار عنصر ۶۹/۷۰ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند.

جدول ۱. تحلیل عناصر اصلی مجموع نمره‌های خرده‌مقیاس‌های اصلاح شده

عامل ۴	عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	
۰/۲۷	-۰/۲۴	-۰/۰۸	۰/۸۱	سطحی شدن عاطفه
۰/۲۴	-۰/۰۳	-۰/۰۷	۰/۸۷	عامل ۱ عدم تکلم
۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۳۴	۰/۷۷	توجه
۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۴۸	عامل ۲ رفتار غریب
۰/۱۱	-۰/۰۴	۰/۸۹	۰	عامل ۱ رفتار غریب
-۰/۰۱	-۰/۱۵	۰/۹۲	-۰/۰۲	اختلال فرم فکر
-۰/۰۱	-۰/۰۶	۰/۷۲	۰/۳۶	عامل ۲ عدم تکلم
-۰/۱۷	۰/۶۹	-۰/۲۴	-۰/۱۵	عامل ۱ توهّم
-۰/۱۰	۰/۷۹	۰/۱۱	۰/۲۲	عامل ۲ توهّم
۰/۴۵	۰/۵۵	۰/۰۲	-۰/۳۸	عامل ۱ هذیان
۰	۰/۴۲	-۰/۳۱	-۰/۵۶	عامل ۲ هذیان
-۰/۲۱	۰/۷۳	-۰/۱۷	-۰/۱۹	عامل ۳ هذیان
۰/۸۱	-۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۲۰	بی تفاوتی
۰/۸۳	-۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۲۵	فقدان لذت

جدول ۲. رابطه هر یک از ابعاد علایم اسکیزوفرنیا با مولفه های سرشت با روش همبستگی پیرسون

پشتکار	وابستگی به پاداش	آسیب پرهیزی	نوجویی	
۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۵۴**	روانپرسی
۰/۰۳	-۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۱۵	آشفته
۰/۲۲	-۰/۲۰	۰/۳۹**	-۰/۰۵	بیان کاهش یافته
-۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۲۵	-۰/۰۲	ارتباط مختل

** بیانگر سطح معنی داری با میزان آلفای کمتر از ۰/۰۱ است.

جدول ۳. رابطه هر یک از ابعاد علایم اسکیزوفرنیا با مولفه های منش با روش همبستگی پیرسون

خودفراری	خودراهبری	همکاری	
۰/۴۹**	-۰/۲۳	۰/۱۷	روانپرسی
-۰/۲۳	-۰/۰۲	۰/۰۱	آشفته
-۰/۲۲	-۰/۳۶**	-۰/۴۳**	بیان کاهش یافته
-۰/۰۷	-۰/۳۶**	-۰/۵۱*	ارتباط مختل

** بیانگر سطح معنی داری با میزان آلفای کمتر از ۰/۰۱ است.

بحث

در این پژوهش که تحلیل عناصر اصلی در سطح خرده مقیاس های اصلاح شده انجام گرفت پژوهش هایی که تحلیل را در سطح گویه ها انجام داده اند (ویالانتا و همکاران، ۲۰۰۶) نسبت به پژوهش هایی که تحلیل خود را در سطح نمره های کلی هر خرده مقیاس، بدون اصلاح انجام داده اند تعداد عناصر بیشتری به دست آمد. تحلیل عناصر اصلی یک به یک خرده مقیاس ها نشان داد که همسو با تعدادی از پژوهش ها، خرده مقیاس های توهم ها، هذیان ها، رفتار غریب و عدم تکلم ناهمگون هستند.

رابطه مثبت میان روانپرسی با نوجویی با نقش بیش فعالی دوپامینرژیک در ظهور علایم مثبت پیوستگی دارد. رابطه مثبت میان بعد بیان کاهش یافته با آسیب پرهیزی با پژوهش قبلی مرتبط (گیولم و همکاران، ۲۰۰۲)، همسو نیست. این مسئله می تواند به دلیل تفاوت در آزمودنی هایی باشد که مورد مطالعه قرار گرفتند. در علایم مثبت ارتباط بعد روانپرسی با نوجویی و عدم ارتباط بعد آشفته با مولفه های سرشت، همچنین در علایم منفی رابطه بعد بیان کاهش یافته با آسیب پرهیزی و فقدان رابطه معنی دار ارتباط مختل با هیچ کدام از مولفه های سرشت نشان می دهند که مدل به دست آمده در این پژوهش در مقایسه با مدل اولیه علایم مثبت و منفی دارای قوام بیشتری است.

تحلیل همبستگی میان ابعاد علایم و مولفه های منش نشان داد که ابعاد علایم به گونه متفاوتی با ابعاد منش رابطه دارند. در حالیکه بعد آشفته با هیچ کدام از مولفه های منش رابطه ندارد، بعد روانپرسی رابطه مثبت با خودفراری دارد و ابعاد بیان کاهش یافته و ارتباط مختل رابطه منفی با مولفه های خودراهبری و همکاری دارند. این یافته ها تا حد زیادی با پژوهش های قبلی همخوانی دارد. گیولم و همکاران (۲۰۰۲) گزارش دادند که بعد روانپرسی با خودفراری رابطه مثبت دارد ولی به رابطه ای میان ابعاد بیان کاهش یافته و ارتباط مختل با مولفه های منش نرسیدند. این اختلاف نسبی در نتایج ممکن است به خاطر این باشد که ساختارهای ابعادی علایم متفاوتی در این پژوهش ها مورد مطالعه قرار گرفته است. مطابق با مفروضه های نظریه کلونینجر (۱۹۹۴) این نتایج نشان می دهد که این علایم طبیعت انطباقی و تحولی دارند. علاوه بر ابعاد بیان کاهش یافته و ارتباط مختل، بعد روانپرسی هم رابطه منفی نزدیک به سطح معنی داری با مولفه خود راهبری دارد. خود راهبری پایین

بیانگر یک شخصیت ناپخته است که فاقد اصل سازمان دهی درونی است. خودفراروی بالا در بعد روان‌پریشی نشان دهنده افرادی است که تحمل ابهام بالایی دارند و ممکن است تفکر جادویی را تجربه کنند. این امر با مفهوم رایج روان‌پریشی مطابقت خوبی دارد. همکاری پایین در ابعاد بیان کاهش یافته و ارتباط مختل می‌تواند بیانگر نقص در توانایی همدلی، خودمحوری، خصومت و کناره‌گیری اجتماعی باشد با مفهوم این ابعاد همخوانی دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این موارد قابل ذکر است: عدم سنجش اثر متغیرهای دموگرافیک و عدم امکان استفاده از گویه‌های مقیاس ارزیابی علایم مثبت و منفی به صورت تک به تک برای انجام تحلیل آماری به دلیل حجم نمونه پایین؛ و ریزش تعدادی از آزمودنی‌ها برای ارزیابی سرشت و منش. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای بررسی ساختار ابعادی علایم اسکیزوفرنیا بر روی گویه‌های مقیاس ارزیابی علایم مثبت و منفی تحلیل آماری انجام گیرد؛ اثر متغیرهای دموگرافیک بر نتایج تعیین شود؛ و سودمندی بالینی مدل ابعادی برای تشخیص اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- Allardyce, J., Gaebel, W., Zielasek, J., & Van Os, J. (2007). Deconstructing psychosis conference February 2006: the validity of schizophrenia and alternative approaches to the classification of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 863.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Andreasen, N. C. (1984a). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. University of Iowa, Iowa City, IA.
- Andreasen, N. C. (1984b). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. University of Iowa, Iowa City, IA.
- Cloninger C. R., Przybeck T. R., Svrakic D. M., & Wetzel R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis, Missouri USA: Center for Psychobiology of personality.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debruille, J.B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, 56, 137–147.
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H., Sirovatka, P. J., & Regier, D. R. (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive–negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry* 151, 145-151.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1999). Dimensional structure of psychotic symptoms: an item-level analysis of SAPS and SANS symptoms in psychotic disorders. *Schizophr. Res.*, 38, 13-26.
- Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Ochoa, S., Dolz, M., Usall, J., Haro, J., et al. (2006). Four symptom dimensions in outpatients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 47(5), 384-388.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.