

October-November 2021, Volume 9, Issue 4

Relationship between Traumatic Childhood Experiences and Schizotypal Personality Traits: The Mediating Role of Dissociative Experiences and Intolerance of Uncertainty

Dorna Nabizadeh Asl¹, Qasem Ahi^{2*}, Fatemeh Shahabizadeh³, Ahmad Mansouri⁴

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University of Neyshabur, Iran.

Corresponding Author: Qasem Ahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: Ahigh1356@yahoo.com

Received: 27 Feb 2021

Accepted: 23 Aug 2021

Abstract

Introduction: Schizotypal traits can lead to disturbance in social and personal functioning and are a prodromal risk factor for developing psychosis. Therefore, the present study aimed to investigate the mediating role of dissociative experiences and intolerance of uncertainty in the relationship between traumatic childhood experiences and schizotypal personality traits.

Methods: The research was descriptive-correlational. The statistical population consisted of all students of Islamic Azad University of Birjand in the academic year of 2019-2020, whose number was 5200 people. The sample size was 400 people who were selected by cluster random sampling method. In order to data gathering, childhood trauma questionnaire (CTQ), dissociative experiences scale (DES), intolerance of uncertainty scale (IUS) and schizotypal personality questionnaire- Brief Form (SPQ-BF) was used. The present research data were analyzed using SPSS and LISREL software and the structural equation modeling method.

Results: The results of this study showed that dissociative experiences and intolerance of uncertainty mediated the relationship between traumatic childhood and schizotypal personality traits. In addition, this model has a good fit.

Conclusions: The results of the present study support the mediating role of dissociative experiences and intolerance of uncertainty in the relationship between traumatic childhood experiences and schizotypal personality traits. These results emphasize the need to pay attention to these structures and consider their role by specialists, therapists, and planners when working with students and especially in counseling and treatment centers.

Keywords: Dissociative disorders, Schizotypal personality disorder, Traumatic, Uncertainty.

رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال: نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی

دورنا نبی زاده اصل^۱، قاسم آهی^{۲*}، فاطمه شهبانی زاده^۳، احمد منصوری^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

ایمیل: ahigh1356@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۸

چکیده

مقدمه: صفات اسکیزوتایپال می‌توانند منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی و شخصی شوند و پیش‌درآمد بروز اختلال‌های طیف روان‌پریشی باشند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ تشکیل دادند (N=۵۲۰۰). حجم نمونه ۴۰۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه آسیب دوران کودکی، مقیاس تجارب تجزیه‌ای، مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال-فرم کوتاه استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و با کمک روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی میانجی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال هستند. علاوه بر این مدل از برازش مناسبی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر از نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال حمایت می‌کند. این نتایج بر لزوم توجه به این سازه‌ها و در نظر گرفتن نقش آن‌ها توسط متخصصان، درمانگران و برنامه‌ریزان به هنگام کار با دانشجویان و به طور خاص در مراکز مشاوره‌ای و درمانی تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال‌های تجزیه‌ای، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، بالاتکلیفی، آسیب‌زا.

مقدمه

است که نمی‌توان تشخیص اختلال‌های روان‌پریشی بر آن‌ها گذاشت (۲). صفات اسکیزوتایپال می‌توانند سبب اختلال در عملکرد اجتماعی و شخصی شوند و عامل خطرسازی برای پیدایش اختلال‌های طیف روان‌پریشی و اختلال‌های مرتبط در افراد عادی باشند (۳). همچنین با اضطراب، افسردگی، معلولیت و کیفیت زندگی مرتبط‌اند و در نتیجه موضوعی ارزشمند برای مطالعه‌اند (۴).

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال با علائم شناختی-ادراکی (باورهای غیرمعمول، بدگمانی/پارانویا، اختلال‌های ادراکی، تفکر عطفی)، بین فردی (اضطراب اجتماعی، نداشتن دوستان نزدیک، عاطفه محدود) و ناسامان (رفتار و گفتار غیرمعمول) مشخص می‌شود (۱). اسکیزوتایپی نیز شامل مجموعه‌ای از علائم شناختی، اجتماعی/عاطفی و رفتاری

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی متعددی در شکل‌گیری اختلال‌های شخصیت ازجمله شخصیت اسکیزوتایپال نقش دارند. یکی از این عوامل تجارب آسیب‌زا و نامطلوب دوره کودکی است (۵، ۶، ۷). آسیب دوره کودکی به تجارب آسیب‌زای قبل از ۱۸ سالگی اشاره دارد و شامل سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی و همچنین غفلت می‌شود (۶). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آسیب‌های دوران کودکی با علائم شخصیت اسکیزوتایپال (۸، ۹، ۱۰، ۱۱)، روان‌پریشی و تجارب شبه سایکوتیک (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) و توهم و هذیان (۱۶) در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مرتبط هستند. اگرچه رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی با نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال و روان‌پریشی به‌خوبی تأیید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. دیدگاه‌های نظری نیز بر نقش میانجی سوگیری‌های شناختی، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجانی، تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی در رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای زندگی با بروز اختلال‌های شخصیت و روان‌پریشی تأکید کرده‌اند (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸). تجارب تجزیه‌ای را فقدان یکپارچگی در افکار، احساس‌ها و تجارب خودآگاه و حافظه فرد تعریف کرده‌اند (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه معناداری بین تجارب تجزیه‌ای و شبه سایکوتیک هم در نمونه‌های بالینی و هم غیر بالینی وجود دارد (۱۹). Brausam (۲۰) گزارش کرد که تجارب تجزیه‌ای رابطه معناداری با همه اختلال‌های شخصیت بزرگسالان دارای تجارب آسیب‌زای کودکی دارد. Varese و همکاران (۲۱) بیان کردند که سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی در مقایسه با سایر آسیب‌ها تأثیر بیشتری بر آمادگی برای توهم دارد. Gibson و همکاران (۱۲) دریافتند که مکانیسم‌های مبتنی بر شناخت شامل طرح‌واره‌های منفی، استرس دریافتی و تجارب تجزیه‌ای رابطه بین مواجهه با آسیب دوران کودکی و تجارب شبه سایکوتیک را میانجی می‌کنند. Anglin و همکاران (۲۲) گزارش کردند که برجسته‌سازی غیرعادی محرک‌ها و تجارب تجزیه‌ای رابطه بین رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی و تجارب شبه سایکوتیک را میانجی می‌کنند. Yamasaki و همکاران (۱۸) دریافتند که تجارب تجزیه‌ای

رابطه بین قربانی همسالان شدن و تجارب توهم‌زا میانجی می‌کنند. Perona-Garcelan و همکاران (۲۳) بیان نمودند که دو بعد تجارب تجزیه‌ای، یعنی زوال شخصیت و جذب، نقش میانجی در رابطه بین آسیب دوران کودکی و آمادگی برای توهم، بازی می‌کنند. بااین‌حال برخی پژوهش‌ها دریافتند که تجارب تجزیه‌ای رابطه بین آسیب کودکی و تجارب شبه سایکوتیک را در گروه‌های نژادی مختلف یا گروه‌های آمریکایی آسیایی تبار میانجی نمی‌کنند و اهمیت پژوهش‌های بیشتر در این زمینه را برجسته می‌سازند (۲۲).

متغیر میانجی دیگر این پژوهش تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی است. این سازه تأثیر مهمی بر عملکرد و پیش‌آگهی افراد مبتلا به روان‌پریشی دارد و حتی می‌تواند منجر به علائم خاصی شود (۲۴). تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به دشواری تحمل تجارب مبهم اطلاق می‌شود و می‌تواند باعث ایجاد طیف وسیعی از پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری با هدف اجتناب از تجارب منفی شود (۱۷). به عبارت دیگر، نوعی سوگیری شناختی است که چگونگی تفسیر و واکنش افراد به موقعیت‌های مبهم را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۵). Lebert و همکاران (۲۶) معتقدند که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به حفظ تفکر پارانوئید کمک می‌کند و ممکن است در درمان پارانوئیا و هذیان‌گزند و آسیب بیماران روان‌پریش مقاوم به درمان مهم باشد. صدیقی و همکاران (۲۷) دریافتند که بین عوامل فراتشخصی ازجمله تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و نشانگان سایکوتیک رابطه وجود دارد و اجتناب تجربی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی پیش‌بینی‌کننده نشانگان سایکوتیک بیماران اسکیزوفرن هستند. Bottesi و همکاران (۲۸) گزارش کردند که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی پیش‌بینی‌کننده عاطفه منفی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. Bredemeier و همکاران (۲۴) گزارش کرد که نمره تحمل‌ناپذیری با درماندگی‌های هیجانی شامل اضطراب، افسردگی و درماندگی‌های هیجانی، کیفیت زندگی، کارکرد کلی و هذیان‌های افراد مبتلا به روان‌پریشی همبسته است. Startup و همکاران (۲۹) نشان دادند که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای فراشناختی مرتبط با نیاز به کنترل افکار با پارانوئیا و نگرانی افراد دارای هذیان‌های گزند و آسیب مرتبط است. این سازه رابطه‌ای

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری جزو پژوهش‌های توصیفی بود. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.BUMS.REC.1398.002 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد بیرجند در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ ($N=5200$) تشکیل داد. حداقل حجم نمونه برای مدل یابی ۲۰۰ نفر است. همچنین پیشنهاد شده است که گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف، ۲۰۰ نفری به نسبت مناسب، ۳۰۰ نفری خوب، ۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است (۳۵). بر این اساس حجم نمونه ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد و برای انتخاب نمونه روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به کار رفت. بدین منظور در مرحله اول فهرست رشته‌های موجود در دانشگاه آزاد بیرجند مشخص و در سه گروه رشته‌های فنی (زیرمجموعه رشته‌های مهندسی شامل برق، عمران، مکانیک، کامپیوتر، مهندسی شیمی، ریاضی و غیره) رشته‌های تجربی و پزشکی (کشاورزی، پرستاری، مامایی، بهداشت و دامپزشکی) و رشته‌های علوم انسانی (حقوق، روان‌شناسی، مدیریت، حسابداری، الهیات، تربیت بدنی، زبان و ادبیات فارسی و غیره) قرار گرفتند. سپس رشته‌هایی که احتمال حضور دانشجو در آن‌ها بسیار کم بود از فهرست حذف شدند و در مجموع ۱۵ رشته که احتمال حضور دانشجو در آن‌ها بیشتر بود، انتخاب شدند. سپس زیر گرایش‌های هر رشته مورد نظر قرار گرفت و سعی شد با توجه به تعداد زیر گرایش‌ها در برخی از رشته‌ها از جمله روان‌شناسی، مدیریت و حقوق حداقل بین ۵۰ تا ۶۰ نفر و در زیرمجموعه‌ها با دانشجویان کمتر بین ۱۰ تا ۱۵ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال-فرم کوتاه (Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: این پرسشنامه ابزاری خود گزارشی که توسط Raine و Benishay ساخته شده است. دارای ۲۲ ماده است و به صورت بلی/خیر درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره‌ها ۰ تا ۲۲ است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس نارسایی‌های بین فردی، نارسایی‌های

مثبتی با باورهای فراشناختی در مورد صداهای توهمی و مؤلفه‌های آن دارد (۳۰). مدل‌های پدیدار شناختی، شناختی و عصب زیست‌شناختی نیز بیان نموده‌اند که یکی از عوامل خطر ساز بروز روان‌پریشی، تفسیر و ارزیابی نادرست تجارب یا رویدادها است؛ بنابراین تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی می‌تواند با روان‌پریشی رابطه داشته باشد (۳۱). اگرچه پژوهشی به‌طور مستقیم نقش میانجی تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی را در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال بررسی نکرده بود، اما تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی و میانجی در رابطه با بعضی از سازه‌های روان‌شناختی از جمله رفتارهای خودزنی (۳۲) و اختلال اضطراب فراگیر (۳۳) بررسی شده است.

هدف از مطالعه حاضر ادغام یافته‌های حاصل از مطالعات مربوط به رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های روان‌پریشی با توجه به نقش تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی به منظور ایجاد مدلی بود که بتواند مکانیسم‌های مربوط به این رابطه را تبیین کند. در این مدل فرض می‌شود که اثر مستقیم رویدادهای آسیب‌زای زندگی بر صفات شخصیت اسکیزوتایپال از طریق تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی میانجی می‌شود. از طرف دیگر یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی آسیب‌شناسی روانی بررسی ویژگی‌هایی است که افراد را نسبت به اختلال‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازد؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر این ویژگی‌ها، برای پیشگیری از ایجاد نشانگان بالینی و تجارب سایکوتیک مهم است. پژوهش بر روی ویژگی‌های روان‌پریشی در جمعیت عمومی ممکن است یک فرصت مهم برای مطالعه شاخص‌های زیست‌شناختی و شناختی آسیب‌پذیری به روان‌پریشی را فراهم کند که اثرات مخدوش‌کننده بستری‌های طولانی‌مدت در بیمارستان و علائم روان‌پریشی شدید در آن وجود ندارد. درک رابطه بین تجارب آسیب‌زا و ناملایمات دوران کودکی، تجارب شبه سایکوتیک و اختلال‌های شخصیت می‌تواند به یافتن درمان‌های مؤثرتر برای آسیب‌های روانی کمک کند (۳۴). از این رو این پژوهش در نظر دارد تا نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی را در رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی با ویژگی‌های شخصیت اسکیزوتایپال بررسی کند.

ادراکی- شناختی و شفتگی است. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی ملاکی آن نیز ۰/۳۴ تا ۰/۷۳ بوده است (۳۶). اعتبار نسخه فارسی آن گزارش به روش همسانی درونی (۰/۸۳-۰/۶۶) و بازآزمایی (۰/۸۳-۰/۹۴) شده است (۳۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و سه خرده مقیاس نارسایی‌های بین فردی، ادراکی- شناختی و آشفستگی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ بود.

پرسشنامه آسیب دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و توسط Fink و Bernstein ساخته شده است. در این پرسشنامه از شرکت‌کننده‌ها خواسته می‌شود تا فراوانی بدرفتاری‌های دوران کودکی توسط والدین را بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی کنند. دامنه نمره‌ها ۲۸ تا ۱۴۰ است. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس سوء رفتار هیجانی، غفلت هیجانی، سوء رفتار جسمی، غفلت جسمی و سوء رفتار جنسی است. اعتبار آزمون برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۶۶ و ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۸). ابراهیمی و همکاران (۳۹) اعتبار آزمون و خرده مقیاس‌هایش را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ بود.

مقیاس تجارب تجزیه‌ای (Dissociative Experiences Scale): این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد و توسط Bernstein و Putnam ساخته و سپس توسط Mazzotti و همکاران مجدد هنجاریابی شده است. همچنین، تجارب تجزیه‌ای را با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از صفر تا ۱۰ درجه بندی می‌کند. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۱۰۰ است. این مقیاس دارای سه مؤلفه است: (۱) تجارب مجذوب شدگی، (۲) تجارب فراموشی و تجارب گسست از واقعیت- گسست از خویشتن. ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۴۰). اعتبار ($I=0/90$) و روایی همگرای نسخه فارسی آن مناسب بوده است (۴۱). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و چهار

خرده مقیاس استنتاج‌های زود هنگام، سوگیری غیر منعطف باورها، توجه به تهدید و سوگیری‌های اسناد بیرونی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale): مقیاسی ۱۲ ماده‌ای است که توسط Carleton و همکاران ساخته شده است. هریک از مواد این مقیاس بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً مرا توصیف نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً مرا توصیف می‌کند) درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمره‌ها بین ۵ تا ۶۰ است. اعتبار آزمون به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل، خرده مقیاس اضطراب آینده‌نگر و اضطراب بازدارنده به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۴۲). صدیقی، منصوری و طالبی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و دو خرده مقیاس اضطراب آینده‌نگر و اضطراب بازداشتی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۸۴ محاسبه شد. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و LISREL نسخه ۸/۸ و به کمک روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۵۰۰ پرسشنامه توزیع‌شده ۴۰۰ پرسشنامه وارد تحلیل شدند. از این تعداد ۲۵۸ نفر (۶۳/۵۰ درصد) دختر و ۱۴۲ نفر (۳۶/۵۰ درصد) پسر هستند. از مجموع ۴۰۰ نفر، ۵۹ نفر (۱۴/۷۵ درصد) زیر ۲۰ سال، ۱۰۷ نفر (۲۶/۷۵ درصد) بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۸۱ نفر (۲۰/۲۵ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۷۶ نفر (۱۹/۰۰ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۷۷ نفر (۱۹/۲۵ درصد) ۳۶ سال و بالاتر سن دارند. برای نتایج آزمون کلوموگروف اسمیرنوف نشان داد هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. در بررسی مفروضه‌های مدل محققان معتقدند که یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری مدل‌های لیزرل را ناروا نمی‌کند. همچنین همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده فقدان هم خطی بودن چندگانه است. ضرایب همبستگی (جدول ۱) بیان‌کننده تأیید فرضیه فقدان هم خطی بودن چندگانه است.

جدول ۱: مفروضه نرمال بودن متغیرهای پژوهش

آزمون کلموگروف اسمی رنوف برای نرمال بودن					
متغیر	آماره	سطح معنی داری	متغیر	آماره	سطح معنی داری
سوء استفاده جسمانی	۰/۰۵۴	۰/۰۹۸	تجربیات مجذوب شدگی	۰/۰۴۸	۰/۲۶۴
سوء استفاده جنسی	۰/۰۶۱	۰/۰۳۲	تجربیات فراموشی	۰/۰۵۰	۰/۲۱۴
سوء استفاده هیجانی	۰/۰۴۸	۰/۲۵۴	تجربیات مسخ واقعیت- مسخ شخصیت	۰/۰۴۶	۰/۳۴۵
غفلت هیجانی	۰/۰۶۳	۰/۰۲۶	نارسایی های ادراکی شناختی	۰/۰۶۱	۰/۰۳۲
غفلت جسمانی	۰/۰۵۵	۰/۰۷۲	نارسایی های بین فردی	۰/۰۶۵	۰/۰۱۲
اضطراب آینده نگر	۰/۰۵۴	۰/۱۲۴	آشفته گی	۰/۰۶۴	۰/۰۱۶
اضطراب بازداشتی	۰/۰۵۹	۰/۰۷۲			
تجارب آسیب زای کودکی			تجارب تجزیه ای		
تحمل ناپذیری			نشانه های		
بلاتکلیفی			شخصیت		
			اسکیزوتایپال		

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین تجارب آسیب زای دوره کودکی، تجارب تجزیه ای، تحمل ناپذیری و بلاتکلیفی و نشانه های شخصیت اسکیزوتایپال

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱												
۲	۰/۷۳**	۱											
۳	۰/۷۵**	۰/۵۹**	۱										
۴	۰/۶۶**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	۱									
۵	۰/۵۹**	۰/۵۷**	۰/۵۴**	۰/۵۵**	۱								
۶	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۱							
۷	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۳۳**	۰/۴۲**	۰/۶۹**	۱						
۸	۰/۲۸**	۰/۳۵**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۷۲**	۰/۷۶**	۱					
۹	۰/۴۳**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۳۹**	۰/۴۰**	۰/۳۶**	۱				
۱۰	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۴۱**	۰/۳۴**	۰/۳۸**	۰/۳۲**	۰/۵۷**	۱			
۱۱	۰/۳۵**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۵۷**	۰/۵۴**	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۴۰**	۱		
۱۲	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۲۸**	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۵۰**	۰/۴۴**	۰/۴۵**	۰/۴۰**	۰/۳۳**	۰/۶۶**	۱	
۱۳	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۳۸**	۰/۵۴**	۰/۵۱**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۶۶**	۰/۵۱**	۱
میانگین	۹/۵۲	۸/۷۲	۷/۵۹	۹/۸۹	۸/۶۴	۴۴/۹۶	۲۳/۶۸	۱۵/۵۷	۱۷/۸۳	۱۲/۹۵	۳/۲۲	۳/۰۲	۲/۱۸
انحراف استاندارد	۵/۱۲	۵/۳۶	۵/۵۴	۵/۷۲	۵/۶۵	۳۲/۰۳	۲۰/۲۵	۱۳/۷۱	۸/۳۹	۵/۶۸	۲/۸۲	۲/۶۶	۱/۹۹

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

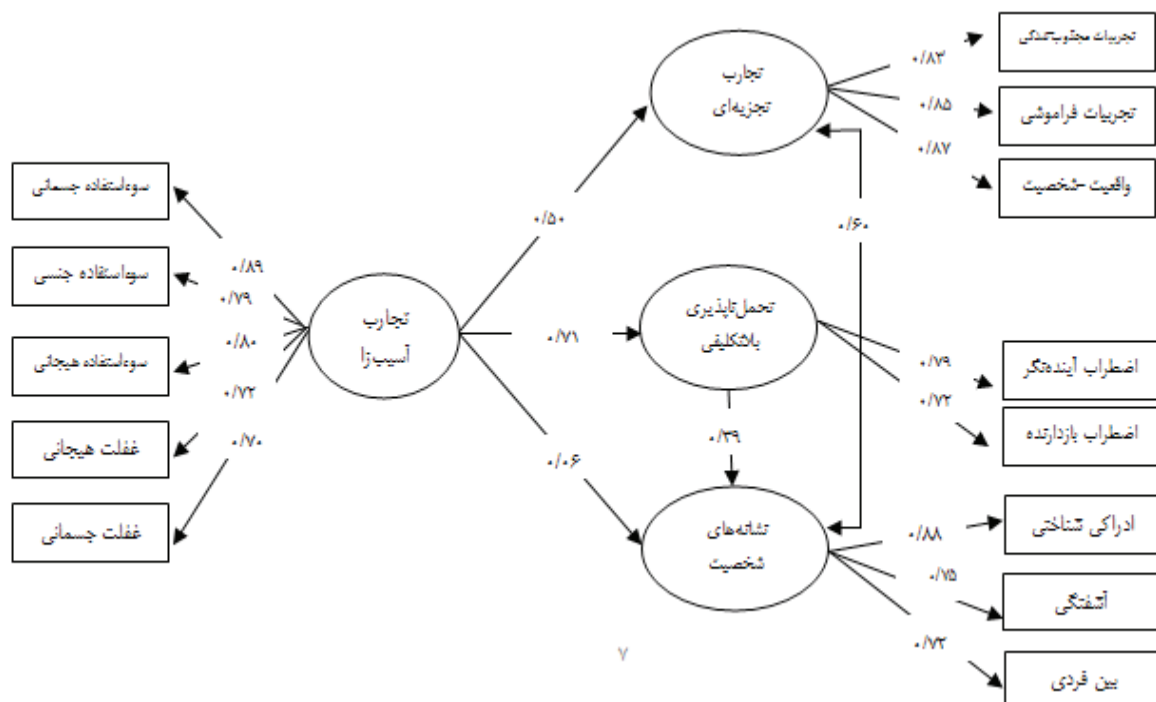
نکته: ۱- سوء استفاده جسمانی، ۲- سوء استفاده جنسی، ۳- سوء استفاده هیجانی، ۴- غفلت هیجانی، ۵- غفلت جسمانی، ۶- تجربیات مجذوب شدگی، ۷- تجربیات فراموشی، ۸- گسست از خویشتن- گسست از واقعیت، ۹- اضطراب آینده نگر، ۱۰- اضطراب بازدارنده، ۱۱- نارسایی های ادراکی شناختی، ۱۲- نارسایی های بین فردی، ۱۳- آشفته گی

نتایج (جدول ۲) نشان داد که بین متغیرهای پژوهش رابطه معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). بیشترین همبستگی مربوط به رابطه بین مؤلفه تجارب فراموشی با گسست از خویشتن- واقعیت است. کمترین همبستگی بین نارسایی های بین فردی و غفلت هیجانی است. به منظور بررسی نقش میانجی تجارب تجزیه ای و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در رابطه بین تجارب آسیب زای دوره کودکی و نشانه های

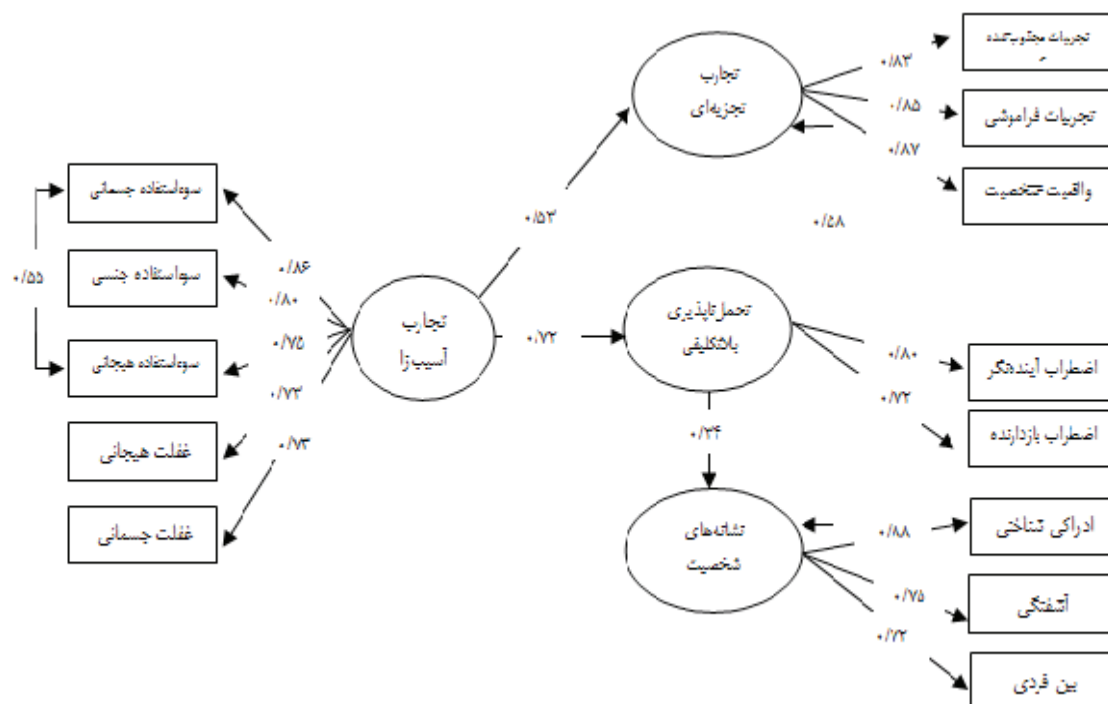
شخصیت اسکیزوتایپال از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. ضرایب مسیر مدل در (شکل ۱) ارائه شده است. طبق شکل ۱ اثر مستقیم تجارب آسیب زای دوران کودکی بر تجارب تجزیه ای ($t = 9.55, \beta = 0.50, p < 0.01$)، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی ($t = 11.82, \beta = 0.71, p < 0.01$) مثبت و معنی دار و بر نشانه های شخصیت اسکیزوتایپال ($t = 0.72, \beta = 0.06, p > 0.05$) مثبت و غیر معنی دار

با حذف مسیر مستقیم تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال و اتصال مسیر خطای سوءاستفاده جسمانی به استفاده هیجانی مقدار χ^2 به میزان ۲۱/۳۸ کاهش و در نتیجه به مدل برازش یافته نزدیک‌تر می‌شود. شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش، شاخص برازش نسبی و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر $(p=0/00001)$ ۱۴۶/۹۴، ۰/۹۹، ۰/۹۸، ۰/۹۸، ۰/۹۵، ۰/۹۹، ۰/۹۷ و ۰/۶۰ به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌ها است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که به ترتیب ۰/۲۸ و ۰/۵۲ درصد از واریانس مشاهده شده در تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترین از طریق تجارب آسیب‌زای دوره کودکی تبیین می‌شود. به علاوه ۶۱ درصد واریانس مشاهده شده در نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال از طریق ترکیب متغیرهای تجارب آسیب‌زای دوره کودکی، تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترین قابل تبیین است.

است. تجارب تجزیه‌ای ($t=10/70$ ، $\beta=0/60$ ، $p<0/01$) و تحمل‌ناپذیری بالاترین ($t=4/66$ ، $\beta=0/39$ ، $p<0/01$) به‌طور مستقیم، مثبت و معنی‌دار نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین اثرات غیرمستقیم و اثرات کل تجارب آسیب‌زای دوران کودکی از طریق تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترین بر نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال به ترتیب ($\beta=0/58$ ، $p<0/01$) و ($t=7/49$ ، $\beta=0/52$ ، $p<0/01$) مثبت و معنی‌دار است. شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، نیکویی برازش، شاخص برازش نسبی و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر $(p=0/00001)$ ۱۶۸/۳۲، ۰/۹۸، ۰/۹۷، ۰/۹۷، ۰/۹۸، ۰/۹۴، ۰/۹۷ و ۰/۶۷ بود. شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کمتر از ۰/۸۰ باشد، مدل برازش شده از برازش به نسبت مطلوبی برخوردار است. با توجه به پایین بودن برخی شاخص‌ها، اصلاح مدل انجام شد (شکل ۲).



شکل ۱: مدل برازش شده مربوط به نقش تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترین در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال



شکل ۲. مدل اصلاح شده مربوط نقش میانجی نقش تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال

بحث

مشکلات در تنظیم هیجان‌ها، بلکه مشکلات دیگر از جمله تجارب تجزیه‌ای و باورهای منفی در مورد خود و دیگران را افزایش می‌دهد (۱۳). در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت که اختلال در دلبستگی منجر به تجارب تجزیه‌ای و چندپارگی خود می‌شود. آسیب‌های جدی دوران کودکی مثل خطر از دست دادن و یا مرگ مادر و یا سوءاستفاده هیجانی، جسمی، جنسی و غفلت نسبت به کودک سبب افزایش خطر تجارب تجزیه‌ای و اختلال شخصیت مرزی می‌شوند (۴۴).

رابطه بین آسیب دوران کودکی و تجارب تجزیه‌ای با این نظریه حمایت می‌شود که تجارب تجزیه‌ای یک واکنش بالقوه محافظتی در برابر حوادث آسیب‌زای دوران کودکی هستند که می‌توانند تعمیم یافته و مشکل‌ساز شوند. همچنین به نوجوانی و بزرگسالی گسترش یابند (۱۶). آسیب می‌تواند خطر تجربه ادراکات و باورهای عجیب و غریب را افزایش دهد و این ادراکات و باورهای عجیب و غریب اغلب با تجارب تجزیه‌ای (گسست از خویش/گسست از واقعیت) همراه است. مشخص شده است که افراد مبتلا به خوسه A اختلال‌های شخصیت به احتمال بیشتری یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند و تجارب تجزیه‌ای را به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی بکار برده‌اند (۲۰). به علاوه مطالعات

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال انجام شد. یافته‌های مربوط به رابطه مستقیم تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی با یافته‌های قبلی (۱۲، ۸، ۱۶، ۲۰، ۳۲، ۴۳) همسو است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تجارب آسیب‌زا و آزاردهنده دوران کودکی و شکل‌گیری سبک‌های پاسخ ناسازگارانه به‌احتمال بیشتری به مشکلات روان‌شناختی بعدی از جمله اختلال‌های خلقی و سایکوتیک منجر می‌شود (۲۵). Brausam (۲۰) الگوهای معنی‌دار و روشنی از روابط بین تجارب تجزیه‌ای، اختلال‌های شخصیت و عصب‌شناختی را گزارش کرد. Gibson و همکاران (۱۲) دریافتند که مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای زندگی تجارب تجزیه‌ای را افزایش می‌دهد. یافته‌های Sun و همکاران (۱۶) نشان داد که شدت بیشتر آسیب کودکی با گزارش تجارب تجزیه‌ای بیشتر همراه است. Yamasaki و همکاران (۱۸) گزارش کردند که قربانی همسالان شدن با تجارب تجزیه‌ای همبسته است. مطالعات مرتبط با سایر فرایندهای رشدی دوران کودکی نشان داده است که سبک‌های دلبستگی ناایمن نه تنها

زیستی نشان داده است که تجارب تجزیه‌ای از اختلال در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال ناشی می‌شود و می‌تواند ناشی از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نوجوانی باشند (۱۸).

Hayward و همکاران (۴۳) گزارش کردند که تجارب منفی اوایل کودکی می‌تواند بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و شفافیت خود پنداره تأثیر بگذارد. Francis (۴۵) نشان داد که رویدادهای استرس‌زای زندگی منجر به تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی می‌شوند. در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت که در طول دوره کودکی، روابط ناکارآمد کودکان با مراقبین آزارگر-سوء استفاده‌کننده ادامه پیدا می‌کند. این روابط ناکارآمد ناتوانی افراد در پیش‌بینی پاسخ مراقبین به نیازها و رفتارهای آن‌ها را تقویت می‌کند و احساس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به خاطر عدم اطمینان از توانایی پیشگیری از رویدادهای آسیب‌زای مشابه افزایش می‌یابد (۲۸). این موضوع با این ایده مرتبط است که تحمل‌ناپذیری غیرقابل پذیرش است و به عنوان یک طرح‌واره ناسازگار اساسی می‌تواند پردازش و ارزیابی اطلاعات را تحت تأثیر قرار دهد و بنابراین در رشد و حفظ آسیب‌شناسی روانی نقش دارد (۳۱). مطابق با نظریه ذهنیت اجتماعی گیلبرت باورهای فراشناختی منفی با نظام تنظیم هیجانی خود حمایتی/تهدید که با رویدادهای آسیب‌زا فعال می‌شود، مرتبط می‌باشد. این باعث می‌شود تا بلاتکلیفی به عنوان یک تهدید ارزیابی شود و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی افزایش یابد (۳۰)؛ بنابراین هنگامی که عوامل خطرزای مختلف از جمله تجارب آسیب‌زا رخ دهد رشد سالم را تحت فشار قرار می‌دهد و راه را برای ایجاد اختلال شخصیت بعدی هموار می‌کند (۷). یافته‌های مربوط به رابطه مستقیم تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی با نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال با یافته‌های قبلی (۱۶، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۲۸) همسو است. به علاوه Gibson و همکاران (۱۲) دریافتند که تجارب تجزیه‌ای، تجارب شبه سایکوتیک را افزایش می‌دهد. یافته‌های Sun و همکاران (۱۶) نشان داد که افزایش تجارب تجزیه‌ای با سطوح بالاتری از توهم و هذیان همراه است. Yamasaki و همکاران (۱۸) گزارش کردند که تجارب تجزیه‌ای به‌طور معنی‌داری با تجارب توهمی همبسته هست. یافته‌های Evans و همکاران (۴۶) نشان داد که گروه‌های مبتلا به روان‌پریشی به‌طور معنی‌داری تجارب تجزیه‌ای بیشتری را گزارش می‌کنند.

این دیدگاه که تجارب تجزیه‌ای شامل از هم پاشیدگی ساختاری عملکردهای ذهنی است، زمینه نظری را برای این یافته‌ها فراهم می‌کند. تجارب تجزیه‌ای به‌عنوان منبع ایجاد اختلال در شناخت عمل می‌کنند و تجارب ناپهنجاری چون اختلال در شناخت و خود-آگاهی را ایجاد می‌کنند (۱۶). بدین ترتیب که هم روان‌پریشی و هم تجارب تجزیه‌ای شامل قطع ارتباط بین بخش‌های مغز و خرده نظام‌های مسئول تفکر، احساس، ادراک و هویت هستند و هر دو اغلب در مشکلات مربوط به تشخیص بین واقعیت درونی و بیرونی نقش دارند (۴۷). به عبارتی رابطه بین تجارب تجزیه‌ای و روان‌پریشی بعد از روی دادن آسیب این‌طور قابل تبیین است که تجارب تجزیه‌ای ناشی از رویدادهای آسیب‌زا توانایی شخص برای آزمون واقعیت را از طریق تضعیف لنگرگاه‌های درونی و بیرونی مختل می‌کنند و فرد را مستعد ابتلا به توهم و تفکر هذیانی می‌کنند (۱۶). همچنین Lebert و همکاران (۲۶) معتقدند رابطه بین تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، نشخوار فکری و ایده‌های پارانویایی نشان می‌دهد که مشکل در تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی یک عامل مهم برای رشد روان‌پریشی است. یافته‌های صدیقی و همکاران (۲۷) نیز نشان می‌دهد که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی با سطوح بالاتر علائم مثبت، منفی و علائم کلی روان‌پریشی مرتبط است. در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی سوگیری در استدلال را که در شکل‌گیری توهم و هذیان‌ها نقش دارد، افزایش می‌دهد و یک عامل مهم برای ایجاد و گسترش آشفتگی‌های خاص از جمله اضطراب و نقص در افراد مبتلا به روان‌پریشی است (۲۴). افرادی با تحمل‌ناپذیری بیشتر رویدادهای مبهم و نامشخص را تهدیدآمیز درک کنند و احتمال بیشتری است تا از این رویدادها اجتناب کنند. اجتناب منجر به فرصت کمتری برای جمع‌آوری شواهدی می‌شود که به اصلاح باور پارانوئید کمک می‌کند و انزوای اجتماعی، احتمال خلق پایین و نشخوار فکری را افزایش می‌یابد (۲۶). در مقابل چنین افرادی انگیزه بیشتری برای یافتن توضیحی در مورد تجارب ناهنجار خود دارند و بنابراین ممکن است بر اساس حداقل شواهد نتیجه‌گیری و استنتاج کنند (افزایش خطر ابتلا به باورهای هذیانی)؛ بنابراین، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی منجر به سوگیری شناختی می‌شود که عامل خطر ابتلا به روان‌پریشی است (۲۴). یافته‌های مربوط به نقش میانجی و مدل پیشنهادی پژوهش

روان‌پریشی در زمینه آسیب که معتقدند تجارب نابهنجار کودکی و تفسیرهای غیرقابل قبول فرهنگی از این تجارب ناهنجار، اساس توهم و هذیان است، از چنین یافته‌هایی حمایت می‌کند (۱۶).

Hayward و همکاران (۴۳) معتقد است که شفایت خود پنداره و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی تحت تأثیر تجارب ناگوار دوره کودکی‌اند و هر دو ممکن است در رشد آسیب‌های روانی بعدی زندگی مانند نشانگان افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس-اجبار و اضطراب اجتماعی نقش داشته باشند. قادری و همکاران (۳۲) گزارش کردند که رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و رفتارهای خودزنی از طریق تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی میانجی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت ممکن است تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی بالایی داشته باشند و آموخته‌اند تا برای مدیریت بالاتکلیفی و تنظیم هیجان‌های منفی خود به سبک‌های مقابله‌ای تکانشی تکیه کنند. آن‌ها ممکن است سعی نمایند تا با بالاتکلیفی ناشی از محیط‌های اولیه غیرقابل پیش‌بینی و ناپایدار کنار بیایند و این سبب سطوح بالاتری از تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی می‌شود؛ بنابراین منطقی است فرض کنیم که افراد مبتلا به اختلال شخصیت رفتارهای آشفتگی نظیر خود آسیبی، مصرف الکل و مواد، باورها و تجارب نامعمول، آشفتگی شناختی و ادراکی را برای غلبه بر هیجان‌های منفی‌شان و مقابله با بالاتکلیفی گزارش می‌کنند (۲۸).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. این پژوهش یک مطالعه گذشته‌نگر، مقطعی و با رویکرد همبستگی بود و بنابراین، اجازه استنباط روابط علی را نمی‌دهد. مطالعات آینده با اتخاذ طرحی طولی، بهتر می‌توانند ترتیب دقیق‌تر تأثیرگذاری تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی بر روان‌پریشی ناشی از آسیب را روشن کنند. به‌علاوه یافته‌های این مطالعه مبتنی بر معیارهای خود گزارش دهی از آسیب دوران کودکی بود و مشخص شده است که گزارش گذشته‌نگر از سو رفتار در دوران کودکی ممکن است با خاطرات ناکافی یا تحریف شده مغرضانه همراه باشد. با این حال، شواهد از قابلیت اطمینان خاطرات تاریخیچه آسیب در مبتلایان به روان‌پریشی مورد حمایت است. در این مطالعه گروه‌های جنسی و سنی مدنظر قرار گرفت و جهت متمایزسازی گروه‌های بهنجار از افراد دارای ویژگی‌های شخصیت اسکیزوتایپال هیچ نقطه برشی در نظر گرفته نشد.

نشان داد تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال را میانجی می‌کنند. این یافته‌ها با یافته‌های قبلی (۱۲، ۲۲، ۳۲، ۴۳، ۴۷) که نشان‌دهنده ارتباط بین تجارب آسیب‌زای زندگی و بروز روان‌پریشی از طریق مکانیسم‌های مبتنی بر شناخت است، همسو است. یافته‌های Gibson و همکاران (۱۲) نشان داد که تجارب تجزیه‌ای به‌عنوان یک سبک‌شناختی مهم رابطه بین مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای زندگی و تجارب شبه سایکوتیک را میانجی می‌کنند. یافته‌های Morgan و همکاران (۴۸) نشان داد که تجارب تجزیه‌ای، باورهای منفی درباره خود و عزت‌نفس میانجی رابطه بین رویدادهای ناگوار کودکی و بروز روان‌پریشی هستند. Evans و همکاران (۴۴) گزارش کردند که تأثیر غفلت جسمی بر افزایش تجربه روان‌پریشی از طریق تجارب تجزیه‌ای میانجی می‌شود و افرادی که از طریق تجارب تجزیه‌ای با آسیب مقابله می‌کنند، بعدها با تجارب روان‌پریشی و به‌طور خاص توهم روبرو می‌شوند. یافته‌های Varese و همکاران (۲۱) نشان داد که رابطه بین انواع مختلف آسیب‌های کودکی با آمادگی برای توهم از طریق تجارب تجزیه‌ای میانجی می‌شود. در تبیین چنین نتایجی محققان معتقدند که مواجه شدن با رویدادهای آسیب‌زای زندگی به تجارب تجربه‌ای از جمله گسست از واقعیت می‌انجامد و باعث می‌شود تا شخصیت فرد به بخش‌های متمرکز بر آسیب گذشته و بخش‌های مبتنی بر کارکرد فعلی قطعه قطعه شود. تصور می‌شود که این نسخه‌های منشعب از خود باهم متضاد هستند، زیرا نسخه متمرکز بر آسیب برای فرد غیرمعمول و ناآشنا است و باعث تفسیرهای شبه سایکوتیک یا تجربیات مزاحم می‌شود (۴۸). در کل، به نظر می‌رسد که تجارب تجزیه‌ای می‌توانند یکی از ویژگی‌های مهم پردازش رویدادهای آسیب‌زا باشند و باعث شوند تا فرد محیط خود را به روشی غیر یکپارچه و از هم گسیخته تجربه کند و سپس آسیب‌پذیری خود نسبت به تجارب روان‌شناختی و تفسیر دنیای خود، افزایش دهد (۱۲). چنین یافته‌هایی با مدل‌های نوظهور ابعادی/فراانحصاری آسیب‌شناسی روانی نظیر مدل سلسله مراتبی آسیب‌شناسی روانی (۴۹) که هم بر نشانه‌شناسی تأکید دارند و هم هدفشان بهبود مشکلات همانند، هم ابتلایی و مرزهای تشخیصی آسیب‌شناسی است، هماهنگ هستند (۸). همچنین مدل‌های شناختی علت‌شناسی و تداوم

در پژوهش‌های آینده جهت‌گیری‌های سنی و جنسی لحاظ شود و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن و در گروه‌های بالینی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترکلیفی دو عامل مهمی هستند که به تبیین رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوره کودکی و نشانه‌های شخصیت اسکیزوتایپال کمک می‌کنند. درک این رابطه می‌تواند به یافتن درمان‌های مؤثرتر کمک کند. بنابراین طراحی مداخله‌های اولیه برای کاهش اثر روان‌شناختی تجارب آسیب‌زا و هدف قرار دادن تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بالاترکلیفی می‌تواند سبب کاهش اثر آسیب، تجارب

سیاسکزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و همچنین معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع

در نگارش این مقاله برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Sher L. Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives. *Acta Neuropsychiatr.* 2021;1-3. doi:10.1017/neu.2021.19.
2. Kwapił TR, Barrantes-Vidal N. Schizotypy: Looking back and moving forward. *Schizophr Bull.* 2015; 41(Suppl 2):S366-73. doi:10.1093/schbul/sbu186
3. Fonseca Pedrero E, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema.* 2017; 29(1):5-17. doi: 10.7334/psicothema2016.209.
4. Ladea M, Szoke A, Bran M, Baudin G, Slavu R, Pirlog MC, Briciu V, Udristoiu I, Schürhoff F, Ferchioub F. Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Effect of invalid responding on factor structure analysis and scores of schizotypy. *L'Encéphale.* 2020; 46:7-12. doi:10.1016/j.encep.2019.06.004.
5. Wong KK, Raine A. Developmental aspects of schizotypy and suspiciousness: A review. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2018;5(1):94-101. doi:10.1007/s40473-018-0144-y.
6. Back SN, Flechsenhar A, Bertsch K, Zettl M. Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Curr Psychiatry Rep.* 2021 Jul 19;23(9):60. doi: 10.1007/s11920-021-01265-5.
7. Gunay-Oge R, Pehlivan FZ, Isikli S. The effect of positive childhood experiences on adult personality psychopathology. *Pers Individ Dif.* 2020; 158: 109862. doi:10.1016/j.paid.2020.109862
8. Gong JB, Wang Y, Lui SY, Cheung EF, Chan RC. Childhood trauma is not a confounder of the overlap between autistic and schizotypal traits: A study in a non-clinical adult sample. *Psychiatry Research.* 2017; 257:111-17. doi: 10.1016/j.psychres.2017. 07.035.
9. Toutountzidis D, Gale TM, Irvine K, Sharma SH, Laws KR. Sex differences in the association between childhood adversities and schizotypal personality traits. *Psychiatry Res.* 2018; 269:31-7. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.025.
10. Velikonja T, Velthorst E, McClure MM, Rutter S, Calabrese WR, Rosell D, Koenigsberg HW, Goodman M, New AS, Hazlett EA, Perez-Rodriguez MM. Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2019; 140: 50-64. doi: 10.1111/acps.13032.
11. Armando M, Sandini C, Chambaz W, Schaer M, Schneider M, Eliez M. Coping strategies mediate the effect of stressful life events on schizotypal traits and psychotic symptoms in 22q11.2 deletion syndrome. *Schizophr Bull.* 2018; 15;44(suppl_2):S525-S35. doi: 10.1093/schbul/sby025.
12. Gibson LE, Reeves LE, Cooper S, Olin TM and Ellman LM. Traumatic life event exposure and psychotic-like experiences: a multiple mediation model of cognitive-based mechanisms. *Schizophrenia Research.* 2019; 205:15-22. doi: 10.1016/j.schres.2018.02.005.
13. Williams J, Bucci S, Berry K, Varese F. Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2018;

- 65:175-96. [doi:10.1016/j.cpr.2018.05.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.009)
14. Gawęda L, Pionke R, Krezolek M, Prochwicz K, Kłosowska J, Frydecka D, Misiak B, Kotowicz K, Samochowiec A, Mak M, Bładzinski P, Cechnicki A, Nelson B. Self-disturbances, cognitive biases and insecure attachment as mechanisms of the relationship between traumatic life events and psychotic-like experiences in non-clinical adults – A path analysis. *Psychiatry Res.* 2018; 259: 571-8. [doi: 10.1016/j.psychres.2017.11.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.009).
15. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, Niendam TA, Loewy RL. The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Front Psychiatry.* 2017; 20;8:55. [doi: 10.3389/fpsyt.2017.00055](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00055).
16. Sun P, Alvarez-Jimenez M, Simpson K, Lawrence K, Peach N, Bendall S. Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis? *Compr Psychiatry.* 2018; 84:68-74. [doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.004).
17. Rosser BA. Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic mechanism of psychological difficulties: A systematic review of evidence pertaining to causality and temporal precedence. *Cognit Ther Res.* 2019; 43:438-63. doi.org/10.1007/s10608-018-9964-z.
18. Yamasaki S, Ando SH, Koike SH, Usami S, Endo K, French P, & et al. Dissociation mediates the relationship between peer victimization and hallucinatory experiences among early adolescents. *Schizophr Res Cogn.* 2016; 4: 18-23. [doi: 10.1016/j.scog.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.scog.2016.04.001)
19. Pilton M, Varese F, Berry K, Bucci S. The relationship between dissociation and voices: A systematic literature review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 40:138-55. [doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.004).
20. Brausam MN. The relationship between dissociation, personality disorders, and neurocognitive disorder. MSc thesis. Faculty of the University of Colorado Colorado Springs; 2018. https://mountainscholar.org/bitstream/handle/10976/167074/Brausam_uccs_0892N_10431.pdf?sequence=1
21. Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness *Psychol Med.* 2012; 42(5):1025-36. [doi: 10.1017/S0033291711001826](https://doi.org/10.1017/S0033291711001826).
22. Anglin DM, Espinosa A, Barada B, Tarazi R, Feng A, Tayler R, Allicock MN, Pandit S. Comparing the role of aberrant salience and dissociation in the relation between cumulative traumatic life events and psychotic-like experiences in a multi-ethnic sample. *Clin Med.* 2019; 15; 8(8):1223. [doi: 10.3390/jcm8081223](https://doi.org/10.3390/jcm8081223).
23. Perona-Garcelan S, Garcia-Montes JM, Rodriguez-Testal JF, Lopez-Jimenez AM. Relationship between childhood trauma, mindfulness, and dissociation in subjects with and without hallucination proneness. *J Trauma Dissociation.* 2014; 15(1):35-51. [doi: 10.1080/15299732.2013.821433](https://doi.org/10.1080/15299732.2013.821433).
24. Bredemeier K, McCole K, Luther L, Beck AT, Grant PM. Reliability and validity of a brief version of the intolerance of uncertainty scale in outpatients with psychosis. *J Psychopathol Behav Assess.* 41(2): 221-34. doi.org/10.1007/s10862-018-9714-2
25. Grierson AB, Hickie LB, Naismith SL, Scott J. The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychol Med.* 2016; 46: 2467-84. [doi: 10.1017/S0033291716001392](https://doi.org/10.1017/S0033291716001392)
26. Lebert L, Turkington D, Freeston M, Dudley R. Rumination, intolerance of uncertainty and paranoia in treatment resistant psychosis. *Psychosis.* In press; [doi: 10.1080/17522439.2020.1798489](https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1798489).
27. Sedighi M, Mansouri A, Talaei A. The relationship between transdiagnostic factors and psychotic symptoms in individual with schizophrenia disorder. *JFMH.* 2019; 21(3): 183-93. [doi:10.22038/JFMH.2019.39008.2632](https://doi.org/10.22038/JFMH.2019.39008.2632)
28. Bottesi C, Tesini V, Cerea S, Ghisi M. Are difficulties in emotion regulation and intolerance of uncertainty related to negative affect in borderline personality disorder? *Clinical Psychol.* 2018; 22(2): 137-47. doi.org/10.1111/cp.12163.
29. Startup S, Pugh K, Dunn C, Cordwell J. Worry processes in patients with persecutory delusions. *Br J Clin Psychol.* 2016; 55(4):387-400. [doi: 10.1111/bjc.12109](https://doi.org/10.1111/bjc.12109)
30. White, RG, Gumley A. Intolerance of uncertainty and distress associated with the experience of psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2010; 83, 317-324. *Psychol Psychother.* 2010; 83(3):317-24. [doi: 10.1348/147608309X477572](https://doi.org/10.1348/147608309X477572).
31. Armando M, Lin A, Girardi P, Righetti V, Dario C, Saba R, Decrescenzo F, Mazzon L. Prevalence of psychotic-like experiences in young adults with social anxiety disorder and

- correlation with affective dysregulation. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(12):1053-9. [doi:10.1097/NMD.0000000000000050](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000050).
32. Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. *Int Arch Health Sci*, 2020; 7: 96-103. [doi:10.4103/iahs.iahs_21_20](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_21_20)
33. Bomyea J, Ramsawh H, Ball TM, Taylor CT, Paulus MP, Lang AJ, Stein MB. Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disorders.* 2015; 33: 90-4. [doi: 10.1016/j.janxdis.2015.05.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004).
34. Quid Y, Cohen-Woods S, O'Reilly N, Carr VJ, Elzinga BM, Green MJ. Schizotypal personality traits and social cognition are associated with childhood trauma exposure. *British Journal of Clinical Psychology.* *Br J Clin Psychol.* 2018;57(4):397-419. [doi: 10.1111/bjc.12187](https://doi.org/10.1111/bjc.12187).
35. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006.
36. Raine A, Benishay D. The SPQ-B: a brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *J Pers Disord.* 1995; 9(4): 346-55. [doi: 10.1521/pedi.1995.9.4.346](https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.346).
37. Mohammadzadeh A. The study of psychometric properties of Schizotypal Personality Questionnaire-Brief (SPQ-B). *International Journal of Psychology* 2008;1(2):47-61. http://www.ijpb.ir/article_55493.html
38. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1988.
39. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *IJPCP.* 2014; 19 (4): 275-82. http://ijpcp.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=2090&sid=1&slc_lang=en
40. Mazzotti E, Farina B, Imperatori C, Mansutti F, Prunetti E, Speranza MA, Barbaranelli C. Is the dissociative experiences scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the dissociative experiences scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 1295-302. [doi: 10.2147/NDT.S105110](https://doi.org/10.2147/NDT.S105110). eCollection 2016.
41. Kargar Barzi H, Karbala Mohammad Meygooni A, Bramas H, Taghi loo S. Psychometric properties of dissociative experiences questionnaire. *Quarterly of Educational Measurement.* 2019;9(34):115-31. https://jem.atu.ac.ir/article_9755.html?lang=en
42. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GG. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(3):468-79. [doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.011](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011).
43. Hayward, LE, Vartanian LR, Kwok C, Newby JM. How might childhood adversity predict adult psychological distress? Applying the identity disruption model to understanding depression and anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2020; 265: 112-9. doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.036.
44. Moskowitz A, Dorahy MJ, Schafer I. Trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology. John Wiley & Sons Ltd; 2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118585948>
45. Francis JL, Moitra E, Dyck I, Keller MB. The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2012; 29(5): 386-91. [doi: 10.1002/da.20919](https://doi.org/10.1002/da.20919).
46. Evans GH, Reid G, Preston PH, Palmier-Claus J, Sellwood W. Trauma and psychosis: The mediating role of self-concept clarity and dissociation. *Psychiatry Res.* 2015; 228(3): 626-32. [doi: 10.13140/2.1.5105.5047](https://doi.org/10.13140/2.1.5105.5047)
47. Gibson LE, Anglin DM, Klugman JT, Reeves LE, Fineberg AM, Maxwell SD, Kerns CM, Ellman LM. Stress sensitivity mediates the relationship between traumatic life events and attenuated positive psychotic symptoms differentially by gender in a college population sample. *J Psychiatr Res.* 2014; 53: 111-8. [doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.02.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.020)
48. Morgan C, Gayer-Anderson C. Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications. *World Psychiatry.* 2016; 15(2): 93-102. [doi: 10.1002/wps.20330](https://doi.org/10.1002/wps.20330)
49. Braehler, C, Valiquette L, Holowka D, Malla AK, Joobar R, Ciampi A, Pawliuk N, King S. Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Res.* 2013; 210 (1):36-42. [doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.033](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.033).