

**مقاله پژوهشی اصیل****باورهای هذیانی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا،  
خویشاوندان سالم آنها و آزمودنی‌های بهنجار**

دکتر نسیم یعقوب پور یکانی

دکتر ونداد شریفی<sup>۱</sup>

دکتر محمدرضا محمدی

دکتر همایون امینی

**هدف:** در این مطالعه گروهی از بستگان درجه اول و سالم مبتلایان به اسکیزوفرنیا از نظر فراوانی باورهای هذیانی و ابعاد این باورها (میزان ناراحتی، اشتغال ذهنی به این باورها و اطمینان به آنها) بررسی و با دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و یک گروه شاهد سالم مقایسه شدند. **روش:** برای انجام این تحقیق ۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۳۵ نفر از اعضای درجه اول و سالم خانواده‌های این بیماران و ۳۵ نفر از افرادی که سابقه هیچ‌گونه بیماری اعصاب و روان نداشتند (به‌عنوان گروه شاهد سالم) همکاری کردند. در این سه گروه، شیوع باورهای هذیانی و ابعاد آنها بر اساس پرسشنامه هذیان پیترز و همکاران (PDI-40) و سلامت روان بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بررسی شد. **یافته‌ها:** شیوع باورهای هذیانی در گروه افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود، ولی شیوع آن در دو گروه اعضای خانواده بیماران و جمعیت عادی تفاوت معناداری نداشت. در مورد شدت ابعاد باورهای سایکوتیک، در حالی که نمرات گروه مبتلایان به اسکیزوفرنیا بسیار بیشتر از گروه شاهد سالم بود، ولی با گروه خانواده بیماران تفاوت معناداری نداشت. در ضمن میزان اطمینان به افکار سایکوتیک در گروه خانواده بیماران بیشتر از گروه شاهد سالم بود. **نتیجه‌گیری:** وجود باورهای هذیانی در افراد سالم خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اطمینان بیشتر این افراد به این باورها (نسبت به گروه شاهد سالم) ممکن است وجود پیوستار سایکوز را مطرح کند، هر چند تأیید این موضوع نیازمند مطالعات بیشتر است.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا، باور هذیانی، پیوستار سایکوز، خانواده

**مقدمه**

مطالعات اخیر به این موضوع اشاره دارد که سنخ پدیداری<sup>۲</sup> اسکیزوفرنیا بیشتر به صورت یک طیف است و نه حالت کاملاً متفاوت با وضعیت بهنجار (جانز<sup>۳</sup> و وناس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). گزارش نمونه‌های جمعیت عادی دارای تجارب سایکوتیک که در طیف علایم سایکوتیک نمونه‌های بالینی قرار می‌گیرد، امری رایج است

(وناس و همکاران، ۱۹۹۹). از نظر پزشکان بسیاری از این تجارب حتی اگر بسیار شبیه هذیان یا توهم هم باشند، ممکن است هذیان یا توهم طبقه‌بندی نشوند و شخص مبتلا به آن تشخیص سایکوز نگیرد. به همین دلیل، برخی از محققان این علایم را تجارب شبه‌سایکوتیک<sup>۵</sup> نامیده‌اند. اما در هر حال، وجود آنها با استعداد بیشتر برای ابتلا به سایکوزهای بالینی در آینده همراه است (هنسن<sup>۶</sup>

2- phenotype  
4- van Os  
6- Hanssen

3- Johns  
5- psychotic-like experiences

۱- نشانی تماس: خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: vsharifi@sina.tums.ac.ir

داشتند، میزان علائم سایکوز بدون وجود اختلال، بیشتر از بستگان بیمارانی است که علائم سایکوز خفیف‌تری دارند. ولی به مطالعه‌ای برنخوردیم که میزان باورهای سایکوتیک و شدت ابعاد آنها را بین خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، خود بیماران و آزمودنی‌های بهنجار مقایسه کرده باشد. در این مطالعه میزان باورهای هذیانی، شدت اطمینان و اشتغال ذهنی به آنها و میزان ناراحتی ناشی از آنها در دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و افراد بهنجار مقایسه شد.

## روش

این مطالعه از نوع مقطعی - مقایسه‌ای بود و نمونه مورد بررسی آن سه گروه را دربرمی‌گرفت: گروه مبتلایان به اسکیزوفرنیا، شامل ۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا است که به‌وسیله یک روانپزشک عضو هیات علمی بر اساس معیارهای ویراست چهارم دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱۹</sup> (DSM-IV) و مصاحبه بالینی، تشخیص اسکیزوفرنیا گرفته بودند. داشتن اختلال دوقطبی، سابقه سوء مصرف مواد مخدر در یک ماه اخیر، عقب‌ماندگی ذهنی و نیز تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی، معیارهای خروج از مطالعه بودند. گروه خانواده مبتلایان به اسکیزوفرنیا شامل ۳۵ نفر از خویشاوندان درجه اول این بیماران (پدر، مادر، خواهران و برادران و فرزندان آنها) بود که بین ۱۵ تا ۶۵ سال داشتند و فاقد سابقه بیماری جدی روانپزشکی بودند. برای انتخاب این گروه، کلیه بستگان درجه اول بیمار که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به همکاری دعوت شدند. از این ۳۵ نفر، ۷ نفر مادر، ۵ نفر پدر، ۱۶ نفر خواهر، ۵ نفر برادر و ۲ نفر فرزندان این بیماران بودند. گروه

و همکاران، ۲۰۰۳؛ لوندبرگ<sup>۱</sup>، کانتور-گرا<sup>۲</sup>، کاباکنگا<sup>۳</sup>، روکوندو<sup>۴</sup> و استرگرن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) و می‌تواند سبب ناتوانی شود (الفسن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) و با رفتارهای خشونت‌آمیز مرتبط باشد (مجتبایی، ۲۰۰۶).

شواهدی هم وجود علائم سایکوتیک در خانواده بیماران را تأیید می‌کند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که بروز اسکیزوفرنیا در بستگان این بیماران بیشتر از جمعیت عادی است. اما حتی آن دسته از بستگان و اعضای خانواده این بیماران هم که به ظاهر سالم هستند، ممکن است دارای برخی معیارهای تشخیصی و بعضی علائم این بیماری در حدی که نتوان آنها را دچار اسکیزوفرنیا دانست باشند. کندلر<sup>۷</sup>، مک‌گوایر<sup>۸</sup>، گرونبرگ<sup>۹</sup> و والش<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۵) با مطالعه ۲۵ نشانه در ۱۵۴۴ خویشاوند درجه اول بیماران دچار اسکیزوفرنیا و سایکوزهای غیرخلقی به این نتیجه رسیدند که علائم تحت بالینی سایکوز که شامل علائم اسکیزوتایپال و منفی (مثل رابطه ضعیف و رفتار عجیب، اختلال عملکرد شغلی و انزوای اجتماعی) می‌باشد، در خویشاوندان افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا به‌طور قابل توجهی بیشتر از خویشاوندان گروه شاهد است.

برای بررسی علائم سایکوتیک در جمعیت عادی، پیترز<sup>۱۱</sup>، جوزف<sup>۱۲</sup> و گرتی<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۹) در سال‌های اخیر ابزاری به نام پرسشنامه هذیان پیترز و همکاران<sup>۱۴</sup> (PDI) را طراحی کرده‌اند. مزیت این ابزار این است که نه تنها فراوانی باورهای هذیانی، بلکه ابعاد<sup>۱۵</sup> آنها را نیز می‌سنجد. در واقع علاوه بر این که بود و نبود هر باور بررسی می‌شود، این که یک باور چقدر ناراحتی ایجاد می‌کند و تا چه حد باعث اشتغال ذهنی<sup>۱۶</sup> می‌گردد و میزان اطمینان<sup>۱۷</sup> فرد مبتلا به این باورها چقدر است، سنجیده می‌شود. در کشورهای مختلف (از جمله ایران) به کمک این ابزار مطالعاتی صورت گرفته که تأیید کننده وجود طیف باورهای شبه‌سایکوتیک در جمعیت عادی است (سجادی‌فر، شریفی و امینی، ۱۳۸۵). شورهوف<sup>۱۸</sup> و همکاران (۲۰۰۳) با همین ابزار تجمع خانوادگی علائم سایکوز را در خانواده افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و دوقطبی بررسی کردند و نشان دادند که در بستگان درجه اول و سالم آن دسته از بیماران دچار اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی که علائم سایکوتیک بارزتری

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1- Lundberg  | 2- Cantor-Graae                       |
| 3- Kabakyenga  | 4- Rukundo                            |
| 5- Ostergren   | 6- Olfson                             |
| 7- Kendler   | 8- McGuire                            |
| 9- Gruenberg   | 10- Walsh                             |
| 11- Peters   | 12- Joseph                            |
| 13- Garety   | 14- Peters et al. Delusions Inventory |
| 15- dimensions   | 16- preoccupation                     |
| 17- conviction   | 18- Schurhoff                         |
| 19- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition |                                       |

آزمودنی‌های بهنجار شامل ۳۵ دانشجوی واجد شرایط رشته پزشکی (پنج سال اول) و کارکنان بیمارستان روزه بودند که

شکل ۱- نمونه‌ای از پاسخ یک آزمودنی به یک سؤال در پرسشنامه هذیان پیترز و همکاران (PDI)

۵	۴	۳	۲	۱	پاسخ اول*	آیا هیچ وقت احساس کرده‌اید کسی یا کسانی علیه شما توطئه یا دسیسه کرده‌اند؟ خیر بلی
این موضوع مرا بسیار ناراحت می‌کند.				این موضوع اصلاً مرا ناراحت نمی‌کند.	پاسخ دوم**	
تمام اوقات به این موضوع فکر می‌کنم.				تقریباً هیچ وقت به این موضوع فکر نمی‌کنم.	پاسخ سوم***	
معتقدم که این مسأله کاملاً صحت دارد.				به عقیده من این مسأله صحت ندارد.		

\* بعد ناراحتی ناشی از باور؛ \*\* بعد اشتغال ذهنی به این باور؛ \*\*\* بعد اطمینان به باور

تعداد باورهای گزارش شده (نمره مجموع) وابسته هستند، در این مطالعه برای سنجش شدت ابعاد سه گانه، مستقل از تعداد باورها، متغیرهای جدیدی محاسبه شد که شامل تقسیم میزان شدت ابعاد بر تعداد باورهای گزارش شده هر فرد بود. از این روش محققان دیگری هم استفاده کرده‌اند (از جمله لینکلن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) که مورد تأیید طراح ابزار نیز هست.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که ۲۸ سؤال دارد، ابزاری برای بررسی وضعیت سلامت روان است. این ابزار به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری شده است که در حد مطلوب می‌باشد (نوربالا، باقری یزدی، یاسمی و محمد، ۲۰۰۴). داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 بررسی و آنالیز شدند. برای تحلیل آماری داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه<sup>۴</sup> و آزمون متعاقب توکی استفاده گردید و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه بیماران (۹/۲۶) ± ۳۲/۸۴، در گروه خانواده (۱۱/۲۵) ± ۴۲/۵۴ و در گروه شاهد سالم، (۱۰/۲۵) ± ۳۴/۹۱ بود. تعداد جنس مؤنث در این سه گروه به ترتیب

داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند. سعی شد این گروه و گروه بیمار از نظر سن و جنس همسان باشند.

داده‌ها به وسیله پرسشنامه هذیان پیترز و همکاران (PDI-40)، پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ-28) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد. PDI ابزاری است که برای سنجش باورهای سایکوتیک و ابعاد آنها در جمعیت عادی طراحی و روایی و پایایی آن در بسیاری از مطالعات مطلوب ارزیابی شده است (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹). این ابزار علاوه بر سنجش مقوله‌ای وجود و فراوانی هر یک از علایم سایکوتیک (هذیانی) با روش لیکرت میزان ابعاد سه گانه هر علامت (اطمینان، ناراحتی و اشتغال ذهنی) را می‌سنجد. نمونه‌ای از یک سؤال این آزمون در شکل ۱ آمده است. ابتدا این ابزار به فارسی ترجمه و سپس ترجمه معکوس شد و آنگاه ترجمه معکوس به طراح ابزار (امانوئل پیترز) ارائه گردید تا با اصل تطابق داده شود. سپس با توجه به نتایج تطبیق اصلاحات لازم انجام شد. پایایی نسخه فارسی این آزمون در یک نمونه بستری با تشخیص‌های اسکیزوفرنی و مانیای سایکوتیک (N=۷) نیز مطلوب بوده است (ضریب همبستگی درون طبقه‌ای<sup>۲</sup> = ۰/۷).

در مورد نسخه فارسی، به بررسی روایی صورتی آن اکتفا شد. در این مطالعه، نمره مجموع ابزار (نمره مجموع تعداد باورهای سایکوتیکی که فرد گزارش می‌کند) و ریز نمرات ابعاد آن، شامل میزان اطمینان به باورها، میزان ناراحتی و میزان اشتغال ذهنی به آنها سنجیده شد. با توجه به این که در این ابزار، ریز نمرات ابعاد به

1- General Health Questionnaire 2- intraclass correlation coefficient  
3- Lincoln 4- one-way ANOVA

۴، ۲۴ و ۱۰ درصد آنها ۱۶، ۶۸/۶ و ۲۶/۴ بود. از نظر توزیع جنسی و سنی میان گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه شاهد **جدول ۱** - فراوانی باورهای شبه‌سایکوتیک و میزان ابعاد آنها (براساس PDI) در سه گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (n=۲۵)، خانواده بیماران (n=۳۵) و گروه شاهد سالم (n=۳۵)

معناداری *	گروه اسکیزوفرنیا (۱)	گروه خانواده بیماران (۲)	گروه شاهد (۳)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
	۱۷/۴ (۸/۵)	۷/۵ (۵/۵)	۷/۳ (۵/۴)	تعداد باورهای هدیانی
F=۲۲/۲۶۹	۲/۸ (۰/۸)	۲/۴ (۰/۹)	۲/۱ (۱/۰)	میزان ناراحتی ناشی از باورها
F=۴/۷۴۵	۳/۲ (۰/۸)	۲/۸ (۱/۰)	۲/۳ (۱/۰)	میزان اشتغال ذهنی ناشی از باورها
F=۶/۲۶۹	۴/۰ (۰/۶)	۳/۵ (۱/۰)	۲/۹ (۱/۲)	میزان اطمینان به باورها
F=۸/۵۲۰	<i>p</i> < ۰/۰۱ *			

**جدول ۲** - میزان سلامت روان (براساس GHQ) در سه گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (n=۲۵)، خانواده بیماران (n=۳۵) و گروه شاهد سالم (n=۳۵)

معناداری *	گروه اسکیزوفرنیا (۱)	گروه خانواده بیماران (۲)	گروه شاهد (۳)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
	۹/۹۲ (۶/۳۹)	۵/۵۷ (۵/۶۷)	۴/۱۴ (۴/۸۶)	نمره مجموع GHQ
F=۸/۱۱۰	۲/۳۲ (۲/۴۲)	۰/۸۹ (۱/۸۱)	۰/۴۳ (۱/۲۹)	نمره زیرمقیاس افسردگی GHQ
F=۱/۵۴۳	۲/۸۸ (۲)	۱/۷۷ (۲)	۱/۷۴ (۲/۱۷)	نمره زیرمقیاس اضطرابی GHQ
F=۲/۶۷۶	۲/۴۰ (۱/۹۸)	۱/۴۳ (۱/۶۸)	۱/۲۶ (۱/۶۳)	نمره زیرمقیاس جسمانی GHQ
F=۱۰/۰۸۲	۲/۶۸ (۱/۹۹)	۱/۴۹ (۱/۷۵)	۰/۷۱ (۱/۲۹)	نمره زیرمقیاس عملکرد اجتماعی GHQ
F=۸/۱۱۳	<i>p</i> < ۰/۰۱ *			

(جدول ۱). چنان که گفته شد، در این مطالعه میزان ابعاد PDI، مستقل از نمره مجموع تعداد باورها نیز محاسبه شد. این نمره حاصل تقسیم نمره هر یک از ابعاد PDI (نمرات میزان اطمینان به این باورها، میزان ناراحتی و اشتغال ذهنی به باورهای سایکوتیک) بر نمره مجموع PDI هر فرد در هر گروه بود. مقایسه این متغیرها در سه گروه نشان داد که نمرات هر سه بعد در گروه بیمار بیشتر از گروه شاهد سالم است، اما با گروه خانواده بیماران تفاوت معناداری ندارد. در عین حال نمرات میزان اطمینان به باورهای سایکوتیک در گروه

سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد، ولی میان گروه خانواده و دو گروه دیگر همسانی به وجود نیامد ( $p < 0/01$ ). با آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون متعاقب توکی نمره مجموع PDI و نمرات ابعاد سه‌گانه آن در سه گروه مقایسه و مشاهده شد که بین نمره مجموع (تعداد باورها) در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که نمرات گروه بیماران بیشتر از دو گروه خانواده ( $p < 0/01$ ) و شاهد ( $p < 0/01$ ) بود، اما بین گروه خانواده و گروه شاهد تفاوت معناداری وجود نداشت

خانواده بیماران بیشتر از گروه سالم بود، ولی در سایر ابعاد بین این دو گروه تفاوتی وجود نداشت (جدول ۱).

در پرسشنامه PDI بیشترین فراوانی پاسخ مثبت در هر سه گروه به این باور که «مردم آن طور که به نظر می‌رسند نیستند» مربوط بود. ۸۰ درصد گروه بیماران، ۷۷/۱ درصد گروه خانواده‌های آنها و ۸۵/۷ درصد از گروه شاهد به سوال مربوط به این باور پاسخ مثبت داده بودند. کمترین فراوانی باورها در سه گروه به ترتیب زیر بود: در گروه بیماران، باور بوی بد بدن فرد (۱۶ درصد)، در گروه خانواده‌ها، احساس آدم آهنی بودن (صفر درصد) و در گروه شاهد سالم باور به اشاره رسانه‌ها به فرد و آسیب دیدن به وسیله سازمان‌ها یا مراکز و پوسیده شدن بدن (هر یک ۲/۹ درصد).

نتایج بررسی میزان سلامت روان در سه گروه در جدول ۲ آمده است. آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون متعاقب توکی مشخص کرد که اگر چه در نمره کل GHQ و زیرمقیاس‌های آن، نمرات گروه بیماران بیشتر از گروه خانواده و نمرات گروه خانواده بیشتر از گروه شاهد است، ولی از نظر آماری این تفاوت‌ها فقط میان گروه بیماران با دو گروه خانواده و شاهد معنادار است و بین گروه خانواده‌های بیماران و گروه شاهد تفاوت معنادار نیست.

## بحث

این مطالعه که اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد، نشان داد که از نظر تعداد باورهای شبه‌سایکوتیک بین گروه اعضای درجه اول خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه شاهد تفاوتی وجود ندارد. در هر دو گروه هر فرد به طور متوسط تقریباً هفت باور و در گروه افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا هر فرد به طور متوسط حدود ۱۷ باور را تجربه کرده است که به طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر می‌باشد. مطالعه‌ای که طراحان PDI روی گروهی از جمعیت عادی (که بیشتر آنان دانشجوی بودند) انجام دادند، نشان داد که هر فرد به طور متوسط در طول زندگی خود ۱۰ باور را تجربه کرده است (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعه حاضر با مطالعه مذکور شباهت‌هایی دارد. مثلاً در توزیع فراوانی باورها در جمعیت

عادی در هر دو پژوهش شایع‌ترین تجربه، باور «مردم آن طور که به نظر می‌رسند، نیستند» بود و تعداد باورهای سایکوتیک گروه بیمار به طور معناداری بیشتر از گروه شاهد سالم بود. در مطالعه دیگری، شورهوف و همکاران (۲۰۰۳) با همین ابزار (PDI) تجمع خانوادگی علایم سایکوتیک را در خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و بیماران دوقطبی مشاهده کردند و نشان دادند که میزان علایم سایکوز بدون وجود اختلال (بر اساس PDI) در بستگان درجه اول آن دسته از بیماران که علایم سایکوتیک بارزتری داشتند، بیشتر از بستگان بیمارانی بود که علایم سایکوتیک خفیف‌تری داشتند. اما مطالعه حاضر از نظر شیوع علایم شبه‌سایکوتیک، بین خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه شاهد سالم تفاوت آماری معناداری نشان نداد و این فرضیه که تعداد علایم خانواده‌های بیماران بیش از افراد بهنجار است، تأیید نشد.

سنجش تعداد باورهای هذیانی فقط یکی از مزایای PDI است و با این ابزار میزان ابعاد هر باور (یعنی میزان اطمینان به آن، ناراحتی و شدت اشتغال ذهنی ناشی از آن باور) نیز سنجیده می‌شود. به عبارتی از دیدگاه پیترز و همکاران (۱۹۹۹) در مورد هذیان مهم نیست که فردی این باورهای سایکوتیک را داشته یا نداشته باشد. بلکه مهم این است که این باورها چقدر باعث ناراحتی و اشتغال ذهنی‌اش می‌شوند و تا چه حد به آنها اطمینان دارد. آنها این احتمال را مطرح کرده و در مطالعات خود نشان داده‌اند که در بسیاری موارد افراد دچار سایکوز باور سایکوتیک را به میزان مشابه جمعیت عادی تجربه کرده‌اند، ولی میزان (نمرات) ابعاد آن (به خصوص میزان ناراحتی و اشتغال ذهنی به آن باورها) به طور معناداری بیشتر از جمعیت عادی است (وناس، هنسن، بیجل<sup>۱</sup> و راولی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).

ما مشاهده کردیم که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا فقط از نظر نمرات ابعاد باورهای هذیانی (بدون وابستگی به تعداد باورها) با گروه جمعیت عادی تفاوت معناداری دارند و این تفاوت آماری بین گروه افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه خانواده وجود ندارد. اما میزان اطمینان به باورها در گروه خانواده‌های بیماران بیشتر از گروه

1- Bijl

2- Ravelli

موجود، این همسانی فقط بین گروه بیماران و گروه شاهد به وجود آید؛ اما میانگین سنی گروه خانواده بیشتر از میانگین سنی دو گروه دیگر بود. شاید اگر میانگین سنی گروه خانواده کمتر و یا نزدیک به گروه شاهد سالم و گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود، نتایج متفاوت می‌شد و یا تفاوت نمونه خانواده با سن کمتر با گروه شاهد سالم بارزتر می‌گردید.

در نهایت، این تحقیق با استفاده از ابزار PDI تفاوت تعداد باورهای شبه‌سایکوتیک را میان خانواده افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و جمعیت عادی تأیید نکرد، اگرچه در مجموع از نظر میزان ابعاد باورها، گروه خانواده میان دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و گروه شاهد سالم قرار داشت. در مورد میزان اطمینان به باورها تفاوت معنادار بود. با توجه به محدودیت‌های این مطالعه شاید انجام مطالعات کامل‌تر و مفصل‌تر در این باره، مانند ارزیابی نمونه بزرگ‌تر و تصادفی خانواده در منزل، یافته‌های روشن‌تری به دست دهد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۷/۲۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲

شاهد سالم بود. بنابراین، این یافته احتمال پیوستاری بودن سایکوز را مطرح می‌کند و این که میزان ابعاد باورها در افرادی که قرابت ژنتیکی با بیماران دارند (ولی بیمار نیستند) بیش از جمعیت عادی است.

یک محدودیت مهم این مطالعه آن بود که احتمال دارد عضوی از خانواده اعلام همکاری کرده باشد که سالم‌تر از بقیه اعضای خانواده بوده است که همین مسأله نتایج مطالعه را مخدوش می‌کند. جالب این که بررسی سلامت روان سه گروه (با GHQ) نشان داد که میان گروه خانواده بیماران و گروه شاهد تفاوتی وجود ندارد که می‌تواند تأییدکننده این ادعا باشد. اما از سوی دیگر، یکسان بودن میزان سلامت روان گروه خانواده و گروه شاهد سالم نشان‌دهنده این است که انتخاب نبود سابقه بیماری در اعضای خانواده به عنوان معیار ورود به مطالعه موفقیت‌آمیز بوده است. در هر حال، برای بررسی دقیق‌تر باورهای هدیانی در این گروه پیشنهاد می‌شود یک نمونه تصادفی از افراد خانواده بیماران انتخاب و در منازلشان ارزیابی شوند. با توجه به این که مطالعات قبلی (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹؛ ون‌اس و همکاران، ۱۹۹۹)، باورهای سایکوتیک را در سنین جوانی شایع‌تر یافته‌اند، ما در مطالعه خود سعی کردیم گروه‌ها را از نظر سنی همسان کنیم تا با توجه به محدودیت‌های

## منابع

سجادی‌فر، م.، شریفی، و.، و امینی، ه. (۱۳۸۵). باورهای شبه‌سایکوتیک در گروهی از دانشجویان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۲، ۴۰۹-۴۰۳.

Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H., & van Os, J. (2003). How psychotics are individuals wit non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(3), 149-154.

Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.

Kendler, K. S., McGuire, Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1965). Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study. Their factor structure and familial relationship with psychotic and affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 296-303.

Lincoln, T. M. (2007). Relevant dimensions of delusions: Continuing the continuum versus category debate. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 211-220.

£lundberg, P., Cantor-Graae, E., Kabakyenga, J., Rukundo, G., & Ostergren, P. O. (2004). Prevalence of delusional ideation in a district in southwestern Uganda. *Schizophrenia Research*, 71(1), 27-34.

Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the genral population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 183-190.

Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the

adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.

Olfson, M., Lewis-Fernandez, R., Weissman, M. M., Feder, A., Gameroff, M. J., Pilowsky, D., & Fuentes, M. (2002). Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1412-1419.

Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 553-576.

Schurhoff, F., Szoke, A., Meary, A., Bellivier, F., Rouillon, F., Pauls, D., & Leboyer, M. (2003). Familial aggregation of delusional proneness in schizophrenia

and bipolar pedigrees. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1313-1319.

Van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraud, F., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 34, 459-463.

Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 11-20.