



ذهنی سازی، اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنی

ونداد شریفی

وجود این نقص در اسکیزوفرنی، نه اولیه، بلکه ناشی از دور بودن از اجتماع (که در بیماری‌های مزمن روانپزشکی دیده می‌شود) باشد. منشأ این تردید نخست بی‌ثباتی یافته‌های مطالعات مختلف در مورد گروه‌های متفاوت بیماران اسکیزوفرنیک بود، به ویژه آنکه در یک مطالعه دیده شد، در بیمارانی که بیشترین طول مدت بیماری را داشتند، بیشترین نقص ذهنی سازی مشاهده شده است. پس این احتمال مطرح شد که شاید پیش بروز از اسکیزوفرنی وضعیت ذهنی سازی کاملاً بهنجار است، ولی این توانایی بر اثر انزوای اجتماعی و اقامت در مراکز نگهداری و بیمارستان‌ها مختل می‌شود.

برای پرداختن به این سؤال که نقص ذهنی سازی، علت اولیه‌ی علایم پسیکوتیک است یا ثانویه به انزوای اجتماعی مزمن، نویسندگان آزمایشی را ترتیب دادند و برای تحقیق این هدف از مدل‌های پیوستاری (continuity models) استعداد به پسیکوز بهره جستند. در این مدل‌ها، علایم بالینی بیماران، تظاهرات شدید خصوصیات شخصیتی انگاشته می‌شود که در جمعیت بهنجار یافت می‌گردد. خصلت‌های

پسیکوز هم این نقص می‌تواند فرد را دچار علایمی سازد. برای مثال، چنانچه بیمار نتواند باورها را به عنوان بازنمایی واقعیت انعکاس دهد، آن‌گاه تمایز بین امر سوژکتیو (ذهنی) و ابرژکتیو (عینی) از بین می‌رود و حاصل، شکل‌گیری هذیان است. از سوی دیگر، در صورتی که بیمار نتواند دیدگاه‌های سوژکتیو منحصر به فرد دیگران را ذهنی سازی کند، در برنامه‌ریزی برای ارتباط با دیگران هیچ جایی برای دانسته‌های افراد دیگر در نظر نمی‌گیرد و نمی‌تواند مراقب علایم سردرگم شونده باشد که حاصل آن، اختلال فکر است. و سرانجام اگر بیمار نتواند قصدمندی اعمال خود را پایش کند، اعمال او با این احساس که خود آنها را تولید کرده است همراه نخواهد بود و نتیجه آن، هذیان کنترل توسط بیگانه است.

مطالعاتی که برای سنجش این فرضیات در بیماران اسکیزوفرنیک صورت گرفته، حکایت از وجود نقص‌هایی در این بیماران دارد. به عنوان مثال، در آزمایش‌هایی (tasks) که به استنباط باورهای غلط شخصیت‌های داستان نیاز باشد، بیماران اسکیزوفرنیک ضعیف‌تر از افراد بهنجار عمل کرده‌اند. اما این سؤال مطرح می‌شود که آیا ممکن است

هدف «عصب روانپزشکی شناختی» (cognitive neuropsychiatry)، مدل سازی علایم و نشانه‌های اختلالات روانپزشکی به زبان ناهنجاری‌های پردازش اطلاعات است که می‌توان آنها را به آسیب‌شناسی عصبی (نوروپاتولوژی) کارکردی و یا ساختاری ارتباط داد. این رویکرد نو، البته با چالش‌های بزرگی مواجه است که یکی از مهمترین آنها، نیاز به پرورش مدل‌های شناختی برای توضیح خصیصه‌های اصلی پسیکوز (یعنی توهم و هذیان) است. یک مدل بسیار مؤثر را کریستوفر فریت، در سال ۱۹۹۲، مطرح کرد. به نظر او، برخی علایم پسیکوتیک ناشی از ناتوانی بیمار در حفظ بازنمایی‌هایی پیوسته از وضعیت ذهنی خود و دیگران است. به این قابلیت فراشناختی، که توان فکر کردن درباره فکر کردن خود و دیگران را می‌دهد، اسامی مختلفی مانند «نظریه ذهن» (theory of mind)، «فراپازنمایی» (metarepresentation)، و ذهنی سازی (mentalising) اطلاق گردیده است. در این مقاله از عنوان اخیر (ذهنی سازی) استفاده شده است.

پیش‌تر، اختلال ذهنی سازی در کودکان اوتیستیک بررسی و شناسایی شده است. در



اسکیزوتایپی را اگر چه تنوعی بهنجار در افراد سالم می‌دانند، در عین حال آسیب‌پذیری شناختی نهفته‌ای برای پسیکوز تلقی می‌شود و تا زمانی که محرک‌هایی جسمی، اجتماعی یا محیطی وجود نداشته باشد، این خصلت‌ها منجر به علایم پسیکوتیک نمی‌گردند. برای سنجش آنها از پرسشنامه‌های خودگزارشی (self-report) استفاده می‌شود. با تحلیل component principle، در نتایج این پرسشنامه‌ها یک ساختار سه‌عاملی یافته‌اند که همتای نشانگان‌های بالینی پیشنهادی لیدل (Liddle) برای اسکیزوفرنی و عبارت است از: تحریف واقعیت (reality distortion) هذیان و توهم، آشفتگی (disorganisation)، و علایم منفی* . نشان داده شده است که افراد غیر بیماری که در این پرسشنامه‌ها درجه اسکیزوتایپی بالایی دارند، در آزمایش‌هایی که بیماران اسکیزوفرنیک دچار اشکال هستند، ضعیف عمل می‌کنند.

فرضیه مطالعه این بود که اگر نقص اولیه باشد، گروهی از افراد بهنجار که درجه اسکیزوتایپی بالایی دارند، نسبت به گروهی که درجه پایینی دارند، در ذهنی‌سازی ضعیف‌تر عمل می‌کنند و در صورتی که نقص ثانویه به انزوای اجتماعی باشد، تفاوتی بین این دو گروه مشهود نخواهد بود. برای سنجش ذهنی‌سازی از آزمایش ردیف‌سازی کارت‌های تصویری استفاده شد که در آن از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که کارت‌های سه نوع داستان را ردیف کنند. یک نوع،

* در این مطالعه، برای سه عامل اسکیزوتایپی، عناوین شناختی-ادراکی، آشفتگی و بین فردی به کار رفته است.

داستان باور غلط (false belief) است که در آن شخصیت داستان ناآگاه از رخدادی که در آن داستان اتفاق می‌افتد، بر اساس اطلاعات غلط خود عمل می‌کند. برای ردیف کردن کارت‌های این داستان، آزمودنی به توانایی استنباط باورهای غلط شخصیت داستان و پیش‌بینی صحیح رفتارها بر اساس این باورهای غلط نیاز دارد. این نوع داستان، یک ابزار سنجشی شناخته شده برای ذهنی‌سازی تلقی می‌شوند. برای ردیف کردن دو داستان دیگر این مطالعه، نیازی به توانایی ذهنی‌سازی نیست. از این رو، نقص در داستان «باور غلط»، در قیاس با داستان‌های دیگر، ناتوانی و ضعف در ذهنی‌سازی را نشان می‌دهد.

در آزمایش اول مطالعه که در ۴۰ نفر آزمودنی بدون سابقه بیماری روان‌پزشکی انجام شد، آزمودنی‌ها با استفاده از median split به ۲۰ نفر با نمره بالاتر اسکیزوتایپی و ۲۰ نفر با نمره پایین‌تر اسکیزوتایپی تقسیم شدند. گروهی که نمره بالاتر اسکیزوتایپی داشتند، در داستان «باور غلط» در مقایسه با دیگر داستان‌ها ضعیف‌تر از گروهی که نمره اسکیزوتایپی پایین‌تر داشتند عمل می‌کردند. از سوی دیگر، با استفاده از median split برای تقسیم آزمودنی‌ها بر اساس نمره ذهنی‌سازی، مشخص شد که در ۲۰ نفری که نمره پایین‌تری در ذهنی‌سازی کسب کرده بودند، احتمال گزارش خصلت‌های اسکیزوتایپی در حوزه بین فردی و نه حوزه‌های دیگر، بیشتر است. پژوهشگران از این آزمایش نتیجه گرفتند که نقص ذهنی‌سازی اولیه است، چون در افرادی که هیچ سابقه بیماری روان‌پزشکی نداشته‌اند، با

بالا رفتن درجه اسکیزوتایپی، عملکرد ذهنی‌سازی ضعیف می‌شود. از این رو، نمی‌توان ضعف این توانایی در بیماران اسکیزوفرنیک را به انزوای اجتماعی حاصل از بیماری روان‌پزشکی آنان مرتبط دانست. البته ممکن است این ناتوانی عمدتاً مرتبط با پیوستار نشانه‌شناسی غیراجتماعی؛ یعنی ضعف در روابط بین فردی در افراد بهنجار و عاطفه سطحی در بیماران باشد.

اما این آزمایش خود برانگیزاننده سؤال دیگری بود: آیا این عملکرد ضعیف، ناشی از حساسیت به دشواری آزمایش و اثر سقف (ceiling effect) نیست؟ قابل توجه آنکه آزمایش «باور غلط» دشوارتر از دیگر داستان‌ها بوده است. از این رو، به منظور پاسخ دادن به این سؤال و نیز بررسی نظریه‌های رقیب برای توضیح نقص ذهنی‌سازی، آزمایش‌های دیگری ترتیب داده شد. این نظریات را می‌توان در دو اردوگاه قرار داد: یک اردوگاه، نظریه - نظریه (Theory-Theory) است که بر اساس آن، ذهنی‌سازی به دانش اندوخته درباره وضعیت‌های ذهنی و قواعد استنباط آنها وابسته است. اما طبق نظر طرفداران اردوگاه شبه‌سازی (simulation)، ما از نظریه برای ذهنی‌سازی استفاده نمی‌کنیم، بلکه فرد در تصور، خود را با افراد دیگر شبه‌سازی می‌کند (یعنی خود را جای آنها می‌گذارد) و سپس دست به فکر یا پیش‌بینی می‌زند.

اردوگاه اول، خود، در برگزیده دو فرضیه است؛ یکی نقص نظریه ذهن را ناشی از عدم رشد یک نظریه آگاهانه از بازنمایی‌ها می‌داند و دومی فرضیه «مکانیسم نظریه ذهن» (theory of mind)



mechanism) نام دارد و کانون توجه آن سازوکارهایی شناختی است که زیر بنای توانایی استنباط وضعیت‌های ذهنی از رفتارهاست. در این فرضیه، نقص در ذهنی‌سازی نه ناشی از فقدان این توانایی، بلکه به دلیل نقص در به کار بستن آن است. اما در اردوگاه شبیه‌سازی نیز دو فرضیه مهم وجود دارد. اول فرضیه برنامه‌ریزی اجرایی (executive planning) است. در این فرضیه، نقص ذهنی‌سازی، برآمده از دشواری و مشکلی اساسی مرتبط با هرگونه امر متضاد با واقعیت است؛ چه این امر باور غلط فردی دیگر باشد، چه یک وضعیت فرضی که شبیه‌سازی برای برنامه‌ریزی یا آزمودن یک استراتژی برای عمل، انجام می‌گیرد.

فرضیه دوم رها شدن (disengagement) نامیده شده است. بر اساس این فرضیه، نقص ذهنی‌سازی ناشی از این است که اطلاعات نامناسب و مهم (از نظر شناختی) فرد را به دام می‌اندازد و وی نمی‌تواند آنها را باز دارد و خود را رها سازد. همان‌گونه که گفته شد، نویسندگان برای مسئله روش شناختی و نیز آزمودن فرضیه‌های رقیب، آزمایش دیگری انجام دادند. اما برای سنجیدن فرضیات اردوگاه دوم از آزمایش برج لندن برای سنجش برنامه‌ریزی اجرایی و «داستان‌های دام افتادن» (capture stories) برای سنجش فرضیه رها شدن استفاده کردند. نتیجه این بود که اثر سقف و حساسیت و دشواری آزمایش‌ها تأثیری در نتیجه آزمایش اول ندارد و دیگر آنکه فرضیات برنامه‌ریزی اجرایی و رها شدن نمی‌توانند توضیح دهنده این نقص باشند. بنابراین نویسندگان، اردوگاه نظریه - نظریه و به ویژه فرضیه مکانیسم نظریه ذهن را برای توضیح نقص ذهنی‌سازی مناسب‌تر تشخیص دادند. به عبارت دیگر، از دیدگاه آنان مدولی شناختی وجود دارد که مسئول استنباط و بازنمایی وضعیت‌های ذهنی و رابطه بازنمایانه بین وضعیت ذهنی و واقعیت است که ممکن است به طریقی دچار اشکال و در افرادی که درجات بالاتر اسکیزوتایی را دارا هستند، به صورت نقص در ذهنی‌سازی مشاهده شود.

منبع

Langdon R, Coltheart M (1999). Mentalising, schizotypy and schizophrenia. *Cognition*. 71, 43-71.