

باورهای شبه‌سایکوتیک در گروهی از دانشجویان

دکتر محمد سجادی فر*، دکتر ونداد شریفی**، دکتر همایون امینی***

چکیده

هدف: نظر به اهمیت وجود برخی تجربه‌های سایکوتیک در افراد عادی و ارتباط آن با سلامت روان این بررسی با هدف سنجش باورهای شبه‌سایکوتیک در گروهی از دانشجویان علوم پزشکی به‌عنوان بخشی از جمعیت عمومی و بررسی ارتباط آن با سلامت روان انجام شده است. **روش:** این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است و در آن ۱۵۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران که سابقه بیماری روانی مهمی در گذشته و حال نداشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و به کمک پرسش‌نامه هذیان پیترز (PDI) و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) بررسی شدند. داده‌ها به کمک ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون من-ویتنی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که به‌طور متوسط هر فرد ۹/۳۸ باور شبه‌سایکوتیک را گزارش کرده است (دامنه صفر تا ۲۸ باور). فراوانی باورهای شبه‌سایکوتیک و میزان ابعاد آن رابطه معکوسی با سلامت روان داشت ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** در جمعیت دانشجویان، با وجود نبود بیماری مهم روانپزشکی، دامنه گسترده‌ای از باورهای شبه‌سایکوتیک دیده می‌شود و این باورها با سلامت روان ارتباط معکوس دارند.

کلیدواژه: باورهای شبه‌سایکوتیک، دانشجویان، سلامت روانی

مقدمه

(کلاریج^۲، ۱۹۷۲). بنابراین مرز بین نشانه‌های بیماری روانی یا علائم آنها و نمود ویژگی‌های فردی هر انسان روشن نیست. از این رو دیدگاهی در روانپزشکی مطرح شده که در آن آسیب‌شناسی به‌عنوان یک انحراف آماری از مقادیر بهنجار تعریف می‌شود. شواهد چندی در تأیید این دیدگاه وجود دارد (گاتسمن^۳، ۱۹۹۹؛ کانن^۴ و مدنیک^۵، ۱۹۹۰؛ چاپمن^۶ و

برخی بر این باورند که سایکوز و بهنجاری بر روی یک پیوستار قرار دارند (بلولر^۱، ۱۹۵۰). گروهی علائم سایکوتیک را نمود ویژگی‌های شدت یافته‌ای می‌دانند که در جمعیت عمومی؛ در افراد سالم تا کسانی که علائمی از آسیب روانی دارند اما سایکوتیک به‌شمار نمی‌روند دیده می‌شود

* روانپزشک، کرمانشاه، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمانشاه، مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری. فاکس: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۱۱۳ (نویسنده مسئول). E-mail: sajadifar56@yahoo.com

** روانپزشک، استادیار گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

*** روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

- | | |
|--------------|-------------|
| 1- Bleuler | 2- Claridge |
| 3- Gottesman | 4- Cannon |
| 5- Mednick | 6- Chapman |

چاپمن، ۱۹۸۸). تجربیات سایکوتیک در برخی افراد عادی شایع گزارش شده است. بیشتر این تجربیات ممکن است در حد علائم سایکوتیک باشند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این علائم با دیسترس و ناتوانی چشم‌گیری همراه هستند (مجتبایی، ۲۰۰۶).

ابزارهای گوناگونی برای سنجش علائم سایکوتیک در جمعیت عمومی ساخته شده است. در این میان پرسش‌نامه هذیان پیترز (PDI)^۱، باورهای هذیانی و شبه‌سایکوتیک در جمعیت عادی را با رویکرد بعدی می‌سنجد (پیترز^۲، امانویل^۳ و فیلیپا^۴، ۱۹۹۹). در این پرسش‌نامه هر باور افزون بر بود یا نبود آن، در چند بعد قابل بررسی است که عبارتند از میزان ناراحتی (دیسترس) ناشی از هر باور، میزان اشتغال ذهن به هر باور و میزان اطمینان به هر باور.

در پژوهشی که سازندگان PDI انجام داده‌اند، هر فرد به‌طور متوسط ۹/۷ باور را تجربه کرده است (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹). آمارهای مختلفی برای علائم سایکوتیک (از جمله باورهای هذیانی) ارایه شده است (وردو^۵ و ماریس-تیسونز^۶، ۱۹۹۸؛ وناس^۷ و وردو، ۱۹۹۹؛ آلتمن^۸، کالینز^۹ و موندی^{۱۰}، ۱۹۹۷). البته به‌نظر می‌رسد تفاوت آماری عنوان‌شده در مقاله‌های گوناگون بیشتر ناشی از نوع پرسش‌نامه به کار برده شده در بررسی‌ها باشد تا تفاوت افراد مورد بررسی (جانز^{۱۱}، ۲۰۰۴). تا آنجا که بررسی نگارندگان نشان می‌دهد در ایران تا کنون پژوهشی در زمینه شیوع افکار شبه‌سایکوتیک در جمعیت عادی گزارش نشده است. هدف این پژوهش بررسی میزان شیوع این افکار در گروهی از دانشجویان و بررسی ارتباط آن با سلامت روان بود.

روش

این بررسی از نوع مقطعی - توصیفی است. آزمودنی‌ها از بین دانشجویان سال سوم و چهارم رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با حضور در کلاس درس دانشجویان پیش از آغاز درس، پرسش‌نامه به آنان داده شده، از آنها درخواست می‌شد در صورت مصرف مواد (به‌جز نیکوتین و کافئین) طی یک ماه اخیر و یا سابقه بیماری روانپزشکی و یا مصرف داروی روانپزشکی از پرکردن پرسش‌نامه خودداری نمایند. از ۱۶۸

پرسش‌نامه توزیع شده، ۱۸ پرسش‌نامه برگشت داده نشد. میزان پاسخ‌گویی ۸۹٪ بود.

بررسی باورهای شبه‌سایکوتیک به کمک پرسش‌نامه هذیان پیترز (PDI) (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹) انجام شد. نمره‌های این ابزار شامل نمره مجموع (فراوانی باورها) و زیرنمره‌های ابعاد آن شامل درجه اطمینان، میزان ناراحتی و میزان اشتغال ذهنی است. این پرسش‌نامه ۴۰ پرسش دارد که در صورت پاسخ بلی به هر پرسش (باور)، از آزمودنی خواسته می‌شود میزان ناراحتی، اشتغال ذهنی و درجه اطمینان به آن را در مقیاسی از یک تا پنج گزارش کند. این پرسش‌نامه چهار گونه نمره‌بندی دارد که شامل نمره‌های مربوط به تجربه باورها (از یک تا ۴۰) و تجربیات مربوط به سه بعد یادشده (از یک تا ۲۰) است. روایی و پایایی آن بسیار مطلوب ارزیابی شده است (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹). در این بررسی، نسخه فارسی آن به کار برده شده است. یعقوب‌پور، شریفی، محمدی و امینی (۱۳۸۲) پایایی آن را ۰/۷۰ گزارش نمودند. هم‌چنین روایی صوری آن نیز بررسی شده که مطلوب بوده است. ترجمه معکوس این ابزار به انگلیسی توسط سازنده ابزار با نسخه اصلی مطابقت داده شده است. برای سنجش سلامت روان از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) (گلدبرگ^{۱۲} و هیلیر^{۱۳}، ۱۹۷۹) بهره گرفته شد که روایی و پایایی نسخه فارسی آن مطلوب بوده است (نوربالا، باقری‌یزدی، یاسمی و محمد، ۲۰۰۴). از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، ثبات درونی (آلفای کرونباخ) برابر ۰/۸۳ به‌دست آمد.

داده‌ها به کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^{۱۴}، ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون من-ویتنی^{۱۵} تحلیل گردیدند. توزیع نمره‌های PDI نرمال، چولگی^{۱۶} برابر ۰/۶۳ (SE=۰/۱۹) و کشیدگی^{۱۷} برابر ۰/۱۸ (SE=۰/۳۹) بود.

1- Peters Delusion Inventory 2- Peters
3- Emmanuelle 4- Philippa
5- Verdoux 6- Maurice-Tisons
7- van Os 8- Altman
9- Collins 10- Mundy
11- Johns 12- Goldberg
13- Hillier 14- Kolmogorov-Smirnov
15- Man-Whitney 16- skewness
17- kurtosis

یافته‌ها

از ۱۶۸ نفر دانشجویان سال سوم و چهارم رشته پزشکی، ۱۵۰ نفر پرسش‌نامه را تکمیل کردند. از این تعداد ۸۴ نفر (۵۶٪) زن و ۶۶ نفر (۴۴٪) مرد بودند. میانگین سنی این افراد ۲۳/۷ سال (انحراف معیار ۱/۲۷) بود. بیشترین فراوانی پاسخ مثبت مربوط به پرسش ۹ (مردم طوری که به نظر می‌رسند نیستند) با ۸۸/۷٪، پرسش ۲۲ (اعتقاد به تله پاتی) با ۵۴/۷٪ و پرسش ۶ (عقاید انتساب، حرف‌های دوپهلوی) با ۵۲٪ بود (جدول ۱) و کمترین پاسخ مثبت مربوط به پرسش‌های ۷ (عقاید انتساب، رسانه‌ها) و ۳۴ (احساس پوسیدگی و فاسد شدن بدن) به ترتیب با ۰/۷٪ و ۲/۷٪ بود. میانگین نمره مجموع PDI ۹/۳۸ (انحراف معیار ۵/۶) و میانه ۹ بود، به این معنی که به طور متوسط هر نفر ۹/۳۸ باور را گزارش کرد و به طور متوسط هر باور شبه‌سایکوتیک در ۲۳/۴٪ (از تقسیم میانگین باورها بر تعداد پرسش‌ها به دست آمده است) افراد وجود داشت. توزیع نمره‌های ابعاد باورها در PDI در **جدول ۲** آمده است.

در پرسش‌نامه GHQ، میانگین نمره کل افراد مورد بررسی ۴/۵۰ (انحراف معیار ۴/۷)، میانگین نمره علائم جسمانی ۱/۲۵ (انحراف معیار ۱/۷۲)، میانگین نمره عملکرد ۰/۸۶ (انحراف معیار ۱/۸) و میانگین نمره افسردگی ۱/۰۴ (انحراف معیار ۱/۸) بود. میزان بیماری احتمالی در پاسخگویان بر پایه نقطه برش در GHQ، ۳۲٪ بود.

جدول ۱- فراوانی پاسخ مثبت به مواد پرسش‌نامه هذیان پیتروز^۱ (PDI) (۵ پرسش شایع به ترتیب فراوانی) در آزمودنی‌ها (n=150)

شماره پرسش	متن پرسش	فراوانی (%)
۹	مردم طوری که به نظر می‌رسند نیستند	۱۳۳ (۸۸/۷)
۲۲	اعتقاد به تله پاتی	۸۲ (۵۴/۷)
۶	عقاید انتساب، حرف‌های دوپهلوی	۷۸ (۵۲)
۱۷	توانایی ویژه	۷۳ (۴۸/۷)
۱۸	وجود نیروی مرموز در جهان	۵۶ (۳۷/۳)

1- Peters Delusion Inventory

جدول ۲- آمار توصیفی نمره‌های شاخص‌های پرسش‌نامه هذیان پیتروز^۱ (PDI) در آزمودنی‌ها (n=150)

شاخص PDI	میانگین (انحراف معیار)	میانه	دامنه
نمره مجموع	۹/۳۸ (۵/۶)	۹	۰-۲۸
نمره میزان ناراحتی	۲۲/۳۹ (۱۷/۰۳)	۱۷	۱-۹۸
نمره اشتغال ذهن	۲۴/۸ (۱۶/۴)	۲۱	۱-۸۸
نمره اطمینان به افکار	۳۱/۷ (۱۹/۸)	۳۰	۱-۱۰۱

1- Peters Delusion Inventory

جدول ۳- ضریب‌های همبستگی اسپیرمن بین نمره‌های پرسش‌نامه هذیان پیتروز و پرسش‌نامه سلامت روان در آزمودنی‌ها (n=150)

نمره PDI ^۱ و GHQ ^۲	مجموع (PDI)	میزان ناراحتی (PDI)	اشغال ذهن (PDI)	اطمینان به افکار (PDI)	مجموع (GHQ)	اضطرابی (GHQ)	جسمانی (GHQ)	افسردگی (GHQ)	عملکرد (GHQ)
میزان ناراحتی (PDI)	***	۰/۸۹۰							
اشغال ذهن (PDI)	***	***	۰/۹۲۱						
اطمینان به افکار (PDI)	***	***	***	۰/۹۲۴	۰/۸۳۶	۰/۹۲۹			
مجموع (GHQ)	*	***	*	*	۰/۱۹۲	۰/۳۰۹	۰/۱۹۲		
اضطرابی (GHQ)	***	***	***	۰/۱۰۳	۰/۱۶۵	۰/۳۰۹	۰/۱۹۲		
جسمانی (GHQ)	***	***	***	***	۰/۷۸۸	۰/۱۹۵	۰/۲۴۹	۰/۳۷۵	۰/۲۹۳
افسردگی (GHQ)	***	***	***	*	***	***	***	***	***
عملکرد (GHQ)	***	***	***	*	۰/۵۴۸	۰/۷۹۲	۰/۲۴۴	۰/۳۳۱	۰/۲۸۶
	***	***	***	***	***	***	***	***	***
	*	*	*	*	۰/۴۵۵	۰/۴۵۳	۰/۶۹۵	۰/۰۳۷	۰/۱۳۶
	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	۰/۱۸۲	۰/۱۵۸	۰/۲۲۵	۰/۴۶۳	-۰/۱۰۱	-۰/۱۰۷	-۰/۰۰۳	۰/۱۳۵	

* p<۰/۰۵, ** p<۰/۰۱, *** p<۰/۰۰۱, 1- Peters Delusion Inventory, 2- General Health Questionnaire

میانگین تمام نمره‌های مربوط به باورهای شبه‌سایکوتیک و سلامت روان در زنان بیشتر از مردان بود، اما تنها در نمره مجموع ($p < 0/05$) ($U = 2192/5$)، نمره علائم جسمانی ($p < 0/01$) ($U = 2141/5$) و نمره عملکرد ($p < 0/05$) در GHQ تفاوت معنی‌دار دیده شد. در گروهی که بر پایه نقطه برش دارای بیماری احتمالی روانپزشکی بودند، تنها نمره میزان ناراحتی در PDI بیشتر از سایر افراد بود. نمره‌های مجموع PDI با نمره‌های مجموع GHQ و نمره‌های اضطرابی و جسمانی GHQ ارتباط مستقیم معنی‌داری داشت. به این شکل که هر چه میزان باورهای سایکوتیک (نمره PDI) بیشتر بود، نمره GHQ بیشتر و سلامت روانی پایین‌تر بود. این امر در زمینه نمره‌های میزان ناراحتی، اشتغال ذهن و اطمینان به افکار در PDI نیز صادق بود. در جدول ۳ ضریب‌های همبستگی بین نمره‌های PDI با یکدیگر و GHQ با یکدیگر نمایش داده شده‌اند.

بحث

این پژوهش نشان داد که در دانشجویان پزشکی دامنه گسترده‌ای از باورهای شبه‌سایکوتیک (بر پایه PDI) وجود دارد، به شکلی که به‌طور متوسط هر فرد نزدیک به نُه باور را گزارش کرده است و دامنه آن از صفر تا ۲۸ باور برای یک فرد گسترده است. شیوع هر یک از باورها نیز از ۰/۷٪ تا ۸/۸٪ در نوسان هستند. برخی از این باورها فراوانی چشم‌گیری داشتند، برای نمونه برخی افکار پارانوییدی و یا باورهایی هم‌چون باور به تله‌پاتی در بیش از نیمی از آزمودنی‌ها گزارش شده است. می‌توان گفت که هر باور شبه‌سایکوتیک در ۲۳/۴٪ از افراد وجود داشته است. این فراوانی چشم‌گیر با بررسی‌های دیگری که در زمینه باورهای سایکوتیک در جمعیت عادی انجام شده هم‌خوانی دارد. برای نمونه سازندگان PDI (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹) در گروهی از جمعیت عادی (که بیشتر دانشجویان بوده‌اند) دریافتند که تجربه هر باور به‌طور متوسط در ۲۵/۲٪ از کل نمونه گزارش می‌شود و هر فرد به‌طور متوسط ۹/۷ باور را در طول زندگی خود تجربه کرده است. در بررسی حاضر توزیع فراوانی باورها هم شباهت چشم‌گیری با بررسی یادشده دارد؛ برای نمونه در بررسی پیترز و همکاران (همان‌جا) شایع‌ترین تجربه عبارت از این باور بوده است که "مردم طوری که به‌نظر می‌رسند

نیستند" (با فراوانی ۷۵٪). در بررسی حاضر نیز شایع‌ترین تجربه همین باور و با شیوع ۸۸/۷٪ بود. در بررسی‌های دیگر با نسخه کوتاه‌تر PDI ($PDI-21$) نیز شیوع زیاد این باورها نشان داده شده است (لوندبرگ^۱ و کنتور-گری^۲، ۲۰۰۴؛ پیترز، جوزف^۳ و گارتی^۴، ۲۰۰۴). در بررسی‌های دیگری که با ابزارهای دیگر در جمعیت عادی انجام شده، شیوع چشم‌گیر علائم سایکوتیک گزارش شده است، از ۱۷/۵٪ تا ۲۸/۵٪ (وناس و هانسن^۵، ۲۰۰۰؛ پولتن^۶، کاسپی^۷ و کاندلر^۸، ۲۰۰۰؛ کندلر^۹، تاکر^{۱۰} و والش^{۱۱}، ۱۹۹۶).

یک عامل مهم در فراوانی بالای این علائم در نمونه حاضر ممکن است ویژگی سنی آزمودنی‌ها (میانگین ۲۳ سال) باشد. در بررسی‌های پیشین نیز شیوع باورهای شبه‌سایکوتیک در سنین جوانی بیشتر گزارش شده است (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴). ممکن است این یافته را به‌دلیل ویژگی‌های جمعیت جوان کنونی دانست که گرایش به باورهای غیرعادی در آنها بیشتر از نسل‌های پیشین گزارش شده است (پیترز و همکاران، ۲۰۰۴). یک مسئله مهم دیگر این است که تا چه حد این باورها فرهنگی هستند و باورهای پذیرفتنی و رایج در جامعه ما به‌شمار می‌روند. متأسفانه نبود بررسی‌هایی از این دست در کشورمان پاسخ به این پرسش را دشوار می‌سازد. هم‌چنین در این بررسی تفاوتی بین دو جنس از نظر فراوانی باورها و ابعاد آنها دیده نشد که با سایر بررسی‌های انجام شده (پیترز و همکاران، ۱۹۹۹، ۲۰۰۴) هم‌سویی دارد.

در بررسی حاضر نمره‌های PDI با نمره‌های GHQ (به‌عنوان شاخص سلامت روان) ارتباط معنی‌داری داشتند، به شکلی که نمره مجموع PDI (فراوانی باورها) به‌طور مستقیم با نمره کلی GHQ ارتباط داشت. در ضمن نمره‌های ابعاد میزان ناراحتی و اشتغال ذهنی با نمره مجموع PDI ارتباط مستقیم داشت. از این‌رو این احتمال را می‌توان مطرح کرد که فراوانی باورهای شبه‌سایکوتیک و میزان ناراحتی و اشتغال ذهنی به آنها هر چه بیشتر باشد، فرد سلامت روان پایین‌تری دارد.

برخی پژوهشگران نشان داده‌اند که وجود علائم سایکوتیک، احتمال ابتلای فرد را در آینده، نه تنها به سایکوز،

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1- Lundberg | 2- Cantor-Graae |
| 3- Joseph | 4- Garety |
| 5- Hanssen | 6- Pulton |
| 7- Caspi | 8- Cannon |
| 9- Kendler | 10- Thacker |
| 11- Walsh | |

سپاسگزاری

از کلیه دانشجویانی که با همکاری خود در انجام این بررسی یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۵/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۲۵

منابع

بحرینیان، عبدالمجید (۱۳۸۰). بررسی دانشجویان مشکوک به عدم سلامت روانی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ورودی ۷۷-۷۸. *مجله پژوهنده*، سال ششم، شماره ۲، ۲۰۰-۱۹۵.

دیباچ‌نیا، پروین؛ بختیاری، مریم (۱۳۸۱). وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشکده توانبخشی دانشگاه شهید بهشتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، سال اول، شماره ۴، ۳۰-۲۷.

یعقوب‌پور، نسیم؛ شریفی، ونیاد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون (۱۳۸۲). *بررسی و مقایسه فراوانی علایم سایکوتیک در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی خوشاوندان درجه اول و آزمودنی بهنجار*. پایان‌نامه دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

Altman, H., Collins, M., & Mundy, P. (1997). Sub-clinical hallucinations and delusions in non-psychiatric adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 413-420.

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias. Monograph series on schizophrenia*. New York, NY: International Universities Press, Inc.

Cannon, T. D., & Mednick, S. A. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive symptoms in schizophrenia in a high-risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 622-632.

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1988). The genesis of delusions. In T. F. Oltmanns, & B. A. Mahler (Eds.). *Delusional Beliefs* (pp.167-184). New York, NY: Wiley.

Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1994). Putatively psychosis-prone subject 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 171-183.

Claridge, G. S. (1972). The schizophrenias as nervous types. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1- 17.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

بلکه به اختلال‌های دیگری مانند افسردگی افزایش می‌دهد (وناس و وردو، ۱۹۹۹؛ چاپمن و چاپمن، ۱۹۹۴). گفتنی است که شمار چشم‌گیری از آزمودنی‌ها بر پایه نقطه برش در GHQ مشکوک به اختلال اعصاب و روان شناخته شدند (نزدیک به ۳۲٪) و این در حالی است که از دانشجویان خواسته شده بود در صورتی که سابقه مراجعه و درمان روانپزشکی داشته‌اند، از پرکردن پرسش‌نامه خودداری کنند. این شیوع بالاتر از میانگین کشوری ۲۱/۵٪ (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴)، با برخی بررسی‌های انجام شده در دانشجویان هم‌سویی دارد (دیباچ‌نیا و بختیاری، ۱۳۸۱؛ بحرینیان، ۱۳۸۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اعتبار پرسش‌نامه خودگزارشی برای سنجش علایم سایکوتیک است. امکان دارد برخی پرسش‌ها را پاسخ‌گویان به درستی متوجه نشوند و تجربیات و ادراکات غیرسایکوتیک را به عنوان تجربه سایکوتیک گزارش کنند. البته سازندگان PDI در بررسی‌هایی نشان داده‌اند که این ابزار دارای روایی سازه^۱، افتراقی^۲ و همگرا^۳ و نیز روایی معیار^۴ است و در ضمن ابزاری پایا تلقی می‌شود. نسخه فارسی نیز ثبات درونی و پایایی بازآزمایی مناسبی دارد. در عین حال گزارش تجربه سایکوتیک به معنی ابتلای فرد به سایکوز نیست (هانسن، بی‌جی^۵ و وناس، ۲۰۰۳) و قابلیت تشخیصی و غربالگری آن برای سایکوز ضعیف است. برخی پژوهشگران نشان داده‌اند که شیوع این علایم حتی زمانی که توسط روانپزشک شناسایی می‌شود چند برابر شیوع اختلال‌های سایکوتیک مانند اسکیزوفرنیا است (وناس و هانسن، ۲۰۰۰). محدودیت دیگر پژوهش، انجام آن بر روی گروهی از دانشجویان پزشکی بود که تعمیم‌پذیری داده‌ها را به سایر گروه‌ها با اشکال روبرو می‌کند. هم‌چنین افراد نمونه دارای میزان تحصیلات بالاتری نسبت به جمعیت عمومی هستند و احتمال ابتلای افراد دارای تحصیلات بالاتر به انواع سایکوز کمتر است. با این حال بررسی‌های پیشین در مورد علایم شبه‌سایکوتیک در جمعیت عمومی نشان داده است که بین افراد دارای تحصیلات بالا و پایین از نظر نمره PDI تفاوتی وجود ندارد (لوندبرگ و کتور-گری، ۲۰۰۴). پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده، افکار و باورهای به‌سایکوتیک در نمونه‌هایی که بیشتر معرف جمعیت عمومی باشند، انجام شود.

1- construct
2- discriminant
3- convergent
4- criterion
5- Biji

- Gottesman, I. I. (1999). *Schizophrenia genesis: The origin of madness*. New York, NY: W. H. Freeman & Company.
- Hanssen, M. S., Biji, R. V., & van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: A valid screening tool for DSM-111-R psychotic disorder? *Acta Psyciatrica Scandinivca*, *197*, 369-377.
- Johns, L. C. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 298-305.
- Kendler, K. S., Thacker, L., & Walsh, D. (1996). Self-report measures of schizotypy as indices of familial vulnerability to schizophrenia. *Schizophrnia Bulletin*, *22*, 511-520.
- Lundberg, P., & Cantor-Graae, E. (2004). Prevalence of delusional ideation in a district in south western Uganda. *Schizophrnia Research*, *71*, 27-34.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 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*, 70-77.
- Peters, E., Emmanuelle, R., & Philippa, A. (1999). Measurement of delusional ideation in normal population: Introducing the PDI. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 553-563.
- Peters, E., Joseph, S., & Garety, P. (2004). Measuring delusional ideation: The 21- Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 1005-1023.
- Pulton, R., Caspi, A., & Cannon, M. (2000). Children self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: 15-years longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1053-1058.
- van Os, J., & Verdoux, H. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 459-463.
- van Os, J., & Hanssen, M. (2000). A psychosis continuum in the general population. *Schizophrnia Research*, *45*, 11-20.
- Verdoux, H., & Maurice-Tisons, G. B. (1998). A survey of delusional ideation in primary care patients. *Psychology Medicine*, *28*, 127-134.