

مقایسه تجارب تجزیه‌ای و خلاقیت در دانشجویان دارای علائم هیپومانی و اسکیزوتایپی بالا<sup>۱</sup>  
*Investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis*

**Abbas Rouhani** (Corresponding author)  
Faculty member, Dept. of Psychology, Mobarakeh  
Branch, Islamic Azad University, Mobarakeh, Iran  
Email: abas1345r@yahoo.com  
**Yaghoob Harouni**  
M.A. in Psychology,

**عباس روحانی** (نویسنده مسئول)  
عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه، مبارکه، ایران  
Email: abas1345r@yahoo.com

**یعقوب هارونی**  
کارشناسی ارشد روانشناسی

**Abstract**

**Aim:** This study aimed to investigate the effectiveness of group therapy based on compassion-focused therapy, on increasing self-compassion in male patients diagnosed with multiple sclerosis in Isfahan. **Methods:** Using A pretest-posttest quasi experimental Design, this study was conducted with an experimental group and a control group. Sample for study was chosen with available sampling from the male patients who came to MS society and among them a group of 30 patients was randomly divided into a experimental group and a control group of 15 individuals. In the pretest stage, Beck's questionnaire of self-compassion was used. The experimental group of compassion-focused therapy received 8 90-minute sessions and the control group received no treatment. In the post-test, the questionnaire was administered to both groups again. And the data were analyzed using variance and covariance method. **Results:** The results demonstrated that in the post-test stage, score of self-compassion of the experimental group increased significantly compared to the control group. Therefore, group therapy which was based on compassion-focused therapy has been effective in increasing self-compassion in men with Multiple Sclerosis. **Conclusion:** The results emphasize the importance of these interventions in the treatment of self-compassion of people with multiple sclerosis and also put emphasis on presenting new horizons in clinical interventions.

**Keywords:** compassion-focused therapy, group therapy, self-compassion, multiple sclerosis

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تجارب تجزیه‌ای و خلاقیت در دانشجویان دارای علائم هیپومانی و صفت اسکیزوتایپی بالا با افراد بهنجار صورت گرفته است. به این منظور از جامعه آماری دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تبریز، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۱۵۷۰ نفر انتخاب شدند و مجموعه‌ای از ابزارهای غربال‌گری را تکمیل کردند. افرادی که در پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی نمرات بالاتر از ۴۱ کسب نمودند به عنوان افراد دارای صفت اسکیزوتایپی بالا و افرادی که در چک لیست ۱۶ آیتمی هیپومانی نمرات بالاتر از ۷ کسب نمودند به عنوان افراد دارای علائم هیپومانی انتخاب شدند. افرادی که نمرات پایینی به دست آوردند (نمره ۳ در HCL-16 و نمره ۱۲ در SPQ) به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. سپس فهرست وارسی علائم تجدید نظر شده ۹۰ سوالی به این افراد داده شد تا تکمیل کنند و افرادی که علائم سایر اختلال‌ها را داشتند از پژوهش حذف شدند. در نهایت افراد باقی مانده در ۳ گروه بهنجار، اسکیزوتایپی بالا و هیپومانی، پرسشنامه خلاقیت عابدی، پرسشنامه خلاقیت تورنس فرم B و مقیاس تجارب تجزیه‌ای را تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که خلاقیت در افراد دارای علائم هیپومانی بیشتر از اسکیزوتایپی بالا و افراد بهنجار و در افراد دارای صفت اسکیزوتایپی بالا بیشتر از افراد بهنجار است ( $p < 0.05$ ). نتایج همچنین نشان داد که تجارب تجزیه‌ای در افراد دارای صفت اسکیزوتایپی بالا بیش از افراد هیپومانی و گروه کنترل و در افراد دارای علائم هیپومانی بیش از گروه کنترل است ( $p < 0.05$ ). نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد شواهدی در تأیید مدل U وارونه ارتباط خلاقیت با آسیب‌شناسی روانی است و هم چنین تجارب تجزیه‌ای در افراد مستعد سایکوز الگوهای متفاوتی دارد.

**کلید واژه‌ها:** اسکیزوتایپی بالا، هیپومانی، خلاقیت، تجارب تجزیه‌ای، استعداد سایکوز

## مقدمه

خلاقیت سازه‌ای چند بعدی است که توسط ابزارهای گوناگونی اندازه‌گیری می‌شود. از خلاقیت تعاریف متعددی ارائه شده است. استرنبرگ (۲۰۰۱) خلاقیت را توانایی ایجاد اندیشه‌های نو در سطح عالی می‌داند که آمیزه‌ای از توان نوآوری، انعطاف پذیری و حساسیت در برابر باورهای موجود است و به فرد این توانایی را می‌دهد که همراه با اندیشه منطقی و خردمندانه به یافته‌های دیگری بیندیشد تا دستاوردهای سودمند برای او و دیگران داشته باشد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که خلاقیت با ویژگی‌های آسیب شناختی اختلالات خلقی و سایکوتیک ارتباط دارد. شواهد تجربی و بالینی نشان می‌دهد که میزان و شدت علائم آسیب‌شناسی روانی در افراد خلاق بیشتر از جمعیت عمومی است (جامیسون، ۱۹۸۹). همچنین نتایج تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته است نشان می‌دهد که افرادی که خلاقیت بالایی دارند نمرات بالاتری در ابزارهای سایکوپاتولوژی کسب می‌کنند (آندرسون، ۱۹۹۶). علاوه بر این در خویشاوندان افراد اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات، خلاقیت بیشتر از افراد عادی دیده می‌شود (برود، ۱۹۹۷) و خلاقیت با روان رنجوری ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد (آیزنک، ۱۹۹۵). اگرچه خلاقیت و آسیب‌شناسی روانی ارتباط نزدیکی باهم دارند، برخی از محققان ارتباط مثبت و معنی‌داری بین خلاقیت و سلامت روانی یافتند (دورنبرگر، ۱۹۹۹). در مناقشه‌های کنونی در مورد ارتباط خلاقیت با آسیب‌شناسی روانی از یک طرف ارتباط بین اختلالات طیف اسکیزوفرنی با خلاقیت و از طرف دیگر ارتباط اختلالات عاطفی (افسردگی-شیدایی) با خلاقیت مطرح می‌شود. در این رابطه ساس (۲۰۰۰) بر ارتباط اختلالات طیف اسکیزوفرنی با خلاقیت تاکید می‌کند و جامیسون (۲۰۰۱) بر اختلالات طیف دوقطبی<sup>۱</sup>.

نتایج پژوهش‌ها (اسچلدبرگ، ۲۰۰۰؛ واینستاین و گریوز، ۲۰۰۲؛ بورچ و همکاران، ۲۰۰۶؛ نل و کلگک، ۲۰۰۶) نشان می‌دهد که اسکیزوتایپی با خلاقیت ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. اگرچه تحقیقات صورت گرفته در جمعیت عمومی بیشتر بر اسکیزوتایپی و اختلالات طیف اسکیزوفرنی تاکید داشته‌اند. اختلال دوقطبی مدت زمان زیادی است که مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا آکسکال (۱۹۸۳) طیف دو قطبی را مطرح می‌کند و اظهار می‌کند که ویژگی‌های عاطفی چون هیپومانیا و سیکلوتایمی ویژگی‌های پیش‌مرضی هستند که شکل خفیف اختلال دوقطبی را نشان می‌دهند. به همین ترتیب نواکوسکا و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که نمرات تحریک پذیری و سیکلوتایمی در مشارکت کنندگان دو قطبی و گروه کنترل خلاق بیشتر از افراد بهنجار است. استرونک و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که عامل سیکلوتایمی/دیستایمی با خلاقیت ارتباط دارد. همچنین ریچارد و همکاران (۱۹۸۸) و سانتوسا و همکاران (۲۰۰۷) سطوح بالایی از خلاقیت را در بیماران دوقطبی گزارش کردند.

در این راستا برود (۱۹۹۷) اظهار می‌کند که آسیب‌شناسی روانی شدید فعالیت خلاق را بازداري می‌کند. او خاطر نشان می‌سازد که خلاقیت با آسیب‌شناسی روانی خفیف به جای سایکوز تمام عیار ارتباط دارد. بنابراین خلاقیت و جنون ممکن است ارتباط معکوس U شکلی داشته باشند. به این ترتیب در حالت خفیف سایکوپاتولوژی میزان خلاقیت افزایش می‌یابد و با شدیدتر شدن سایکوپاتولوژی میزان خلاقیت کاهش می‌یابد (آکسکال و آکسکال، ۱۹۸۸). نتایج تحقیقات ریچارد و همکاران (۱۹۸۸) از این دیدگاه حمایت می‌کند. نتایج آنها نشان داد که بستگان درجه یک سالم افراد مبتلا به اختلالات روانی سطوح بالاتری از خلاقیت را نشان دادند. این ارتباط معکوس U شکل متناظر با این دیدگاه است که ویژگی‌های سایکوتیک به عنوان طیف صفات شخصیتی در جمعیت عمومی دیده می‌شود.

<sup>۱</sup>. bipolar spectrum

مشاهدات بالینی و غیربالینی حاکی از آن است که همانند خلاقیت، تجارب تجزیه‌ای نیز با اختلالات روانپزشکی مرتبط هستند. در جمعیت بالینی، تشخیص افتراقی اختلالات تجزیه‌ای و اختلالات طیف اسکیزوفرنی بسیار مشکل است و گزارش شده است که بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای به طور خاص مستعد تشخیص اشتباه اسکیزوفرنی هستند (بوون و همکاران، ۱۹۹۳؛ پوتنام، ۱۹۸۶).

اصطلاح تجزیه به عنوان آشفتگی در عملکردهای منسجم هوشیاری، حافظه، هویت و ادراک محیط، یا جدایی ساختاریافته فرآیندهای ذهنی (برای مثال، افکار، هیجانات، شناخت، حافظه، و هویت) که به طور معمول یکپارچه در نظر گرفته می‌شوند، تعریف شده است (اشپیگل، ۱۹۹۱). مثال شناخته شده از یک تجربه تجزیه‌ای در زندگی روزمره اصطلاح "هیپنوز بزرگراه" نامیده می‌شود، که در آن راننده‌ای در یک سفر طولانی ممکن است به طور عمیقی درگیر تخیل و رؤیا شود، در عین حال وسیله نقلیه را در جاده هدایت کند. در اینجا فرآیندهای شناختی و ادراکی مرتبط با رانندگی به طور موقت از حیطه هشیاری جدا شده‌اند. در بافتار کلینیکی، فرآیندهای تجزیه‌ای زیربنای اختلالات تجزیه‌ای از قبیل اختلال هویت تجزیه‌ای و اختلال مسخ شخصیت هستند (استرنبرگ، ۱۹۹۵). افراد در میزان توانایی یا تمایلشان برای حالت تجزیه با هم تفاوت دارند؛ به عبارتی، تمایلات تجزیه‌ای حالت ابعادی دارند.

نشانه‌های تجزیه‌ای در بسیاری از اختلالات روانپزشکی مشاهده شده است، اما اطلاعات کمی درباره ارتباط احتمالی آن با افراد مستعد این اختلالات وجود دارد. استفاده از نمونه‌های اسکیزوتایپی و هیپومانی فرصت مناسبی برای مطالعه شاخص‌های زیستی و شناختی آسیب پذیر برای اسکیزوفرنیا و دوقطبی بدون مداخله اثرات بلند مدت بستری شدن در بیمارستان، دارو و علائم شدید روانی فراهم آورد. در اینجا فرضیه کلی این است که افراد بهنجار مستعد سایکوز نمرات بالاتری در ابزارهای خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای به دست می‌آورند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای در افراد هیپومانی و اسکیزوتایپی بالا با افراد بهنجار است.

## روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دوره کارشناسی تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در دانشگاه تبریز مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای ۱۵۷۰ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی انتخاب شدند. در طی اجرای پژوهش، جهت ایجاد انگیزه مشارکت در مشارکت کنندگان ابتدا فرایند پژوهش به این صورت برای آزمودنی‌ها شرح داده شد: [دوست گرامی پرسشنامه‌ای که در دست دارید جهت انجام یک کار پژوهشی در حیطه روانشناسی است. این پژوهش در دو مرحله صورت می‌گیرد: مرحله اول شامل اجرای پرسشنامه و گزینش افراد است و مرحله دوم شامل اجرای تست‌های خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای است. شرکت در جلسات رایگان است و در ضمن جلسات همراه با پذیرایی است و هدایایی هم به رسم یاد بود به شرکت کنندگان اهداء می‌گردد.] سپس پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ) و چک لیست ۱۶ آیتمی هیپومانی به افراد داده شد تا تکمیل کنند. افرادی که در پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (SPQ) نمرات بالاتر از نقطه برش (۴۱) کسب کردند، به عنوان افراد دارای صفت اسکیزوتایپی بالا، و افرادی که در چک لیست ۱۶ آیتمی هیپومانی نمرات بالاتر از نقطه برش (۷) کسب نمودند، به عنوان افراد دارای علایم هیپومانی انتخاب شدند. افرادی که در هر دو پرسشنامه نمرات پایینی کسب نمودند (در SPQ نمره کمتر از ۱۲ و در HCL-16 نمره کمتر از ۳ کسب نمودند) به عنوان گروه بهنجار انتخاب شدند. سپس فهرست وارسی علائم تجدید نظر شده ۹۰ سوالی به این افراد داده شد تا تکمیل کنند و افرادی که علائم سایر اختلال‌ها را داشتند از گروه نمونه حذف شدند. در نهایت به صورت تصادفی از بین افراد باقی مانده ۳۷ نفر در گروه اسکیزوتایپی بالا، ۴۲ نفر گروه هیپومانی و ۴۰ نفر در گروه بهنجار قرار گرفتند و مجموعه چند ابزار خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای را تکمیل کردند.

## ابزار

الف. ابزارهای غربال‌گری

۱. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته و به منظور تعیین مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از جمله جنسیت، وضعیت تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر و تعداد اعضای خانواده، تهیه گردید.

۲. پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال (SPQ): این ابزار شامل ۷۴ پرسش، ۹ ماده و ۳ عامل است. ماده‌ها شامل: عقاید انتساب، اضطراب اجتماعی مفرط، عقاید غریب یا تفکر جادویی، تجارب ادراکی غیرمعمول، رفتار عجیب یا غیرعادی، فقدان دوستان نزدیک، گفتار غریب، عاطفه سطحی و سوءظن است. عامل‌ها نیز شامل شناختی-ادراکی، بین فردی و آشفتگی است. تحلیل عاملی تأییدی نشان داده است که SPQ به سه عامل نقایص شناختی-ادراکی، نقایص بینفردی، و آشفتگی، تجزیه می‌شود (راینی و همکاران، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی ۰/۹۰ و ۰/۹۱ برآورد شده و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ متغیر است (میانگین ۰/۷۴). پایایی آزمون-بازآزمون دو ماهه ۰/۸۲ است (راینی، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر برای تعیین ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۹ بود.

۳. چک لیست ۱۶ آیتمی هیومانا:

این چک لیست یک ابزار غربال‌گری است که برای شناسایی مؤلفه‌های هیومانیسم در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و کمک به متخصصین برای تمایز بین اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع I و II ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس فعال/شاد ۰/۷۰، برای خرده مقیاس تحریک پذیری/خطرپذیری ۰/۶۵ و برای کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است (فورتی و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر برای تعیین ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۷۱ بود.

۴. فهرست وارسی علائم تجدید نظر شده ۹۰ سوالی (SCL-90-R): این پرسشنامه به عنوان یک ابزار غربالگری و جهت تأیید سلامت روانی آزمودنی‌ها در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۹ بعد و ۹۰ سؤال است. ابعاد ۹ گانه عبارتند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، شکایت‌های جسمانی، وسواسی-اجباری، ترس مرضی، روان پریشی و پارانوئید. همچنین در این پرسشنامه ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه گانه فوق دسته‌بندی نشده است و از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند. نمره گذاری این پرسشنامه ۹۰ سوالی شامل پنج درجه (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) بوده که هیچ، نمره صفر و خیلی زیاد، نمره ۴ می‌گیرد و کسب نمره بالا در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. همچنین نتایج محاسبه پایایی در ایران بر پایه روش بازآزمایی ۰/۹۷ گزارش شده است (باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی، ۱۳۷۳). در پژوهش حاضر برای تعیین ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۹۱ بود.

ب. ابزارهای اخلاقی و تجارب تجزیه‌ای

۱) پرسشنامه اخلاقی عابدی: این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال سه گزینه‌ای است و بر اساس آزمون اخلاقی تورنس و برای ارزیابی ۴ مؤلفه سیالی، ابتکار، انعطاف پذیری و بسط تدوین شده است. گزینه‌ها از کم به زیاد مرتب شده‌اند. گزینه الف ۱ امتیاز، گزینه ب ۲ امتیاز و گزینه ج ۳ امتیاز دارد. دائمی و مقیمی بارفروش (۱۳۸۳) ضریب پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های سیالی، بسط، ابتکار و انعطاف پذیری را به ترتیب ۰/۲۳، ۰/۴۴، ۰/۶۱ و ۰/۵۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای تعیین ضریب همسانی درونی از

آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مؤلفه‌های سیالی، ابتکار، انعطاف پذیری و بسط به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۶، ۰/۶۹، ۰/۷۱ و برای کل آزمون ۰/۷۸ به دست آمد.

۲) پرسشنامه خلاقیت تورنس فرم B: آزمون خلاقیت تورنس فرم تصویری شامل سه قسمت تصویر سازی، تکمیل تصاویر و تصویر سازی با دایره‌ها است که بر اساس چهار ویژگی اصلی تفکر واگرا یعنی سیالی، انعطاف پذیری، بسط و ابتکار که در مدل ساختار هوش گیلفورد مطرح شده‌اند، طراحی شده است (دائمی و مقیمی بار فروش، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر برای تعیین ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۱ بود.

۳) مقیاس تجارب تجزیه‌ای (DES): یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۸ آیتم است. از فرد خواسته می‌شود فراوانی تجارب تجزیه‌ای را در زندگی روزمره خود در مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ رتبه‌بندی کند. این ابزار پایایی خوبی دارد. کارلسون و پوتنام (۱۹۹۳) آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که برابر با ۰/۸۳ بود. آیتم‌های ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۲۲ و ۲۷ تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک را می‌سنجند.

#### یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی گروه‌ها در جدول ۱ آمده است. در این پژوهش خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای متغیر مستقل و گروه‌ها (هیپومانی، اسکیزوتایپی بالا و بهنجار) به عنوان متغیر وابسته مطرح هستند. بر این اساس، برای بررسی دو فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس یک طرفه به عنوان روش آماری استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون لوین برای خلاقیت (F برابر ۰/۷۳۶ و p برابر ۰/۷۸۵) و برای تجارب تجزیه‌ای (F برابر ۰/۴۸۷ و p برابر ۰/۷۳۴) پیش فرض تساوی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد و مفروضه لازم برای استفاده از این آزمون آماری برای هر دو فرضیه وجود دارد. برای تعیین این که این تأثیر کلی در کدام گروه‌ها وجود دارد، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) انجام گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲، میزان F برای مؤلفه‌های سیالی، انعطاف و ابتکار در پرسشنامه خلاقیت عابدی و مؤلفه‌های سیالی، انعطاف، ابتکار و بسط در آزمون تفکر خلاق تورنس فرم B معنادار است ( $P < 0/05$ ) و گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای مورد نظر با همدیگر تفاوت معناداری دارند. در حالی که در مؤلفه بسط بین سه گروه در پرسشنامه خلاقیت عابدی تفاوت معنی‌داری یافت نشد ( $P > 0/05$ ). با توجه به معناداری تفاوت‌ها در متغیرهای مورد نظر برای مشخص کردن دقیق تفاوت‌ها در بین سه گروه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های سیالی و ابتکار در پرسشنامه خلاقیت عابدی نمرات افراد در گروه هیپومانی بیشتر از اسکیزوتایپی بالا و در گروه اسکیزوتایپی بالا بیشتر از افراد بهنجار است. در مؤلفه انعطاف نمرات گروه هیپومانی بیشتر از افراد بهنجار است. نتایج آزمون LSD همچنین نشان می‌دهد که در مؤلفه سیالی در آزمون تفکر خلاق تورنس فرم B نمره گروه اسکیزوتایپی بالا بیشتر از هیپومانی و در گروه هیپومانی بیشتر از افراد بهنجار است در حالی که در مؤلفه انعطاف در این آزمون نمره گروه هیپومانی بیشتر از اسکیزوتایپی بالا و در گروه اسکیزوتایپی بالا بیشتر از افراد بهنجار است، در مؤلفه‌های ابتکار و بسط نمره گروه اسکیزوتایپی بالا و هیپومانی بیشتر از افراد بهنجار است در حالی که بین نمرات این دو گروه تفاوتی معنی‌داری یافت نشد. نتایج این آزمون آماری همچنین نشان داد که نمره کلی خلاقیت در گروه هیپومانی بیشتر از اسکیزوتایپی بالا و در گروه اسکیزوتایپی بالا بیشتر از افراد بهنجار است.

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت شناختی هر یک از گروه‌ها به تفکیک

متغیر	اسکیزوتایپی بالا فراوانی (درصد) N=۳۷	هیپومانی فراوانی (درصد) N=۴۲	بهنجار فراوانی (درصد) N=۴۰
جنسیت مرد	۱۶ (۴۳/۲۴)	۱۵ (۳۵/۷۱)	۱۴ (۳۵)
زن	۲۱ (۵۶/۷۶)	۲۷ (۶۴/۲۹)	۲۶ (۶۵)
وضعیت تحصیلی ضعیف	۱۳ (۳۵/۱۳)	۴ (۹/۵۳)	۳ (۷/۵)
متوسطخوب	۱۴ (۳۷/۸۵)	۲۱ (۵۰)	۱۵ (۳۷/۵)
تحصیلات پدر بی‌سواد	۱۰ (۲۷/۰۲)	۱۷ (۴۰/۴۷)	۲۲ (۵۵)
زیر دیپلم	۱۳ (۳۵/۱۳)	۱۲ (۲۸/۵۷)	۱۰ (۲۵)
دیپلم و فوق دیپلم	۹ (۲۴/۳۲)	۱۰ (۲۳/۸۱)	۱۱ (۲۷/۵)
لیسانس و بالاتر	۹ (۲۴/۳۲)	۸ (۱۹/۰۵)	۶ (۱۵)
تحصیلات مادر بی‌سواد	۶ (۱۶/۲۳)	۱۲ (۲۸/۵۷)	۱۳ (۳۲/۵)
زیر دیپلم	۱۷ (۴۵/۹۵)	۸ (۱۹/۰۵)	۹ (۲۲/۵)
دیپلم و فوق دیپلم	۱۱ (۲۹/۷۴)	۱۳ (۳۰/۹۵)	۵ (۱۲/۵)
لیسانس و بالاتر	۹ (۲۴/۳۲)	۱۴ (۳۳/۳۳)	۱۷ (۴۲/۵)
تعداد اعضای خانواده ۲ تا ۳ نفر	-	۷ (۱۶/۶۷)	۹ (۲۲/۵)
۳ تا ۴ نفر	-	۲ (۴/۷۷)	۶ (۱۵)
۴ تا ۵ نفر	۹ (۲۴/۳۲)	۷ (۱۶/۶۷)	۱۱ (۲۷/۵)
۶ نفر و بیش‌تر	۱۱ (۲۹/۷۴)	۱۴ (۳۳/۳۳)	۷ (۱۷/۵)
	۱۷ (۴۵/۹۴)	۱۹ (۴۵/۲۳)	۱۶ (۴۰)

جدول ۲. نتایج یافته‌های توصیفی، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی LSD به تفکیک گروه‌ها

آزمون	اسکیزوتایپی بالا (S)			هیپومانی (H)		بهنجار (N)		F	سطح معنی‌داری	آزمون تعقیبی LSD
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
خلاصیت عابدی	سیالی	۳۷/۲	۶/۴	۴۰/۵	۳/۵	۳۶/۶	۵/۱	۵/۷	۰/۰۰۱	H>S>N
	انعطاف	۲۲/۷	۴	۲۵/۹	۳/۱	۲۲/۳	۳/۷	۴/۲	۰/۰۱۱	H>N
	ابتکار	۴۸/۹	۷/۵	۵۲/۸	۴/۷	۴۶/۹	۷/۷	۷/۶	۰/۰۰۱	H>S>N
	بسط	۲۶/۹	۴/۲	۲۹/۲	۲	۲۶/۳	۳/۸	۱/۸	۰/۰۷۰	-
تفکر خلاق تورنس فرم B	سیالی	۱۶/۳	۳/۴	۱۴/۱	۴/۲	۱۲/۵	۴/۷	۵/۲	۰/۰۱۶	S>H>N
	انعطاف	۱۲/۴	۳/۵	۱۳/۱	۳/۸	۱۱/۹	۲/۶	۴/۴	۰/۰۰۵	H>S>N
	ابتکار	۲۱/۹	۹/۳	۲۲/۲	۱۱/۸	۱۷/۵	۸/۹	۳/۹	۰/۰۴۲	S, H>N
	بسط	۹۱/۸	۲۶/۳۰	۹۲/۲	۲۸/۶	۸۷/۸	۲۴/۸	۱۱/۷	۰/۰۰۱	S, H>N
خلاصیت کلی	-	۴۰/۸۵	۱۰/۲۲	۴۱/۵۳	۹/۸۱	۳۷/۸۱	۹/۸۱	۶/۸	۰/۰۰۱	H>S>N
تجارب غیرپاتولوژیک		۴۹	۱۴/۲	۳۶	۱۷/۳	۲۲/۹	۱۵/۵	۳/۳۴	۰/۰۲۷	N, H>S
تجارب پاتولوژیک		۲۹/۲	۱۲/۷	۲۰/۱	۱۰/۱	۱۲/۷	۱/۹	۲/۸۹	۰/۰۳۱	N>H>S

همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تجارب تجزیه‌ای غیرپاتولوژیک  $F=۳/۳۴$ ،  $p<۰/۰۵$  و تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک  $F=۲/۸۹$ ،  $p<۰/۰۵$  بین گروه‌ها متفاوت بود. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک و غیرپاتولوژیک در افراد دارای اسکیزوتایپی بالا بیش از افراد هیپومانی و گروه کنترل است. علاوه بر این، تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک در افراد دارای هیپومانی بیش از گروه کنترل است ( $p<۰/۰۵$ )، اما تفاوتی بین افراد هیپومانی و گروه کنترل در خرده مقیاس تجارب تجزیه‌ای غیرپاتولوژیک وجود نداشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه خلاقیت و تجارب تجزیه‌ای در افراد مستعد سایکوز (هیومانی و اسکیزوتایپی بالا) با افراد بهنجار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات پرسشنامه خلاقیت عابدی در گروه هیومانی بیشتر از گروه اسکیزوتایپی بالا و بهنجار است. این یافته با نتایج پژوهش نتل (۲۰۰۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت عاطفه مثبت فرایند تفکر خلاق را تسهیل می‌کند و از آنجایی که در مرحله غربال‌گری با استفاده از فهرست وارسی علائم تجدید نظر شده عاطفه منفی (افسردگی و اضطراب) کنترل شد، بنابراین افراد هیومانی دارای خصیصه برجسته فعالیت/شادکامی خلاقیت بیشتری گزارش کردند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمرات خلاقیت در ابزار تفکر خلاق (فرم B خلاقیت تورنس) در گروه اسکیزوتایپی بیشتر از گروه هیومانی و گروه بهنجار است. این یافته با نتایج پژوهش بورچ و همکاران (۲۰۰۶) نتل و کلگک (۲۰۰۶)؛ فورنهام و همکاران (۲۰۰۸) و اسپلدبرگ (۲۰۰۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خلاقیت با نیمکره راست ارتباط دارد و چون افراد اسکیزوتایپال در پردازش نیمکره‌ها عدم تقارن دارند و نیمکره راست در آنها برتری دارد (فیشر و همکاران، ۲۰۰۴)، بنابراین خلاقیت بیشتری گزارش می‌کنند. به عبارت دیگر سوگیری نیمکره‌ای ممکن است عامل سست شدن تداعی‌ها در این افراد باشد و اتصال غیر معمول عقاید به هم که توسط فعالیت نیمکره راست تسهیل می‌شود، ممکن است قسمتی از فرایند تفکر خلاق باشد. این یافته‌ها به طور کلی نشان می‌دهد که اسکیزوتایپی بیشتر با تکالیف خلاقیت به ویژه فرم B خلاقیت تورنس ارتباط دارد در حالی که هیومانی بیشتر با ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه خلاقیت عابدی) ارتباط دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد اسکیزوتایپی به تکالیف ترسیم اشکال و تصویر سازی بدون بازداری پاسخ می‌دهند در حالی که نسبت به ابزارهای خودگزارشی بازداری نشان می‌دهند. همچنین به علت عدم تقارن نیمکره‌ها و برتری نیمکره راست، نمرات بیشتری در تکالیف خلاقیت که مستقیماً با عملکرد نیمکره راست در ارتباط است، کسب می‌کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خلاقیت در افراد هیومانی بیشتر از افراد دارای علائم اسکیزوتایپی بالا است. این یافته با نتایج پژوهش بارانتز-ویدال (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه تفکر خلاق در هیومانی بیشتر از اسکیزوتایپی است و تفکر خلاق بیشتر با پرش افکار در مانیا ارتباط دارد تا با شل شدن تداعی‌ها در اسکیزوفرنی، و همچنین با نتایج کلاریچ و بلاکی (۲۰۰۹) همسو است.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین حاکی از آن است که خلاقیت در افراد هیومانی بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته با نتایج پژوهش نتل (۲۰۰۶) مبنی بر اینکه هیومانی فرایند تفکر خلاق را تسهیل می‌کند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت عاطفه مثبت انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش می‌دهد و به همین ترتیب فعالیت‌های خلاق را تسهیل می‌کند.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان می‌دهد که خلاقیت در افراد دارای اسکیزوتایپی بالا بیشتر از افراد بهنجار است. این یافته با نتایج پژوهش اسپلدبرگ (۲۰۰۰) و واینستاین و گریوز (۲۰۰۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای اسکیزوتایپی به واسطه تجارب ادراکی غیر معمول و گفتار و رفتار عجیب و غریب تجاربی داشته‌اند که متفاوت از افراد عادی بوده است.

در مجموعاً استناد به این یافته‌ها می‌توان گفت مناقشه ساس و جامیسون، مبنی بر اینکه اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات طیف دو قطبی با خلاقیت ارتباط دارند، هر دو درست به نظر می‌رسد و شواهدی در تأیید مدل U وارونه ارتباط خلاقیت با آسیب‌شناسی روانی است.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک و غیرپاتولوژیک - هر دو - در افراد دارای صفت اسکیزوتایپی بالا بیش از افراد دارای هیومانی و گروه کنترل است. این یافته‌ها همسو با نتایج محققان دیگر است (آروین، ۱۹۹۸؛ راست، ۱۹۸۸) در

تیین این یافته می‌توان گفت تجارب تجزیه‌ای ممکن است نوعی از اختلال تفکر در اسکیزوتایپی باشد، یا ممکن است پیامد سایر واکنش‌های به عجیب و غریب بودن رفتارهای تجزیه‌ای است.

احتمال دیگر این است که افراد دارای اسکیزوتایپی بالا با تاریخچه آسیب و بدرفتاری (ون ایجنورن و اسکونچل، ۱۹۹۶) و محیط‌های خانوادگی ناسازگارانه (نش و همکاران، ۱۹۹۳؛ دریجر و لانگلد، ۱۹۹۹) تجارب تروماتیک بیشتری داشته‌اند و از آنجایی که این تجارب از لحاظ نظری و تجربی با تجارب تجزیه‌ای ارتباط دارند، در نتیجه سطوح بالاتری از تجارب تجزیه‌ای را نشان می‌دهند. یا این احتمال وجود دارد که برای یک فرد اسکیزوتایپال تفکر جادویی نیازمند بعضی از مهارت‌های تجزیه‌ای باشد. به ویژه، انجام اعمالی از قبیل تفکر جادویی ممکن است بستگی به کنار گذاشتن یا تجزیه هر گونه اطلاعات یا فرآیندهای واقعیت‌سنجی‌ای دارد که ممکن است منطقی بودن خط فکری فرد را کاهش دهد. برعکس، داشتن تمایلات تجزیه‌ای ممکن است شخص را مستعد جدایی از واقعیت‌های ناگوار زندگی کند و پس از آن شخص به طور افراطی از تفکر جادویی استفاده کند (اکبلاد و چاپمن، ۱۹۸۳). نتایج این مطالعه نشان داد که تجارب تجزیه‌ای پاتولوژیک در افراد دارای نشانه‌های هیپومانیا بیش از گروه کنترل است. اما در خرده مقیاس تجارب تجزیه‌ای غیرپاتولوژیک، تفاوتی بین افراد هیپومانیک و گروه کنترل وجود نداشت. این یافته هماهنگ با یافته‌های لاتالوا و همکاران (۲۰۱۱) می‌باشد. اگرچه اطلاعات کمی درباره احتمال ارتباط بین تجارب تجزیه‌ای با زیرگروه‌ها و ویژگی‌های خلقی اختلال دوقطبی وجود دارد، اما به نظر می‌رسد این تجارب با شروع زودرس اختلال دوقطبی همبستگی دارد و ممکن است پیامد درمانی منفی در بر داشته باشد. در یک جمع‌بندی کلی، چنین می‌توان گفت که ارتباط تجارب تجزیه‌ای با ویژگی‌های هیپومانیا و اسکیزوتایپی، یک الگوی خطر برای ابتلا به اختلالات عاطفی و طیف اسکیزوفرنی بوجود می‌آورد.

بر اساس نتایج ذکر شده، منطقی به نظر می‌رسد که اسکیزوتایپی بالا، عاملی است که بیشترین ارتباط را با سایکوز دارد. به طور کلی، می‌توان گفت افراد مستعد سایکوز در مقایسه با افراد عادی، به نظر می‌رسد تجارب تجزیه‌ای - هم تجارب پاتولوژیک و هم تجارب غیرپاتولوژیک - بیشتری نشان می‌دهند. اهمیت این یافته در این است که این تجارب ممکن است بدون هیچ گونه تغییر روانپزشکی محسوس و حتی در سنین پایین در جمعیت سالم مشاهده شوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده نمونه غربال‌گری شده است، بنابراین تعمیم نتایج به نمونه‌های بالینی را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود پژوهش در نمونه‌های بالینی و همچنین خویشاوندان درجه یک بیماران دوقطبی و اسکیزوفرنی صورت گیرد.

#### منابع

باقری یزدی، س.، بوالهروی، ج.، و شاه محمدی، د. (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد. فصل نامه اندیشه و رفتار ۳۲-۴۱.

دائمی، ح.، مقیمی بارفروش، س. (۱۳۸۳). هنجاریابی آزمون خلاقیت. تازه‌های علوم شناختی سال ۶ شماره ۳ و ۴.

Akiskal, H. S. (1983). *The bipolar spectrum: New concepts in classification and diagnosis*. In L. Grinspoon (Ed.). *Psychiatry update: The American psychiatric association annual review*, 2, 271-292. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.

Akiskal, H. S., & Akiskal, P. (1988). Reassessing the significance of bipolar disorders: Clinical significance and artistic creativity. *Psychiatry and Psychobiology*, 3, 29-36.

Andreasen, N. C. (1996). *Creativity and mental illness: A conceptual and historical overview*. In J. J. Schildkraut & A. Otero (Eds.), *Depression and the spiritual in modern art—Homage to Miro* (pp. 2-14). New York: Wiley.

Barrantes-Vidal, N. (2004). Creativity & Madness Revisited from Current Psychological Perspectives. *Journal of consciousness Studies*, 11, 58-78.



- Boon, S., & Draijer, N. (1993).** Multiple personality disorder in The Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, (150): 489–494.
- Brod, J. H. (1997).** *Creativity and schizotypy*. In G. S. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 276–298). Oxford: Oxford University Press.
- Burch, G., Pavelis, C., Hemsley, D., & Corr, P. (2006).** Schizotypy and creativity in visual artists. *British Journal of Psychology*, 97, 177–190.
- Carlson, E. B., & Putnam, F.W. (1993).** An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, (6): 16–27.
- Claridge, G., & Blakey, S. (2009).** Schizotypy and affective temperament: Relationships with divergent thinking and creativity styles. *Personality and Individual Differences*, 46, 820–826.
- Draijer, N. & Langeland, W. (1999).** Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, (156): 379–385.
- Durrenberger, S. D. (1999).** Mad genius controversy. In M. A. Runco & S. Pritzker (Eds.), *Encyclopedia of creativity*, 2, 169–177. San Diego: Academic Press.
- Eckblad, M., & Chapman, L. (1983).** Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; (51): 215–225.
- Eysenck, H.J., (1995).** *Genius: The Natural History of Creativity*. Cambridge U Press, Cambridge UK.
- Fisher, J.E., Mohanty, A., Herrington, J.D., et al. (2004).** Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implication for creativity and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 38, 24–31.
- Forty, L., Kelly, M., Jones, L., Jones, I., Barnes, E., Caesar, S., Fraser, C., Gordon-Smith, K., Griffiths, E., Craddock, N., Smith, D J., (2010).** Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version. *Journal of Affective Disorders*, 116, 10–16.
- Furnham, A., Batey, M., Anand, K., & Manfield, J. (2008).** Personality, hypomania, intelligence and creativity. *Personality and Individual Differences*, 44, 1060–1069.
- Irwin, H.J. (1998).** Dissociative tendencies and the sitting duck: Are self-reports of dissociation and victimization symptomatic of neuroticism? *Journal of Clinical Psychology*, (54): 1005–1015.
- Jamison, K. R. (1989).** Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125–134.
- Jamison, K. R. (2001).** Reply to Louis A. Sass: “Schizophrenia, Modernism, and the “Creative Imagination”. *Creativity Research Journal*, 13, 75–76.
- Latalova, K., Prasko, J., Pastucha, P., les Grambal, A., Kamaradova, D., Diveky, T., Jelenova, D., Mainerova, B., Vrbova, K. (2011).** Bipolar affective disorder and dissociation – Comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Republic*, (155): 105–111.
- Nash, M. R., Hulsey, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L. & Lambert, W. (1993).** Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (61): 276–283.
- Nettle, D. (2006).** Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, 40, 876–890.
- Nettle, D., Clegg, H., (2006).** Schizotypy, creativity, and mating success in humans. *Proc. R. Soc. Lond., B Biol. Sci.* 273, 611–615.
- Nowakowska, C., Strong, C. M., Santosa, C. M., Wang, P. W., & Ketter, T. (2005).** Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 85, 207–215.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., & Post, R.M. (1986).** The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, (47): 285–293.
- Raine, A., (1991).** The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin* 17, 555–564.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., Kim, D., (1994).** Cognitive–perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*; 20, 191–201.
- Richards, R. L., Kinney, D. K., Lunde, I., & Benet, M. (1988).** Creativity in manic-depressives, cyclothymes, and their normal first-degree relatives: A preliminary report. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 281–288.
- Rust, J. (1988).** The Rust Inventory of Schizotypal Cognitions (RISC). *Schizophrenia Bulletin*, (14): 317–322.

- Santosa, C. M., Strong, C. M., Nowakowska, C., Wang, P.W., Rennie, C. M., & Ketter, T. A. (2007).** Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 100, 31–39.
- Sass, L.A., (2000).** Schizophrenia, modernism, and the 'creative imagination': on creativity and psychopathology. *Creativity Research Journal*, 13, 55–74.
- Schulberg, D., (2000).** Six subclinical spectrum traits in normal creativity. *Creativity Research Journal*, 13, 5–16.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991).** Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*. (100): 366–378.
- Steinberg, M. (1995).** Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sternberg, R. J. (2001).** Teaching psychology students that creativity is a decision. *The General Psychologist*, 36(1), 8–11.
- Strong, C. M., Nowakowska, C., Santosa, C. M., Wang, P. W., Kraemer, H. C., & Ketter, T. A. (2007).** Temperament-creativity relationships in mood disorder patients, healthy controls and highly creative individuals. *Journal of Affective Disorders*, 100, 41–48.
- van Ijzendoorn, M. H. & Schuengel, C. (1996).** The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*. (16): 365–382.
- Weinstein, S., Graves, R.E., (2002).** Are creativity and schizotypy products of a right hemisphere bias? *Brain Cognition*, 49, 138–151.