

## نقش ابعاد سرشت و منش در پیش بینی علایم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

### The role of dimensions of temperament and character in prediction of positive and negative symptoms in schizophrenic patients

Abas Abolghasemi  
University of Mohaghegh Ardabili  
Mohammad Bahari  
Clinical Psychology  
Mohammad Narimani, Adel Zahed  
University of Mohaghegh Ardabili

عباس ابوالقاسمی\*  
دانشگاه محقق اردبیلی  
محمد بهاری  
روان شناسی بالینی  
محمد نریمانی، عادل زاهد  
دانشگاه محقق اردبیلی

#### چکیده

#### Abstract

The aim of the present research was to determine the role of dimensions of temperament and character in prediction of positive and negative symptoms in schizophrenic patients. The research sample consisted of 100 male schizophrenic patients. Temperament and Character Inventory (TCI) and Positive and Negative Symptoms Scale (PNSS) were administered. Results showed that temperament and character are related to negative symptoms in schizophrenia patients; while temperament and character aren't related to positive symptoms in schizophrenia. Results of stepwise multiple regression analysis showed dimensions of self-transcendence, cooperativeness and harm avoidance were found to be the best predictors for negative symptoms. While self-transcendence and harm avoidance were found to be the best predictors for positive symptoms in schizophrenic patients. These results have important implications in psychopathology of schizophrenia. These results suggest that the temperamental and character profiles of schizophrenic patients may well be of important prognostic value in the planning of cognitive enhancement therapy.

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد سرشت و منش در پیش بینی علایم مثبت و منفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ مرد بود که از میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان رازی شهر تبریز انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI) و مقیاس علایم مثبت و منفی آندرسون (PNSS) استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که سرشت و منش با علایم منفی رابطه معنادار داشته است. اما سرشت و منش با علایم مثبت رابطه معنادار نداشتند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد که ابعاد خود فراروی، همکاری و آسیب پرهیزی از قوی ترین پیش بینی کننده های علایم منفی، و آسیب پرهیزی و خودفراروی، از قوی ترین پیش بینی کننده های علایم مثبت بودند. این نتایج تلویحات مهمی در آسیب شناسی روانی اسکیزوفرنی دارد و بیان می کند که نیمرخ های سرشتی و منشی بیماران اسکیزوفرنی ممکن است نقش مهمی در طرح ریزی درمان های شناختی داشته باشد.

**Keywords:** temperament, character, schizophrenia

**واژه های کلیدی:** سرشت، منش، اسکیزوفرنی

\* نشانی پستی نویسنده: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، گروه روانشناسی، صندوق پست ۱۷۹، کد پستی ۵۶۱۹۹-۱۱۳۶۷، پست الکترونیکی:

aboghasemi1344@uma.ac.ir

Received: 21 Jan 2010 Accepted: 16 Nov 2010

دریافت: ۸۸/۱۱/۱ پذیرش: ۸۹/۸/۲۵

## مقدمه

اسکیزوفرنی<sup>۱</sup> اختلال روانی پیچیده ای است که شدیدترین و مخرب ترین تاثیر را بر زندگی فرد بر جای می گذارد. صاحب نظران معتقدند که رفتار اسکیزوفرنی می تواند به واسطه گستره ای از عامل ها ایجاد شوند. تلاش های زیادی به عمل آمده است تا بیماران دارای علائم مختلف را با هم گروه بندی کنند. نتایج پژوهش ها این نشانه ها را به دو دسته تقسیم کرده اند: الف) علائم مثبت، بیش کارکردی های رفتاری است که شامل توهمات، هذیان ها، رفتار عجیب و غریب و تفکر مختل می شود، ب) علائم منفی، نقایص رفتاری است که فقر گفتار، عاطفه سطحی، بی تفاوتی، انزوا و نقص توجه را در بر می گیرد (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۴).

سرشت و منش متغیرهایی هستند که در شکل گیری و تشدید علائم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی نقش دارند. دیدگاه کلونینجر (۱۹۹۱) با تاکید بر پارامترهای زیست شناسی، یک چارچوب نظری محکم در باب شخصیت پدید آورده است که هم شخصیت بهنجار و هم شخصیت نابهنجار را در برمی گیرد. براساس این دیدگاه، شخصیت از اجزای سرشت و منش تشکیل شده است. کلونینجر (۱۹۹۱) در مدل عصبی-زیستی خود مطرح کرده است که سامانه های سرشت در مغز دارای سازمان یافتگی کارکردی و متشکل از سامانه های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه های معینی از محرک ها هستند. وی چهار بعد نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار را برای سرشت معرفی کرد. منش شامل دریافت های منطقی درباره خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگی هایی را شامل می شود که تحت تاثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت فرد به وجود می آید. کلونینجر (۱۹۹۴) سه بعد خود راهبری، خود فراروی و همکاری را برای منش در نظر گرفته است (به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲).

در مورد نیمرخ سرشتی و منشی بیماران اسکیزوفرنی اطلاعات کمی وجود دارد (اس زوک، شورهوف، فرهادیان، بلیویر و همکاران، ۲۰۰۲؛ بورا و وزنداروگلو، ۲۰۰۷؛ گیلیم، بیکو، سمکوسکا و دبرویل، ۲۰۰۲). اخیرا شواهدی به دست آمده است

که ابعاد منش ارثی هستند و احتمالا بر روی اسکیزوفرنی تاثیر جدی می گذارند. شواهد پژوهشی حاکی است که بیماران اسکیزوفرنی و خویشاوندان درجه اول آنها نیمرخ سرشتی و منشی واحدی دارند که متفاوت از جمعیت عمومی است (گلات، استون، فارون، سیدمن و تی سوانگ، ۲۰۰۶؛ گیلیم و همکاران، ۲۰۰۲). بیماران اسکیزوفرنی در آسیب پرهیزی نمرات بالاتر از متوسط می گیرند در صورتی که نمرات نوجویی آنها با گروه کنترل مشابه است (اس زوک و همکاران، ۲۰۰۲؛ کرس، فرکاس و ریتسنر، ۲۰۰۵؛ گیلیم و همکاران، ۲۰۰۲). بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل در خودراهبری و همکاری نمرات پایین تر از متوسط، و در خودفراروی نمرات بالاتر از متوسط کسب می کنند (کلونینجر، اس وراکیک و پرزبیک، ۱۹۹۳). این یافته در جهت حمایت پژوهشی کلونینجر و اس وراکیک (۲۰۰۵) است که اسکیزوتایپها در مقایسه با گروه کنترل در خود راهبری و همکاری نمرات پایین و در خود فراروی نمرات بالا دریافت می کنند.

مقایسه نمرات سرشت و منش در بیماران سایکوتیک و آزمودنی های سالم حاکی از تفاوت نیمرخ های شخصیتی در این دو گروه است. بیماران سایکوتیک نوجویی کمتر و آسیب پرهیزی بالاتری دارند، آنها افرادی منزوی، بدبین، کمرو، خستگی پذیر و به طور مفرط نگران بوده که این موضوع، از حضور آنها در موقعیت های اجتماعی جلوگیری می کند. بیماران دارای پشتکار پایین، افرادی نافع، تنبل و افراد بی ثبات بوده و تمایل دارند هر چه زودتر به هدف بالایی برسند (بوکر، کلیزر، لهما، جانک و همکاران، ۲۰۰۶؛ کالو، پادیللا، آلمن، بوردیو و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیلیم و همکاران، ۲۰۰۲). افرادی که این ویژگی ها را زیاد داشته باشند دارای انزوای اجتماعی و عملکرد اجتماعی ضعیف توصیف می شوند (تایلور، بگبی و پارکر، ۱۹۹۷؛ وانت ووت، آلمن، کسل، لاری و کان، ۲۰۰۴). سرشت و منش با علائم سایکوتیک در بیماران رابطه معنادار نشان داده اند (برای مثال اسمیت، کلونینجر، هارمس و سر نسکی، ۲۰۰۸؛ گیلیم و همکاران، ۲۰۰۲؛ هوری، نوچی، هاشی موتو، ناکابایاشی و همکاران، ۲۰۰۸). در صورتی که بوکر و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده اند که سرشت و منش با علائم مثبت و منفی ارتباط معناداری ندارند.

همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از وجود تناقض در یافته‌ها بوده و در اکثر پژوهش‌ها ضرایب به دست آمده متفاوت و تقریباً ضعیف است. لذا بررسی نقش ابعاد سرشت و منش در پیش‌بینی علایم مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی می‌تواند مورد استفاده مفید و سودمند پژوهشگران آتی قرار گیرد.

فرض اول تحقیق حاضر این است که ابعاد سرشت و منش، علایم مثبت اسکیزوفرنی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کنند. فرض دوم تحقیق حاضر این است که ابعاد سرشت و منش علایم منفی اسکیزوفرنی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کنند.

### روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان رازی شهر تبریز در سال ۱۳۸۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار مرد مبتلا به اسکیزوفرنی بود که از بیمارستان رازی شهر تبریز به صورت در دسترس انتخاب شدند. این گروه علاوه بر تشخیص روانپزشک، به وسیله روانشناس ارشد بالینی براساس مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن معیارهای اختلال اسکیزوفرنی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته و تشخیص روانپزشک، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، جلب تمایل و رضایت به شرکت بیماران در تحقیق، حداقل ۵ سال سابقه بیماری اسکیزوفرنی، عدم سابقه دریافت ECT در پرونده، سابقه حداقل ۵ حمله اسکیزوفرنی منجر به بستری و فقدان عقب‌ماندگی ذهنی یا آسیب مغزی. برای اجرای پژوهش به بیمارستان رازی شهر تبریز مراجعه کرده و پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت. طبق تشخیص به عمل آمده در پرونده آنها توسط روانپزشک و مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی توسط محقق، بیماران از دو بخش مردانه سینا و لقمان انتخاب شدند. ابتدا مقیاس علایم منفی و مثبت و سپس پرسشنامه سرشت و منش در بخش به صورت انفرادی توسط محقق اجرا شد. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

گیلم و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که میان بیماران اسکیزوفرنی و گروه کنترل در ابعاد منشی و سرشتی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی و ابعاد شخصیتی رابطه وجود دارد. این نتایج نشان داد که ابعاد سرشتی با نشانه‌های منفی مرتبط هستند در صورتی که علایم مثبت بیشتر با ناهنجاری‌های منش‌شناختی ارتباط دارند. ریتسرن و سوسر (۲۰۰۴) با بررسی ۹۰ بیمار اسکیزوفرنی و ۱۳۶ نفر سالم نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل در آسیب‌پذیری نمره بالاتر و در پاداش وابستگی نمره پایین‌تر کسب می‌کنند. همچنین بین علایم منفی و نوجویی رابطه معنادار به دست آمد. در مطالعه ای دیگر، هوری و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با گروه کنترل در ابعاد نوجویی، پاداش وابستگی، خودراهبری و همکاری نمره پایین‌تر و در ابعاد آسیب‌پذیری و خودفراروی نمره بالاتری کسب کردند. همچنین نتایج نشان داد که بین ابعاد شخصیت و علایم مثبت و منفی همبستگی متوسطی وجود دارد.

در پژوهشی بر روی ۴۴ بیمار اسکیزوفرنی و ۲۲ فرد سالم دریافتند که ابعاد منش بر جنبه‌های اختصاصی کارکردهای اجرایی بیماران تاثیر می‌گذارد که این تاثیر در مقایسه با افراد سالم بیشتر بود (گیلم، پامپولوا، رینالدی و استیپ، ۲۰۰۸). اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی منش و سرشت بیماران اسکیزوفرنی، هم‌شیرهای غیرسایکوتیک و گروه کنترل را مقایسه کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در آسیب‌پذیری نمره بالاتر و در ابعاد خودراهبری و همکاری نسبت به گروه کنترل و هم‌شیرهای خود نمرات پایین‌تری کسب کردند. متغیرهای عصب‌شناختی با منش و سرشت رابطه معناداری نداشتند. همچنین پوستکا و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که بین آسیب‌پذیری و پشتکار با نشانه‌های مثبت و منفی همبستگی معناداری وجود دارد (پوستکا، مورای، جاس کلانین و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به نقش متغیرهای سرشت و منش در علایم اسکیزوفرنی و استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی و درمان، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

## ابزار سنجش

مقیاس علائم منفی و مثبت (PNSS): مقیاس علائم مثبت و منفی<sup>۳</sup> (آندرسون، ۱۹۹۰) دارای ۵۰ سوال است. آندرسون (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های علائم مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. زاده محمدی، حیدری و مجد تیموری (۱۳۸۰) ضریب پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۷ به دست آورده اند. این ضرایب برای گروه علائم منفی ۰/۷۸ و برای گروه علائم مثبت ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس های علائم مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد.

## یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش ۳۵/۹ (با انحراف معیار، ۹/۶) با دامنه سنی ۵۵-۲۵ سال بود. میزان تحصیلات بیماران اسکیزوفرنی بین سوم راهنمایی و فوق دیپلم بود. ۶۲ درصد بیماران (۶۲ نفر) مجرد، ۲۴ درصد (۲۴ نفر) متاهل و ۱۴ درصد (۴ نفر) مطلقه بودند.

مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI): مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی<sup>۱</sup> نسخه اصلی ۱/۲ توسط کاویانی، علاقبندراد، شریفی و پورناصح (۱۳۸۵) ترجمه و تدوین شده است. این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی اعتبار خوبی دارد.

پرسشنامه سرشت و منش (TCI): پرسشنامه سرشت و منش<sup>۲</sup> توسط کلونینجر و همکاران (۱۹۹۴) برای اندازه گیری سرشت و منش اکتسابی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سوال دارد و هر آزمودنی به این سوالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می دهد. در این پرسشنامه سرشت (نوجویی، اجتناب از آسیب، وابستگی به پاداش و پشتکار) و منش (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) اندازه گیری می شود. در پژوهشی آلن سو و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه بالای ۰/۶۸ گزارش شده است. کاویانی و حق شناس (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در مقیاس های ۷ گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ به دست آوردند. بین مقیاس های چهارگانه سرشت و مقیاس های سه گانه منش با هم همبستگی معناداری به دست نیامد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ است.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی آنها با علائم مثبت و منفی

علائم		میانگین		متغیر
منفی	مثبت	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۵	۰/۱۱	۳/۱۸	۹/۴۱	نوجویی
۰/۳۸*	۰/۲۳*	۴/۰۱	۱۱/۰۴	آسیب پرهیزی
۰/۱۱	۰/۱۵	۲/۵۱	۷/۷۳	پاداش وابستگی
۰/۲۰**	۰/۲۱*	۱/۲۶	۳/۳۵	پشتکار
۰/۲۷*	۰/۱۱	۵/۷۶	۳۱/۵۳	کل
۰/۱۱	۰/۰۴	۵/۲۳	۹/۶۷	خودراهبری
۰/۰۳	۰/۲۰**	۴/۶۸	۱۴/۳۸	همکاری
۰/۳۰**	۰/۳۱**	۳/۴۱	۹/۸۶	خودفراروی
۰/۱۶	۰/۰۵	۵/۷۶	۳۴/۱۶	کل
-	-	۲۱/۰۲	۶۳/۴۶	مثبت
-	-	۱۹/۹۰	۵۳/۳۹	منفی

\* $p < 0/05$  \*\* $p < 0/01$ 

1. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)
2. Temperament and Character Inventory (TCI)

## 3. Positive and Negative Symptoms Scale (PNSS)

رابطه معناداری دارد ( $p < 0.05$ ). همچنین بین آسیب‌پرهیزی و علایم منفی ( $r = 0.38$ ) رابطه معناداری به دست آمد ( $p < 0.05$ ). بین همکاری و علایم مثبت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ( $r = 0.20$ ) رابطه معنادار به دست آمد. همچنین خودفراری با علایم مثبت ( $r = 0.31$ ) و علایم منفی ( $r = -0.30$ ) رابطه معنادار داشتند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و ضرایب همبستگی آنها با علایم مثبت و منفی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که سرشت ( $r = 0.27$ ) و منش ( $r = -0.16$ ) با علایم منفی اسکیزوفرنی رابطه معناداری دارند. اما بین سرشت و منش با علایم مثبت رابطه معناداری به دست نیامد. همچنین نتایج نشان داد که پشتکار ( $r = -0.21$ ) و آسیب‌پرهیزی ( $r = -0.23$ ) با علایم مثبت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

### جدول ۲

خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام برای پیش‌بینی علایم مثبت از طریق ابعاد سرشت و منش

مدل	SS	df	MS	F	P
رگرسیون	۳۳۷۸/۹۴	۳	۹۸۳۶/۸۲	۹/۲۷	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۵۳۳/۳۷	۹۶	۳۳۹۳۴/۰۱		
کل	۴۳۷۶۰/۳۴	۹۹			

  

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	SEB	B	β	t	P
خودفراری	۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۵۹	۱/۹۱	۰/۵۲	۳/۲۳	۰/۰۱
همکاری	۰/۴۰	۰/۱۶	۰/۴۲	-۱/۱۸	-۰/۴۰	-۲/۷۹	۰/۰۵
آسیب‌پرهیزی	۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۴۹	-۱/۳۴	-۰/۱۷	-۲/۷۵	۰/۰۵

تحلیل رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام به نشان می‌دهد که خودفراری، آسیب‌پرهیزی و همکاری به ترتیب به نامی سهم خودفراری حدود ۱۰ درصد، همکاری ۶ درصد و عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های علایم مثبت، ۲۳ درصد آسیب‌پرهیزی ۷ درصد بوده است.

### جدول ۳

خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام برای پیش‌بینی علایم منفی از طریق ابعاد سرشت و منش

مدل	SS	df	MS	F	P
رگرسیون	۴۰۷۸/۶۱	۲	۸۱۵۷/۲۳		
باقیمانده	۳۱۰۴۸/۵۵	۹۷	۳۱۰۴۸/۵۵		
کل	۳۹۲۰۵/۱۷۹	۹۹			

  

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	SEB	B	β	t	P
آسیب‌پرهیزی	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۴۶	۱/۹۰	۰/۳۹	۴/۱۲	۰/۰۰۱
خودفراری	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۵۳	-۱/۴۴	-۰/۲۵	۲/۷۱	۰/۰۵

در جدول ۳ تحلیل رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام نشان می دهد که آسیب پرهیزی و خودفراروی به ترتیب به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده های علائم منفی، ۲۱ درصد

## بحث

این مطالعه به دنبال نقش ابعاد سرشت و منش در پیش بینی علائم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که منش با علائم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی رابطه معنادار ندارد. اما برخی از ابعاد منش با علائم مثبت و منفی رابطه معناداری دارند که در زیر مورد بحث قرار می گیرند.

این یافته که بین خودفراروی و علائم مثبت رابطه مثبت معنادار وجود دارد، با نتایج اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) و هوری و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. آنها در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که بین خودفراروی و علائم مثبت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه ماهیت رشدی و تطابقی علائم را نشان می دهد. بنابراین، این با نظریه بلولر (به نقل از بهاری، ۱۳۸۸) که معتقد بود توهم و هذیان در نتیجه تاثیرات ثانوی در جهت جبران مکانیزم های اولیه آسیب شناسی روانی در علائم منفی و سازمان نیافته رخ می دهد، سازگار است. همچنین این یافته در راستای این مطالعه است که در ۷۰٪ بیماران اسکیزوفرنی نارسایی علائم منفی بر آشکارسازی علائم مثبت مقدم است (هافتر، ریچر، مائورر، فاتکن هوئر و لوفلر، ۱۹۹۲).

بین خودفراروی و علائم منفی رابطه معکوس به دست آمد. وقتی در این بیماران ویژگی خودفراروی از جمله تمایل به آرمان گرایی، تجربه اوج، تجربه و درهم آمیختگی با محیط و طبیعت و صلح طلبی بالا است، به صورت ویژگی های مقابله ای در مقابل علائم منفی از جمله انزوای اجتماعی، کمبود توجه، عاطفه یکنواخت و غیره تبدیل می شده و این مکانیزم باعث کاهش علائم منفی در بیماران می شود. به عبارت دیگر، وقتی ویژگی های خودفراروی در بیماران اسکیزوفرنی پایین است باعث افزایش علائم منفی در آنها می شود.

واریانس علائم مثبت را پیش بینی می کنند. همانطور که ملاحظه می شود سهم آسیب پرهیزی حدود ۱۵ درصد و خودفراروی ۶ درصد بوده است.

این یافته که بین همکاری و علائم مثبت رابطه منفی وجود دارد با یافته گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. آنها نشان دادند که علائم سایکوتیک با ناهنجاری های منشی در ارتباط است و رابطه منفی بین همکاری و توهم شنوایی (علائم مثبت) بر اساس مدل پنج بعدی علائم توهمی تبیین می شود. ولی نتایج تحقیقات اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶)، ریتسرن و سوسر (۲۰۰۴) و هیروکی و همکاران (۲۰۰۸) بین همکاری و علائم مثبت و منفی رابطه معنادار نشان ندادند. بالا بودن همکاری همچون، یکپارچه سازی خود با اجتماع انسانی، بردبار بودن، مهربانی، حمایت کننده و اصول گرا بودن نیز می تواند به صورت مکانیزمی در مقابل علائم مثبت که با آشفتگی و به هم ریختگی هایی در سازمان بندی ادراکی و شناختی است، درآید. در مطالعه حاضر رابطه همکاری با علائم منفی و خودراهبری با علائم مثبت و منفی معنادار نبود. این نتیجه با یافته های اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶)، ریتسرن و سوسر (۲۰۰۴) و گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) که رابطه معناداری بین همکاری و علائم منفی به دست نیاموردند، همسویی دارد. در حالی که در پژوهش هوری و همکاران (۲۰۰۸) بین همکاری و علائم منفی رابطه معکوس معنادار گزارش شد.

در کل نتایج این تحقیق در رابطه با ابعاد منش و علائم مثبت و منفی دارای تناقضاتی است. به عنوان مثال، گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) بین خودراهبری و علائم مثبت رابطه منفی معنادار به دست آوردند که هیچ یک از تحقیقات گذشته چنین رابطه ای را گزارش نکرده اند. از طرف دیگر هوری و همکاران (۲۰۰۸) بین همکاری و علائم منفی رابطه معکوس معنادار به دست آوردند که این یافته نیز با هیچ یک از تحقیقات به دست آمده همسو نیست. به خاطر تناقض نتایج گذشته، شرایط مبهمی در رابطه با این ابعاد وجود دارد و نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه است.

رابطه با پاداش وابستگی و علایم مثبت و منفی در این تحقیق رابطه‌ای به‌دست نیامد که این یافته با نتایج اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶) و گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) همسو است. اما پوستکا و همکاران (۲۰۰۹) و هوری و همکاران (۲۰۰۸) بین پاداش‌وابستگی و علایم منفی رابطه معکوس معناداری به‌دست آوردند. بر خلاف آنها ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴) بین پاداش‌وابستگی و علایم منفی رابطه مثبت معنادار به دست آوردند.

این یافته که آسیب‌پرهیزی با علایم مثبت رابطه دارد با یافته پوستکا و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. آنها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که بین هدیان خود بزرگ‌بینی و تهییج‌شدگی (علایم مثبت) رابطه منفی معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶)، ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴)، گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) و هوری و همکاران (۲۰۰۸) همسو نیست. این نتایج نشان می‌دهد که بالا بودن آسیب‌پرهیزی که با ویژگی‌هایی همچون فرار و اجتناب از موقعیت‌های خطرناک، محتاط و منزوی تعریف می‌شود، سدی در برابر علایم خود بزرگ‌بینی و تحریک‌پذیری عمل می‌کند. افراد دارای چنین علایمی با عزت نفس کاذب در مقابل موقعیت‌های خطرناک و عدم توجه به پیامدهای رفتاری و موقعیتی آسیب‌زا دست به عمل می‌زنند. پایین بودن ویژگی‌های آسیب‌پرهیزی همچون اعتماد به نفس در مقابل باتکلیفی منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخص می‌شود و ضرر این حالت عدم پاسخ‌دهی به خطر و خوش بینی غیرواقعی است و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌های پر خطر بوده و کاملاً در راستای افزایش علایمی چون خود بزرگ‌بینی و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است.

این یافته که بین آسیب‌پرهیزی و علایم منفی رابطه دارد با یافته‌های اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) و پوستکا و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگ است. اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) بین آسیب‌پرهیزی و علایم منفی رابطه مثبت معنادار به دست آوردند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آسیب‌پرهیزی شامل تمایل ارثی در مهار رفتار در پاسخ به پیام‌های تنبیه و فقدان پاداش‌های ناکام‌کننده است. این ویژگی به صورت ترس از

همچنین بین خودفراری و علایم منفی رابطه معکوس معنادار به‌دست آمد که با تحقیقات انجام گرفته کاملاً ناهمسو است. نتایج نشان داد که سرشت با علایم مثبت و منفی رابطه معناداری دارد. این یافته با نتایج اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، پوستکا و همکاران (۲۰۱۰)، گیلیم و همکاران (۲۰۰۲)، وان آمرس، سلمن و مولدر (۱۹۹۷)، هوری و همکاران (۲۰۰۸) هماهنگ است. آنها در تحقیقاتی جداگانه به این نتیجه رسیدند که سرشت با علایم منفی رابطه دارد. در حالی‌که بوکر و همکاران (۲۰۰۶) چنین رابطه‌ای را به‌دست نیاوردند.

رابطه بین ابعاد سرشت با علایم مثبت و منفی مورد بررسی قرار گرفت. این یافته که بین پشتکار و علایم منفی رابطه معکوس وجود دارد با یافته‌های هوری و همکاران (۲۰۰۸) و پوستکا و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. آنها نشان دادند که بین پشتکار و علایم منفی رابطه معکوس معنادار وجود دارد ولی در رابطه با علایم مثبت چنین رابطه‌ای به‌دست نیامد. این نتیجه بر خلاف یافته‌های اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶)، ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴)، گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) است که بین پشتکار و علایم مثبت و منفی رابطه‌ای به‌دست نیاوردند. پشتکار نشان‌دهنده تمایل ارثی برای پایداری رفتار، علی‌رغم محرومیت و ناکامی، خستگی و تقویت متناوب است. انتظار می‌رود که این بعد با علایم منفی رابطه معکوس داشته باشد چرا که با کاهش پشتکار است که ما شاهد افزایش علایم منفی در بیماران خواهیم بود. همچنین رابطه مثبت بین علایم مثبت و بعد پشتکار می‌تواند تحت تاثیر شدت بیماری و توهمات و هدیان‌ها قرار گرفته باشد، چرا که با افزایش این ابعاد ما شاهد تحریف واقعیات و اعتماد به نفس و کمال‌طلبی‌های کاذب در این بیماران هستیم.

در این تحقیق نوجویی با علایم مثبت و منفی رابطه‌ای نداشت که این یافته با برخی نتایج (برای مثال اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸؛ بوکر و همکاران، ۲۰۰۶؛ هوری و همکاران، ۲۰۰۸) همسو است. اما گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) بین نوجویی و علایم مثبت رابطه مثبت معنادار به‌دست آوردند. همچنین ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴) برخلاف گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) بین نوجویی و علایم منفی رابطه مثبت معنادار گزارش نکردند. در

بستری، نمونه گیری در دسترس، جنسیت مرد و در نظر نگرفتن نوع اسکیزوفرنی از محدودیت های این پژوهش بودند. همچنین استفاده از طرح همبستگی به عنوان محدودیت دیگر این پژوهش است، لذا می بایست در تعمیم پذیری نتایج احتیاط کرد. انتخاب بیماران سرپایی، اعتبار بیشتری به یافته ها می بخشد. انتخاب بیماران از هر دو جنس و توجه به انواع اسکیزوفرنی می تواند اعتبار یافته های تحقیق را بیشتر کند. همچنین می توان در تحقیقات آتی از الگویابی معادله ساختاری به منظور بررسی نقش متغیرهای واسطه ای یا از طرح های تحقیقی دیگر استفاده نمود.

بلا تکلیفی، خجالتی بودن، مهار اجتماعی و اجتناب غیر فعال از مشکلات و خطر است و نگرانی بدبینانه در موقعیت هایی است که انتظار مشکل را داریم. این موضوع می تواند رابطه مثبتی با علایم منفی داشته باشد چرا که افزایش این بعد می تواند به افزایش علایمی همچون انزوای اجتماعی و گوشه گیر بودن و افکار منفی شدید در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی منجر گردد.

عدم اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش در جمعیت بالینی ایران، احتمال تاثیر میزان استفاده از دارو بر نتایج، انتخاب بیماران از بیمارستان رازی شهر تبریز، بیماران

## مراجع

کاویانی، ح.، علاقیندراد، ج.، شریفی، و.، پورناصح، م. و احمدی ابهری، س. ع. (۱۳۸۵). *مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی نسخه اصلی ۱/۲*. چاپ اول. تهران: ناشر مهر کاویان. ساراسون، جی. آر. و ساراسون، ر. ب. (۱۹۸۲). *روانشناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان و محمدعلی اصغری مقدم، ۱۳۷۴، جلد دوم. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد. زاده محمدی، ع.، حیدری، م. و مجدتی موری، م. (۱۳۸۰). بررسی اثر موسیقی درمانگری بر علایم منفی و مثبت بیماران روان گسیخته. *مجله روانشناسی*، ۳، ۲۴۹-۲۳۱.

کاویانی، ح. و پورناصح، و. (۱۳۸۶). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳، ۹۸-۸۹. کاویانی، ح. (۱۳۸۲). *نظریه زیستی شخصیت*. چاپ اول. تهران: انتشارات سنا. کاویانی، ح. و حق شناس، ح. (۱۳۷۹). مطالعه مقدماتی برای انطباق و هنجاریابی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، ۲، ۲۴-۱۸.



## References

- Andreasen, N. (1990). Methods for assessing positive and negative symptoms, schizophrenia: Positive and negative symptoms and syndromes. In N. Andreasen (Ed.), *Modern Problems in Pharmacopsychiatry* (pp. 73-85). NY: S. Karger Publisher.
- Bora, E., & Veznedaroglu, B. (2007). Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: the relationship between schizotypal features and personality. *European Psychiatry*, 22, 27-31.
- Boeker, H., Kleiser, M., Lehman, D., Jaenke, L., Bogerts, B., & Northoff, G. (2006). Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: An exploratory study of neuropsychology and personality. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 7-19.
- Calvo, M., Padilla, E., Aleman, G., Bourdieu, M., Guerrero, G., Streljevic, S., Escobar, J. I., Svrakic, N., Cloninger, C. R., & de Erausquin, G. A. (2006). Temperament traits associated with risk of schizophrenia in an indigenous population of Argentina. *Schizophrenia Research*, 83, 299-302.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1991). Brain networks underlying personality development. In B. J. Carroll & J. E. Barrett (Eds.), *Psychopathology and the brain* (pp. 183-200). New York, Raven Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzell, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2005). Personality disorders. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Glatt, S. J., Stone, W. S., Faraone, S. V., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (2006). Psychopathology, personality traits and social development of young first-degree relatives of patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 337-345.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M., & Debruille, J. B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, 56, 137-147.
- Guillem, F., Pampoulova, T., Rinaldi, M., & Stip, E. (2008). Temperament and executive dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104, 175-184.
- Hafner, H., Riecher, A., Maurer, K., Fatkenheuer, B., & Löffler, F. (1992). First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age sex difference. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 242, 109-118.
- Hori, H., Noguchi, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Saitoh, O., Murray, R., Okabe, S., & Kunugi, H. (2008). Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Research*, 160, 175-183.
- Kurs, R., Farkas, H., & Ritsner, M. (2005). Quality of life and temperamental factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research*, 14, 433-440.
- Poustka, L., Murray, G. K., Jääskeläinen, E., Veijola, J., Jones, P., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2010). The influence of temperament on symptoms and functional outcome in people with psychosis in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *European Psychiatry*, 5, 26-32.
- Ritsner, M., & Susser, E. (2004). Temperament types are associated with weak self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: Evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Research*, 128, 219-228.
- Smith, M. J., Cloninger, C. R., Harms, M. P., & Csernansky, J. G. (2008). Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research*, 104, 198-205.
- Szöke, A., Schürhoff, F., Ferhadian, N., Bellivier, F., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2002).

- Temperament in schizophrenia: A study of the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *European Psychiatry*, 17, 379-383.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van 't Wout, M., Aleman, A., Kessels, R. P. C., Laroi, F., & Kahn, R. S. (2004). Emotional processing in a non-clinical psychosis-prone sample. *Schizophrenia Research*, 68, 271- 81.
- Van Ammers, E. C., Sellman, J. D., & Mulder, R. T. (1997). Temperament and substance abuse in schizophrenia: Is there a relationship? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 283-288.

