

## بررسی سوگیری‌های اسنادی در شخصیت اسکیزوتایپی\*

### The Study of Attributional Biases in Schizotypal Personality\*

Ali Mohammadzadeh, M.Sc.

Yoosef Karimi, Ph.D.

دکتر علی محمدزاده\*\*

دکتر یوسف کریمی\*\*

#### Abstract

Attributional biases associated with negative events in hallucination and delusion are core socio-cognitive explanation of positive symptomology of psychosis. Based on the continuity view of psychotic characteristics, schizotypal traits and schizophrenia psychosis are conceptualized as different points on a continuum, expressing different degrees of risk according to the assumptions of the vulnerability-stress-model. The main purpose of the present study was to assess the attributional biases in schizotypal personality. A group of 477 normal participants from colleges of the Allameh Tabatabaie University (Tehran, Iran) were screened with Schizotypal Personality Scale (STA). Then a group of 30 participants as schizotypal personality sample together with the other 30 participants as control group were selected and assessed with the Attributional Style Questionnaire (ASQ). The

#### چکیده

سوگیری‌های اسنادی مربوط به وقایع منفی در توهم و هذیان، هسته اصلی تبیین‌های شناختی-اجتماعی نشانه‌شناسی مثبت روان گسستگی را تشکیل می‌دهند. بر اساس الگوی ابعدی و ویژگی‌های روان گسستگی، شخصیت اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلفی بر روی یک پیوستار مفهوم بندی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های الگوی آسیب‌پذیری-تندگی مبین درجاتی از خطر می‌باشند. هدف این پژوهش، بررسی سوگیری‌های اسنادی در شخصیت‌های اسکیزوتایپی بود. بدین منظور ۴۷۷ دانشجو از دانشکده‌های مختلف دانشگاه علامه طباطبائی با پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (STA) غربال شده و از بین آنها ۳۰ نفر به عنوان گروه اسکیزوتایپی و ۳۰ نفر هم به عنوان گروه گواه انتخاب و با پرسشنامه سبک‌های اسنادی (ASQ) مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد که اسناد افراد با صفت اسکیزوتایپی (غیر بالینی) برای حوادث منفی بیرونی‌تر، کلی‌تر، پایدارتر و برای حوادث مثبت، درونی‌تر، کلی‌تر و پایدارتر از گروه

results, showed that in comparison with the control group, the attributions of the group with schizotypal trait are more external, global and stable for negative events while they are more internal, global and stable for positive events. This finding is in line of other findings with clinical group of schizophrenic patients. The findings of this research support Bentall et al.'s view on psychosis explanation from a social cognitive perspective and also provide more research-based confirmations for the dimensional model of psychosis.

**Keywords:** schizotypy, schizophrenia, dimensional model, attributional bias, cognition.

گواه است. این یافته، با یافته‌های دیگر با گروه‌های بالینی بیماران اسکیزوفرنیایی همسو می‌باشد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در جهت حمایت از نظریه بنتال و همکاران در ارتباط با تبیین روان گسستگی از دیدگاه شناخت اجتماعی و نیز در جهت فراهم آوردن تائیدات پژوهشی بیشتر برای الگوی پیوستاری روان گسستگی تفسیر گردید.

**کلید واژه‌ها:** اسکیزوتیپی، اسکیزوفرنیا، الگوی ابعادی، سوگیری اسناد، شناخت.



## ● مقدمه

پیامد وقوع انقلاب شناختی در روانشناسی، نقش شناخت در اختلالات روانی توجه متخصصان بالینی را به خود جلب کرده و در این راستا و به منظور سنجش فرایندهای شناختی و پردازش اطلاعات، ابزارها و روش‌های متعددی ابداع شده است. بررسی‌های شناختی اخیر در مورد اختلالات هیجانی پیشنهاد می‌کنند که سوگیری‌های شناختی حداقل به عنوان عوامل نگهدارنده در آسیب شناسی روانی نقش دارند. اولین مطالعات شناختی از اختلالات اضطرابی شروع شده و سپس دامنه آنها اختلالات دیگر از اختلالات خوردن گرفته تا اسکیزوفرنیا را هم شامل گردیده است (محمدزاده و گودرزی، ۱۳۸۵).

«توهم‌های شنیداری» و «هذیان‌های آسیب و گزند»، مشخصه‌های اصلی روان گسستگی هستند، ولی علل آنها هنوز ناشناخته باقی مانده است. صورت بندی‌های جدید شناختی از «توهم» همگی متفق القول هستند که توهم‌ها، افکار و تصاویر تولید شده درونی هستند که اشتباهاً به وقایع بیرونی نسبت داده می‌شوند. در ارتباط با هذیان‌ها اکثر تحقیقات نشان داده اند که بیماران هذیانی در مقایسه با افراد غیر هذیانی اطلاعات را به صورت متفاوت پردازش می‌کنند. «سوگیری‌های اسنادی» مربوط به وقایع منفی در توهم و هذیان و نقش روان پویایی چنین اسنادهایی که در کاهش اضطراب بیمار نقش کارکردی دارند و به نوعی در خدمت حرمت خود بیمار هستند

هسته اصلی تبیین‌های شناختی - اجتماعی نشانه‌شناسی مثبت روان‌گسستگی را تشکیل می‌دهند. مدافعان چارچوب تبیینی دو عاملی هذیانها، بین عواملی که «افکار غیرمحمول»<sup>۱</sup> را بر می‌انگیزند (و بنابراین در جهت تبیین محتوای موضوعی هذیان ویژه نقش دارند) و عواملی که پذیرش غیرانتقادی یک فکر غیر محتمل را به عنوان باورهای هذیانی تبیین می‌کنند، تمایز قائل می‌شوند (دیویز و همکاران، ۲۰۰۱). الگوی جدید روان‌گسستگی گارتی و همکاران (۲۰۰۱)، عموماً با این رویکرد هماهنگ است. این مؤلفین پیشنهاد می‌کنند که روان‌گسستگی با حوادث محیطی و یا عصب زیست شناختی تسریع شده و پردازش شناختی را از هم پاشیده و منجر به تجارب غیرعادی می‌گردد. این تجارب غیرعادی سبب راه‌اندازی جستجو برای فرضیه‌های تبیینی شده (شنیدن صداهایی که افکار اولیه مبنی بر اینکه «بعضی موجودات نامرئی با من صحبت می‌کنند» را فرا می‌خوانند) و روان‌گسستگی کامل از طریق اتفاقاتی که روی می‌دهند، زمانی شروع می‌شود که بیمار به جای اسنادهای درونی «خود تصحیحی»<sup>۲</sup> (بعضی چیزهای غلط در ذهن من باعث می‌شوند تا من صداهایی را بشنوم) از طریق به کارگیری «سوءتعبیر»<sup>۳</sup>، باورهای هذیانی را تولید و می‌پذیرد (خدا با من صحبت می‌کند).

پیشنهاد شده است که یک نوع سوگیری اسنادی که «خود خدمتگر»<sup>۴</sup> است ممکن است ناشی از شکست‌هایی از نوع فوق‌الذکر در بیماران با «هذیان‌های آسیب و گزند»<sup>۵</sup> باشد. یکی از اولین نسخه‌های چنین رویکردی، الگوی دفاعی هذیان‌های آسیب و گزند می‌باشد (بتال، کیندرمن و کانی، ۱۹۹۴). بر اساس این رویکرد، افرادی که مستعد «هذیان‌های آسیب و گزند» هستند، باورهای منفی نهفته و «زیر آستانه هشیاری»<sup>۶</sup> خود را پنهان کرده و در برابر فعال شدن آنها از طریق اجتناب از «خود محکوم سازی»<sup>۷</sup>، بخاطر وقایع منفی اجتناب می‌کنند. نتیجه چنین سوء تعبیرهایی در ارتباط با علت‌شناسی تجارب منفی، منجر به جهان بینی پارانوئیدی شده و دیگران به عنوان افراد شرور آسیب‌زا تلقی می‌گردند. بتال و همکاران (۱۹۹۴)، کیندرمن و بتال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ فرض می‌گیرند که بیماران با هذیان‌های آسیب و گزند باورهای نهفته‌ای نسبت به خود دارند که با حوادث منفی زندگی مستعد فعال شدن هستند. بدین ترتیب بیمار هذیانی شبیه بیمار افسرده تصور می‌شود ولی برخلاف بیماران افسرده فرض بر این است که بیماران مبتلا به هذیان‌های آسیب و گزند، در برابر فعال شدن باورهای منفی نسبت به خود، با اسناددهی وقایع منفی به عوامل دیگر از خود دفاع می‌کنند. از طریق چنین اسنادهای شخصی شده بیرونی، افراد با هذیان‌های آسیب و گزند از حرمت خود دفاع می‌کنند. هزینه حفظ حرمت خود در این افراد، زندگی ذهنی در جهانی مملو از خصومت و دشمنی است. پژوهش اخیر جولی و همکاران

(۲۰۰۶) نیز در همین راستا بوده و نشان داد که بیماران هذیانی با باورهای آسیب و گزند و بزرگ منشی نسبت به حوادث منفی سوگیری اسنادی بیرونی دارند و بنابراین سوگیری آنها در خدمت خود است، درحالیکه بیماران هذیانی افسرده نسبت به حوادث مثبت سوگیری اسنادی بیرونی دارند و بنابراین فاقد سوگیری اسنادی خدمت به خود هستند.

در پیشینه تحقیق، نقش سوگیری اسناد بیرونی اغراق آمیز در شکل گیری هذیان‌های آسیب و گزند توسط چندین پژوهش تأیید شده است (کاندیدو و رامن، ۱۹۹۰؛ کانی و بنتال ۱۹۹۲؛ لیون، کانی و بنتال، ۱۹۹۴). اخیراً نیز لانگدون و همکاران (۲۰۰۶)، دریافتند که بیماران با هذیان‌های آسیب و گزند شدید، بیماران با هذیان‌های آسیب و گزند متوسط و گروه کنترل بهنجار به ترتیب بیشترین سوگیری اسناد بیرونی نسبت به حوادث منفی را نشان می‌دهند.

تحقیقات مرتبط با «توهمات شنیداری»<sup>۱</sup>، بخشی از تجربه توهمی را بر اساس سوگیری در ایجاد اسنادهای بیرونی برای حوادث و تجربیات درونی توجیه می‌کنند. بر اساس نظریه پرداز و تحقیقات جدید در این حیطه از پژوهش، تجارب توهمی به واسطه سوگیری در ایجاد اسنادهای بیرونی در مورد تجربیات درونی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (موریسون و همکاران ۱۹۹۵؛ بیکر و موریسون، ۱۹۹۸؛ کیفه و همکاران، ۲۰۰۲). به عنوان مثال، برخی تحقیقات، به اسناد فعالیت‌های کلامی «خودساخته»<sup>۲</sup> و «زیرآستانه آوایی»<sup>۳</sup> به منابع بیرونی در گزارش‌های توهمی اشاره کرده‌اند (گرین و پرستون، ۱۹۹۱). بنتال و همکاران (۲۰۰۱)، پیشنهاد کرده‌اند که سوگیری شناختی ممکن است از طریق آسیب در توانایی تمایز بین محرک‌های خود ساخته و دیگر ساخته در تجربه توهمی نقش داشته باشند. همچنین، مطالعات متعددی سوگیری‌های نظامندی را در قضاوت‌های مربوط به «منبع-نگری»<sup>۴</sup> در بیماران توهمی پیدا کرده‌اند، بدین گونه که این بیماران به صورت پایدار ماده‌های درونی خود ساخته را به صورت اغراق آمیز با منبع بیرونی گزارش می‌کنند (بنتال، بیکر و هاورس ۱۹۹۱؛ رانکین و اوکارول، ۱۹۹۵؛ موریسون و همکاران، ۱۹۹۵).

وود وارد و همکاران (۲۰۰۶) در یک بررسی فراتحلیلی این یافته‌ها را تأیید کردند. همچنین سوگیری در قضاوت‌های مربوط به منبع-نگری توسط آلن و همکاران (۲۰۰۶) روی نمونه‌های غیربالینی متشکل از افراد بهنجاری که در مقیاس‌های آمادگی برای توهم و اندیشه پرداز هذیانی نمره بالایی کسب کرده بودند، گزارش شده است. علاوه بر این، براساس الگوی موریسون و همکاران (۱۹۹۵) اسناد افکارهای ناخواسته و مزاحم به منابع بیرونی در کاهش اضطراب نقش کارکردی دارد. این یافته‌ها این احتمال را که جمعیت غیربالینی با خصلت‌های روان گسستگی هم

ممکن است چنین سوگیری‌هایی داشته باشند، مطرح می‌کند. این فرضیه منتج از رویکرد «ابعادی»<sup>۱۲</sup> ویژگی‌های روان‌گسستگی است که در نقطه مقابل رویکرد سنتی «مقوله‌ای»<sup>۱۳</sup> در روان‌پزشکی می‌باشد. الگوی ابعادی روان‌گسستگی، نشانه‌های بالینی بیماران را به عنوان تظاهرات اغراق آمیز خصلت‌های شخصیتی فرض می‌کند که در جمعیت بزرگسال بهنجار هم یافت می‌شوند. یافته‌های ناشی از تحقیقات ژنتیکی و شناختی مربوط به وضعیت‌های مرزی روان‌گسستگی (از جمله شخصیت‌های اسکیزوتایپی و مرزی) حاکی از وجود پیوستاری رفتاری بین نشانه‌شناسی مرضی بیماران روان‌گسسته و افراد غیر روان‌گسسته در ابعاد مختلف است (محمدزاده، گودرزی، تقوی، ملازاده ۱۳۸۴ و ۱۳۸۶). بر این اساس شخصیت‌های مرزی، اسکیزوتایپی و اسکیزوفرنیا به عنوان نقاط مختلفی بر روی یک پیوستار مفهوم بندی شده‌اند که بر طبق مفروضه‌های الگوی آسیب‌پذیری-تیدگی، مبین درجاتی از خطر می‌باشند. چنین رویکردی با استفاده از نمونه‌های غیربالینی و به منظور اجتناب از ابهامات بالقوه که در کار با بیماران بالینی وجود دارد (مانند اثرات ناشی از دارو و مؤسسه‌ای شدن) ابزارهایی را به منظور سنجش نشانه‌های بالینی فراهم آورده است. بطور کلی، تحقیقات غیربالینی بر اساس الگوی‌های اسنادی توهم و هذیان، می‌تواند در افزایش دانش تبیینی نشانه‌شناسی مثبت روان‌گسستگی نقش اساسی ایفا کند.

با در نظر گرفتن پیشینه پژوهشی موضوع مورد بررسی در نمونه‌های بالینی، هدف پژوهش حاضر «بررسی سوگیری‌های اسنادی در نمونه‌های غیربالینی و آزمون فرضیه پژوهشی مبنی بر توزیع ویژگی‌های روان‌گسستگی در پیوستاری از بهنجاری-بیماری از دیدگاه شناخت اجتماعی» می‌باشد.

## ● روش

○ «جامعه آماری» تحقیق حاضر عبارت بود از کلیه دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ مشغول به تحصیل بودند و از بین آنها ۴۷۷ دانشجو با «پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی» (STA) غربال شدند و از بین آنها نیز ۳۰ نفر که نمره شان بر اساس اطلاعات هنجاری پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپی (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۶) ۲ انحراف معیار از میانگین بیشتر بود (به عنوان گروه اسکیزوتایپی) و ۳۰ نفر هم که نمره آنها بر اساس اطلاعات هنجاری این پرسشنامه، ۲ انحراف معیار از میانگین کمتر بود (به عنوان گروه گواه)، انتخاب و با «پرسشنامه سبک‌های اسنادی» (ASQ) مورد آزمون قرار گرفتند.

## ○ ابزار

□ «پرسشنامه شخصیتی اسکیزوتایپی»<sup>۱۴</sup> (STA) شامل ۳۷ ماده می‌باشد که به صورت بلی/خیر جواب داده می‌شود. جواب «بلی» نمره یک و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس سه عامل دارد: عامل‌های «تجارب ادراکی غیرمعمول»، «سوءظن پارانوئید/اضطراب اجتماعی» و «تفکر سحرآمیز». جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب اعتبار بازآزمایی را برای «پرسشنامه شخصیتی اسکیزوتایپی»، ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز، کلاریج و فریمن (۲۰۰۱) ضریب اعتبار همسانی درونی ۰/۸۵ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. روایی همزمان «پرسشنامه شخصیتی اسکیزوتایپی» با مقیاس روان‌آزردگی «پرسشنامه شخصیتی آیزنک»<sup>۱۵</sup> (EPQ) در فرهنگ اصلی ۰/۶۱ گزارش شده است (راولینگز و همکاران، ۲۰۰۱). هنجاریابی و خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۸۶) انجام گرفته است. روایی همزمان این مقیاس با مقیاس روان‌آزردگی «فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنک»<sup>۱۶</sup> (EPQ-R)، ۰/۷۳ می‌باشد، ضمن این که «پرسشنامه شخصیتی اسکیزوتایپی» از روایی عاملی و افتراقی مطلوبی هم برخوردار است. ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۶ می‌باشد (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۶).

□ «پرسشنامه سبک‌های اسنادی»<sup>۱۷</sup> (ASQ) همانند «پرسشنامه شخصیتی اسکیزوتایپی» ابزار خودسنجی است و نمراتی را برای تفاوت‌های فردی در زمینه گرایش افراد به اسناد علل وقایع خوشایند و ناخوشایند به «عوامل درونی» (در مقابل بیرونی) «پایدار» (در مقابل ناپایدار) و «کلی» (در برابر خاص) بدست می‌دهد (پترسون و همکاران ۱۹۸۲). این مقیاس به توصیف ۱۲ موقعیت فرضی می‌پردازد. نیمی از موقعیت‌ها شامل وقایع «خوشایند» و نیمی دیگر «ناخوشایند» است. همچنین، از ۱۲ موقعیت فرضی، ۶ موقعیت در زمینه «پیوندجویی» و ۶ موقعیت در زمینه «پیشرفت» است. از آزمودنی خواسته می‌شود هر موقعیت را بخواند و تصور کند که آن موقعیت واقعاً برای او اتفاق افتاده است، سپس عمده‌ترین علت بروز چنین موقعیتی را در جای خالی بنویسد و پس از آن با کشیدن دایره دور اعداد درج شده زیر ۳ سوال مربوط به هر موقعیت، علت حادثه را در امتداد یک مقیاس ۷ درجه‌ای، درجه بندی کند. مقیاس طوری تنظیم شده است که اسنادهای خاص ناپایدار و بیرونی نمرات کمتر و اسنادهای کلی پایدار و درونی نمرات بیشتری می‌گیرند. میزان درجه بندی هر بعد در انتها با هم جمع می‌شود و نمرات کل به طور جداگانه برای وقایع خوشایند و ناخوشایند با جمع سؤالات هر بعد و تقسیم آن بر ۶ به دست می‌آید. روایی مقیاس‌های فرعی «پرسشنامه سبک‌های اسنادی» بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آنها در

فاصله ۵ هفته‌ای بین ۵۸/۰ تا ۷۰/۰ گزارش شده است (همان منبع). در تحقیق حاضر نیز ضرایب روایی و اعتبار مشابهی بدست آمد.

## ● نتایج

جدول ۱ مشخصات جمعیت شناختی دو گروه اسکیزوتایپی و بهنجار را که به عنوان نمونه تحقیقی انتخاب شده بودند نشان می‌دهد. توزیع جنس نمونه تحقیق مطابق با شیوع تقریباً برابر اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در جنس مذکر و مؤنث می‌باشد.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی دو گروه اسکیزوتایپی و بهنجار

گروه			گروه‌ها	
تعداد کل	بهنجار	اسکیزوتایپی	جنس	
۲۹	۱۶	۱۳	مذکر	جنس
۳۱	۱۴	۱۷	مؤنث	
۶۰	۳۰	۳۰	تعداد کل	
۲۲	۲۱	۲۳	میانگین سنی	

برای مقایسه نمرات گروه اسکیزوتایپی و گواه در بعد درونی - بیرونی حوادث مثبت و منفی از روش t تست برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است. چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات دو گروه در بعد درونی - بیرونی حوادث مثبت و نیز حوادث منفی معنادار ( $p < 0/01$ ) می‌باشد و در هر دو مورد میانگین گروه گواه بیشتر از گروه اسکیزوتایپی می‌باشد. بنابراین اسناد گروه اسکیزوتایپی در مقایسه با گروه گواه برای حوادث منفی بیرونی تر و برای حوادث مثبت درونی تر است.

جدول ۲- مقایسه سبک اسنادی گروه‌های اسکیزوتایپی و گواه در بعد درونی - بیرونی حوادث مثبت و منفی

حوادث	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
منفی	اسکیزوتایپی	۳۰	۲/۴۴	۰/۹۱	۷/۳۴	۲۸	۰/۰۱
	گواه	۳۰	۴/۴۷	۱/۲۲			
مثبت	اسکیزوتایپی	۳۰	۵/۸۶	۱/۱۴	۶/۱۲	۲۸	۰/۰۱
	گواه	۳۰	۳/۳۶	۱/۴۰			

به منظور مقایسه سبک اسنادی گروه‌های اسکیزوتایپی و گواه در بعد پایداری - ناپایداری از

تجزیه تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است. براساس اطلاعات این جدول، الف. نتیجه تحلیل واریانس، نشان دهنده معنادار بودن ( $F=94/08$ ,  $p<0/01$ ) تأثیر متغیر A (گروه‌ها) می‌باشد. بنابراین، اسکیزوتایی‌ها اسنادهای پایدارتری برای حوادث مثبت و منفی دارند. ب. تأثیر متغیر B (نوع حوادث) معنادار است ( $F=14/59$ ,  $p<0/01$ ) و گروه‌ها اسنادهای پایدارتری برای حوادث مثبت دارند. ج. اثر تعامل متغیرهای A و B معنادار نمی‌باشد ( $F=5/32$ ) و لذا دو متغیر مستقل از هم هستند. به عبارتی، اثر متغیر مورد پژوهش تابع متغیر نوع حوادث نیست.

جدول ۳- نتایج تجزیه تحلیل واریانس دو عاملی در بعد پایداری - ناپایداری حوادث مثبت و منفی

منابع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیر A		94/2	1	94/2	94/08	0/01
متغیر B		14/30	1	14/30	14/59	0/01
A × B		5/22	1	5/22	5/32	NS
خطا		114/5	116	0/98	-	-
کل		228/22	119	-	-	-

جدول ۴ هم سبک اسنادی گروه‌های اسکیزوتایی و گواه را در ابعاد کلی - جزئی حوادث مثبت و منفی با بکارگیری روش تجزیه تحلیل واریانس دو عاملی مقایسه می‌کند. بر اساس اطلاعات این جدول الف. تأثیر متغیر A گروه‌ها معنادار می‌باشد ( $F=43/5$ ,  $p<0/01$ ) و اسکیزوتایی‌ها اسنادهای کلی‌تری برای حوادث مثبت و منفی دارند. ب. تأثیر متغیر B (نوع حوادث) معنادار است ( $F=9/53$ ,  $p<0/01$ ) و گروه‌ها اسنادهای کلی‌تری برای حوادث مثبت دارند. ج. اثر تعامل متغیرهای A و B معنادار نمی‌باشد ( $F=0/53$ ) و لذا، دو متغیر، مستقل از هم هستند. به عبارتی، در این جا نیز اثر متغیر مورد پژوهش تابع متغیر نوع حوادث نیست.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس دو عاملی در بعد کلی - جزئی حوادث مثبت و منفی

منابع تغییرات	شاخصها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیر A		73/2	1	73/2	43/5	0/01
متغیر B		16/02	1	16/02	9/53	0/01
A × B		0/90	1	0/90	0/53	NS
خطا		195/20	116	1/68	-	-
کل		285/24	119	-	-	-



## ● بحث

○ تحقیق حاضر نشان داد که اسناد افراد با صفت «اسکیزوتایپی» (غیر بالینی) برای حوادث منفی، بیرونی‌تر، پایدارتر و کلی‌تر و برای حوادث مثبت، درونی‌تر، پایدارتر و کلی‌تر از گروه کنترل است. این یافته با یافته‌های دیگر با گروه‌های بالینی بیماران اسکیزوفرنیایی همسو می‌باشد (بیکر و موريسون، ۱۹۹۸؛ کیفه و همکاران، ۲۰۰۲؛ جولی و همکاران، ۲۰۰۶؛ لانگدون و همکاران، ۲۰۰۶).

○ از نظر محقق، یافته‌های پژوهش حاضر از دو جنبه حائز اهمیت می‌باشد:

□ اول این که پژوهش حاضر برای الگوی بتال و همکاران (۱۹۹۴؛ کیندرمن و بتال، ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷) تأییدات پژوهشی فراهم می‌آورد که بر اساس آن، در «توهم» و «هذیان» نوعی سوگیری نابهنجار برای اسناد حوادث منفی به علل بیرونی و حوادث مثبت به علل درونی وجود دارد. این نوع سوگیری در روانشناسی اجتماعی سوگیری «خود خدمتگر» نامیده می‌شود و به معنای تمایل فرد برای اسناد حوادث مثبت به علل درونی و حوادث منفی به علل بیرونی است که هدف آن دفاع و حفظ حرمت خود و افزایش آن می‌باشد. این سوگیری پیوند بین «انگیزش» و «شناخت» را نشان می‌دهد، زیرا فرد با انگیزه دفاع و محافظت از حرمت خود، ادراک خویش از علیت را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که به حرمت خود آسیبی نرسد و حتی آن را ارتقاء دهد (کریمی، ۱۳۸۴).

□ دیگر این که، تحقیق حاضر برای الگو و طبقه‌بندی ابعادی اختلالات روانی بویژه روان‌گسستگی از زاویه شناخت اجتماعی تأییدات پژوهشی فراهم می‌کند؛ یکی از موضوعات غالب در مسیر تاریخ روان پزشکی و روانشناسی مرضی این ایده می‌باشد که وضعیت‌های روان‌گسستگی می‌توانند برای فهم پراکندگی بعضی از رگه‌های فردی بهنجار، نقطه حرکتی فراهم آورند. آن چه که در این جابه‌آ اشاره می‌شود نه تنها شخصیت بلکه کنش‌های شناختی، هم در جنبه‌های رفتاری و هم در جنبه‌های زیست شناختی می‌باشد. چند عامل در تجدید نظر اخیر در علاقه به چنین دیدگاهی در تفاوت‌های فردی، نقش داشته‌اند (کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴): عامل اول، کارهای نوگرایانه آیزنک (۱۹۷۵) برای گسترش نظریه شخصیتی خود در ابعاد سه‌گانه شخصیت بود که بعد روان‌گسستگی گرایی هم جز آن می‌باشد. عوامل دیگر نیز با گسترش نظریه آیزنک به حیطه اسکیزوفرنی نقش خود را ایفا نمودند. همه این تحقیقات به یک نتیجه واحد رسیده‌اند و آن این که، ویژگی‌های روان‌گسستگی منحصرأ اختصاص به طبقه خاصی از بیماران ندارد، بلکه بخشی از آرایش روان شناختی و زیست شناختی الگوهای آن در بین واریانس‌های فردی نوع بشر وجود دارد. آنچه که باعث افزایش علاقه محققین به این حیطه از پژوهش شده

این است که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی به طور فراوان در خویشاوندان بیماران اسکیزوفرنیایی دیده می‌شود و همچنین در بعضی افراد اختلال شخصیت اسکیزوتایپی خود علامتی برای شروع اسکیزوفرنیاست (والفرد و استراب، ۱۹۹۸).

○ شواهدی در تأیید این بحث وجود دارد؛ نخست این که یافته‌های ناشی از بررسی‌های ژنتیکی اسکیزوفرنیا، امروزه مشخص کرده‌اند که آن‌چه که به ارث می‌رسد، شکل تدریجی دارد که به صورت چند ژنی، صفات استعداد روان‌گسستگی را تعیین می‌کند. لذا این صفات در شکل نهفته‌اش در واریانس‌های شخصیتی و شناختی افرادی که به لحاظ بالینی بهنجار هستند، وجود دارد. بر اساس نظریه ژنتیکی، این صفات به صورت تدریجی در افرادی که خود به لحاظ روان پزشکی سالم هستند، ولی جزء خویشاوندان خونی بیماران اسکیزوفرنیایی محسوب می‌شوند، بروز خواهند کرد. در واقع، گزارش شده است که ویژگی‌های شناختی، خلق و خوی و روان فیزیولوژیایی خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، به لحاظ کارکردی مشابه بیماران اسکیزوفرنیایی می‌باشد (کلاریج و بروکز، ۱۹۸۴). لذا فرض بر این است که آمادگی برای اسکیزوفرنیا در جمعیت دارای توزیع پیوستاری می‌باشد (روزا، ون اوس، فاناناس، بارانتز، کاپاروس، گوئیز و اوبولز، ۲۰۰۰). اهداف رویکرد آمادگی - روان‌گسستگی، کشف افراد بهنجار با استعداد پنهان برای اسکیزوفرنیا می‌باشد که آنها را در خطر بالای ابتلای بیماری قرار می‌دهد (کلاریج، ۱۹۹۴). روایی این رویکرد با یافته‌های حاصل از تحقیقاتی که نشان داده‌اند احتمال وجود اسکیزوتایپی در خویشاوندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر است، تأیید شده است (کندلر، مک گویر، گرینبرگ، اسپلمن و واش، ۱۹۹۳). همچنین، یافته‌ها احتمال شروع دوره‌های روان‌گسستگی در افراد دارای سطوح بالای آمادگی برای روان‌گسستگی را نشان داده‌اند (چاپمن و همکاران، ۱۹۹۴).

○ به‌طور خلاصه، اهمیت یافته‌های پژوهش حاضر در پرتو نتایج مطالعاتی که به بررسی ویژگی‌های روان‌گسستگی در پیوستاری از بهنجاری - بیماری پرداخته‌اند و نیز تبیین نشانه‌شناسی مثبت روان‌گسستگی از منظر روانشناسی اجتماعی، وضوح بیشتری می‌یابد. با این وجود، مهمترین محدودیت این پژوهش را هم باید یادآور شد؛ به سبب شیوع کمتر ویژگی‌های اسکیزوتایپی در جمعیت عمومی، به ویژه در سطوح تحصیلاتی بالا، که نمونه ما از آنها انتخاب شد، در پژوهش حاضر با کمبود نمونه مواجه بودیم که این ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. بنابراین، تحقیقات تکمیلی با تعداد نمونه‌های بیشتر برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد تا با فراهم کردن نمونه بیشتر، یافته‌های این پژوهش را در زیرگروه‌های فرعی

شخصیت اسکیزوتایپی نیز بررسی کنند؛ چرا که شخصیت اسکیزوتایپی از مجموعه‌ای از الگوهای ناهمگن تشکیل شده است (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۶) و همین چند بعدی بودن، باعث ناهماهنگی یافته‌های پژوهشی در دیگر تحقیقات مرتبط با شخصیت اسکیزوتایپی شده است.



#### یادداشت‌ها

- |  |  |
|--|--|
| 1- Implausible thought                     | 2- Self correcting                     |
| 3- Misattribution                          | 4- Self serving                        |
| 5- Persecutory Delusions                   | 6- Sub conscious                       |
| 7- Self blame                              | 8- Auditory hallucinations             |
| 9- Self produce                            | 10- Sub vocalization                   |
| 11- Source monitoring                      | 12- Dimensional                        |
| 13- Categorical                            | 14-Schizotypal Personality Scale (STA) |
| 15- Schizotypal Trait Questionnaire-A form |  |
| 16- Eysenck Personality Questionnaire      |  |
| 17- Attributional Style Questionnaire      |  |

#### منابع

- کریمی، یوسف. (۱۳۸۴). روانشناسی اجتماعی، نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردها، تهران: انتشارات ارسباران.
- محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمد رضا؛ ملازاده، جواد. (۱۳۸۶). بررسی ساختار عاملی، روایی، اعتبار و هنجاریابی مقیاس شخصیتی اسکیزوتایپی (STA). مجله روانشناسی، سال یازدهم، (۴۱)، صص ۲۷-۳۰.
- محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی. (۱۳۸۵). اختلال خوردن: نقد و بررسی الگوی آزمایشی. تازه‌های رواندرمانی، سال یازدهم شماره ۴۰-۳۹، صص ۵۸-۴۳.
- محمدزاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمد رضا؛ ملازاده، جواد. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی (STB) در دانشجویان دانشگاه شیراز. اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷، صص ۸۹-۷۵.
- Allen, P.; Freeman, D.; Johns, L.; & McGuire, P. (2006). Misattribution of self-generated speech in relation to hallucinatory proneness and delusional ideation in healthy volunteers. *Schizophrenia Research*, 84, 281-288.
- Baker, C. A.; & Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: Attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine* 28, 1199-1208.
- Bentall, R. P.; Baker, G.; & Havers, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology* 30, 213-222.

- Bentall, R. P.; Kinderman, P.; & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Bentall, R. P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N.; & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Candido, C. L.; & Romney, D. M. (1990). Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal Medical Psychology*, 63, 355-363.
- Chapman, L. J.; Chapman, J. P.; Kwpil, T. R.; & Eckblad, M. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2), 171-183.
- Claridge, G. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: Probable factor likely myth?, *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 151-168.
- Claridge, G.; & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Davies, M.; Coltheart, M.; Langdon, R.; & Breen, N. (2001). Monothematic delusions: Towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8, 133-158.
- Eysenck, H. J.; & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Garety, P. A.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Freeman, D.; & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Green, P.; & Preston, M., (1991). Reinforcement of vocal correlates of auditory hallucinations by auditory feedback: a case study. *British Journal of Psychiatry* 139, 204-208.
- Jackson, M.; & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 311-323.
- Jolley, S.; Garety, P.; Bebbington, P.; Dunn, G.; Freeman, D.; Kuipers, E.; Fowler, D.; & Hemsley, D. (2006). Attributional style in psychosis - The role of affect and belief type. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1597-1608.
- Kancy, S.; & Bentall, R. (1992). Persecutory delusions and the self-serving bias: Evidence from a contingency judgment task. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180(12), 773-780.
- Keefe, R. S. E.; Arnold, M. C.; Bayen, U. T.; McEvoy, J. P.; & Wilson, W. H. (2002). Source monitoring deficits from self-generated stimuli in schizophrenia. Multinomial modeling of data from three sources. *Schizophrenia Research* 57, 51-68.
- Kendler, K. S.; McGuire, M.; Gruenberg, A. M.; Spellman, M.; & Wash, D. (1993). The Roscommon Family Study. III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives.

*Archives of General Psychiatry* 50 (10), 781-788.

- Kinderman, P.; & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20, 261-264.
- Kinderman, P.; & Bentall, R. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology* 106 (2), 341-345.
- Kinderman, P.; & Bentall, R. P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255-273.
- Langdon, R.; Corner, T.; McLaren, J.; Ward, P. B.; & Coltheart, M. (2006). Externalizing and personalizing biases in persecutory delusions: The relationship with poor insight and theory-of-mind. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 699-713.
- Lyon, H. M.; Kaney, S.; & Bentall, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions: Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.
- Morrison, A. P.; & Haddock, G., (1997). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine* 27, 669-679.
- Morrison, A. P.; Haddock, G.; & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Psychological Medicine* 27, 669-679.
- Peterson, C.; Semmel, A.; von Bueyer, C.; Abramson, L. Y.; Metalsky, G. I.; & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300.
- Rawlings, D.; Claridge, G.; & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Rankin, P. M.; & O'Carroll, P. J. (1995). Reality discrimination, reality monitoring and disposition towards hallucination. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 514-528.
- Rosa, A.; van Os, J.; Fananas, L.; Barrantes, N.; Caparros, B.; Gutierrez, B.; & Obiols, J. (2000). Developmental instability and schizotypy. *Schizophrenia Research* 43, 125-134.
- Wolfradt, U.; & Strube, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal trait among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.
- Woodward, T.; Menon, M.; Hu, X.; & Keefe, R.S.E. (2006). Optimization of a multinomial model for investigating hallucinations and delusions with source monitoring. *Schizophrenia Research*, 85, 106-112.