



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

## پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی

بررسی تأثیر محرک های هیجانی بر پردازش اطلاعات و  
هذیان در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد  
عادی

استادان راهنما:  
دکتر کریم عسکری  
دکتر حمیدرضا عریضی

استاد مشاور:  
دکتر محسن معروفی

پژوهشگر:  
سپیده کیان زاد

مهر ماه ۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات  
و نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه  
متعلق به دانشگاه اصفهان می‌باشد



دانشگاه اصفهان  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

## پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش بالینی

بررسی تأثیر محرک های هیجانی بر پردازش اطلاعات و  
هذیان در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد  
عادی

در تاریخ ۳۰ / ۸ / ۹۱ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با  
درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- ۱- استاد راهنمای پایان نامه  
با مرتبه علمی استادیار  
دکتر کریم عسگری  
امضاء
- ۲- استاد راهنمای پایان نامه  
عریضی با مرتبه علمی دانشیار  
امضاء  
دکتر حمیدرضا
- ۳- استاد مشاور پایان نامه  
معروفی با مرتبه علمی دانشیار  
امضاء  
دکتر محسن
- ۴- استاد داور داخل گروه  
با مرتبه علمی  
دکتر  
امضاء

دکتر

۵- استاد داور خارج از گروه

امضاء

با مرتبه‌ی علمی

امضای

مدیرگروه

سپاس خدای را که به من درس  
زیستن آموخت

تقدیم به :

پدرم  
پشتوانه همیشگی زندگی  
ام  
و مادرم  
سرمایه عاطفی  
وجودم

خدایا: به من توانی عطا کن تا بر آنچه مرا از دانش  
بخشیده ای شکرگذار باشم و به آنانکه زوایای تیره

اندیشه ام را با آموزگاری خویش روشن نموده اند اجر  
فراوان ده و مرا آن شایستگی عنایت فرما تا در  
بازمانده حیات خویش سزاوار دانش فزون تر از جانب  
تو باشم و عنایتی کن تا آموخته‌هایم بی‌سود نباشد و  
بتوانم به یاری علمی که مراد داده اند بنده‌ای  
شایسته برای تو و یاور بی‌توانا برای بندگانت باشم.  
اینک قدردانی و سپاس دارم از اساتید فرهیخته و  
گرانقدرم دکتر کریم عسگری و دکتر حمید  
رضا عریضی استادان راهنما و دکتر محسن معروفی  
استاد مشاور که با حوصله و تواضع فراوان هدایت  
گر اینجانب در انجام پژوهش حاضر بوده‌اند.

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر محرک های هیجانی بر پردازش اطلاعات و هذیان در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد عادی اجرا شد. پژوهش از نوع علی مقایسه ای بوده و طی آن با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستانهای خورشید و فارابی در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ تعداد ۴۰ بیمار به صورت دسترس انتخاب شده و با ۴۰ نفر از افراد عادی که از لحاظ سن و جنس با گروه بیماران هم‌تا شده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. بر اساس رضایت نامه ی کتبی والدین و با میل خود وارد پژوهش شدند. ابزار پژوهش عبارت بود از آزمون استروپ، آزمون حافظه و آزمون پرش به سمت نتایج. آزمون سوم بر اساس رهنمود های استادان راهنما و با توجه به مدل‌های مورد استفاده ی فریدمن و همکاران ساخته شد. پس از گردآوری داده ها، فرضیه های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصله نشان داد که بیماران اسکیزوفرن از نظر زمان واکنش و عملکرد هیجانی در آزمون استروپ، حافظه ی آشکار و نهان و همچنین پرش به سمت نتایج با افراد عادی از نظر آماری تفاوت معنی دار دارند. یافته های پژوهش حاضر علاوه بر این حکایت از آن دارد که پرش به سمت نتایج طبق الگو های بر گرفته از نظریه ی "بیز" احتمالاً در شکل‌گیری و تحکیم هذیان در بیماران اسکیزوفرن نقش دارد.



## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

|     |                         |       |
|-----|-------------------------|-------|
| ۱-۵ | مقدمه                   | ۱-۱   |
| ۶-۷ | بیان مسئله پژوهش        | ۲-۱   |
| ۸   | اهمیت و ارزش پژوهش      | ۳-۱   |
| ۸   | کاربرد نظری و پژوهشی    | ۴-۱   |
| ۸   | اهداف پژوهش             | ۵-۱   |
| ۸   | اهداف اصلی              | ۱-۵-۱ |
| ۹   | اهداف فرعی              | ۲-۵-۱ |
| ۹   | فرضیه های پژوهش         | ۶-۱   |
| ۹   | فرضیه های اصلی          | ۱-۶-۱ |
| ۹   | فرضیه های فرعی          | ۲-۶-۱ |
| ۹   | متغیرهای پژوهش          | ۷-۱   |
| ۱۰  | تعریف اصطلاحات و مفاهیم | ۸-۱   |
| ۹   |                         |       |
| ۱۰  | تعاریف نظری ( مفهومی)   | ۱-۸-۱ |
| ۱۰  | تعاریف عملیاتی          | ۲-۸-۱ |

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

|    |   |       |
|----|---|-------|
| ۱۱ | مقدمه                                   | ۱-۲   |
| ۱۲ | اسکیزوفرنی و تاریخچه آن                 | ۲-۲   |
| ۱۲ | نظریه پردازان اسکیزوفرنی (امیل کرئپلین) | ۱-۲-۲ |
| ۱۳ | یوگین بلولر                             | ۲-۲-۲ |
| ۱۴ | نظریه پردازان دیگر                      | ۳-۲-۲ |
| ۱۵ | پسیکوزها و اسکیزوفرنی                   | ۳-۲   |
| ۱۵ | توصیف بالینی روان پریشی                 | ۱-۳-۲ |

صفحه

عنوان

|    |                                   |         |
|----|-----------------------------------|---------|
| ۱۶ | پنج بعد نشانه شناسی در اسکیزوفرنی | ۲-۳-۲   |
| ۱۶ | نشانه های مثبت                    | ۱-۲-۳-۲ |
| ۱۶ | نشانه ها منفی                     | ۲-۲-۳-۲ |
| ۱۷ | معاینه وضعیت روانی                | ۴-۲     |
| ۱۸ | احساس پیشرس                       | ۱-۴-۲   |
| ۱۸ | اختلالات درکی                     | ۲-۴-۲   |
| ۱۸ | خطاهای حسی                        | ۳-۴-۲   |

|    |   |        |
|----|---|--------|
| ۱۹ | اختلال تفکر                               | ۴-۴-۲  |
| ۱۹ | محتوي تفکر                                | ۵-۴-۲  |
| ۲۰ | فرآیند تفکر و فرم تفکر                    | ۶-۴-۲  |
| ۲۰ | علائم پرخاشگري و خصمانه                   | ۷-۴-۲  |
| ۲۱ | نظام حسي و شناخت                          | ۸-۴-۲  |
| ۲۱ | حافظه                                     | ۹-۴-۲  |
| ۲۲ | قضاوت و بينش                              | ۱۰-۴-۲ |
| ۲۲ | اطلاعات عمومي راجع به بيماران اسکيزوفرنيا | ۵-۲    |
| ۲۲ | سن و جنس                                  | ۱-۵-۲  |
| ۲۲ | عفونت و فصل تولد                          | ۲-۵-۲  |
| ۲۳ | عوامل مربوط به توليد مثل                  | ۳-۵-۲  |
| ۲۳ | بیماری جسمی                               | ۴-۵-۲  |
| ۲۳ | عوامل مربوط به جمعیت                      | ۵-۵-۲  |
| ۲۴ | عوامل فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی          | ۶-۵-۲  |
| ۲۴ | سبب شناسی                                 | ۶-۲    |
| ۲۵ | مدل استرس - دیاتز                         | ۱-۶-۲  |
| ۲۵ | عوامل ژنتیک                               | ۲-۶-۲  |
| ۲۶ | عوامل روانی اجتماعی                       | ۳-۶-۲  |
| ۲۸ | وابستگی مضاعف                             | ۴-۶-۲  |

صفحه

عنوان

|    |  |       |
|----|--|-------|
| ۲۹ | عوامل فیزیولوژیکی                            | ۵-۶-۲ |
| ۳۱ | فرضیه عصبی رشدی اسکیزوفرنی                   | ۶-۶-۲ |
| ۳۲ | فرضیه عصبی استحاله ای اسکیزوفرنی             | ۷-۶-۲ |
| ۳۳ | سیر و پیش آگهی                               | ۷-۲   |
| ۳۴ | درمان  | ۸-۲   |
| ۳۵ | درمان های روانی اجتماعی:                     | ۱-۸-۲ |
| ۳۶ | درمان قاطع جامعه نگر (ACT)                   | ۲-۸-۲ |
| ۳۷ | درمان شناختی رفتاری:                         | ۳-۸-۲ |
| ۳۷ | رواندرمانی فردی                              | ۴-۸-۲ |
| ۳۸ | رویکردهای درمانی تجربی                       | ۵-۸-۲ |
| ۳۹ | هذیان  | ۹-۲   |
| ۴۰ | وقوع   | ۱-۹-۲ |
| ۴۰ | عواقب  | ۲-۹-۲ |
| ۴۱ | تعریف هذیان های گزند و آزار                  | ۳-۹-۲ |
| ۴۲ | توضیحات عملیاتی                              | ۴-۹-۲ |
| ۴۳ | مشکلات مربوط به تعاریف هذیان های گزند و آزار | ۵-۹-۲ |
| ۴۵ | شواهد بالینی                                 | ۶-۹-۲ |

|    |  |
|----|--|
| ۴۶ | ۷-۹-۲- شواهد تجربی هذیان‌های گزند و آزار       |
| ۴۷ | ۱۰-۲- سوگیری در استدلال                        |
| ۴۷ | ۱-۱۰-۲- نظریه مشکلات ذهن                       |
| ۴۸ | ۱۰-۲- دیدگاه چند عاملی                         |
| ۴۸ | ۱۱-۲- هیجان و هذیان                            |
| ۴۹ | ۱-۱۱-۲- جدایی نوروژ و پسیکوز                   |
| ۴۹ | ۲-۱۱-۲- تفاوت‌های کیفی                         |
| ۵۱ | ۳-۱۱-۲- قواعد هم پوشی                          |
| ۵۱ | ۴-۱۱-۲- راهبردهای پژوهشی تک عاملی              |
| ۵۲ | ۵-۱۱-۲- هم‌بستگی‌های بالقوه بین نوروژ و پسیکوز |
|    | <b>صفحه</b>                                    |
|    | <b>عنوان</b>                                   |

|    |  |
|----|--|
| ۵۲ | ۶-۱۱-۲- مشکلات هیجانی پیش از شکل‌گیری علائم    |
| ۵۳ | ۷-۱۱-۲- علائم همراه                            |
| ۵۴ | ۸-۱۱-۲- همراهی علائم مثبت                      |
| ۵۴ | ۹-۱۱-۲- هیجان و محتوای هذیان: مضامین مشترک     |
| ۵۶ | ۱۰-۱۱-۲- مدل‌های استرس - آسیب‌پذیری            |
| ۵۷ | ۱۱-۱۱-۲- مدل‌گری و همکاران در توضیح اسکیزوفرنی |
| ۵۸ | ۱۲-۲- حافظه                                    |
| ۵۹ | ۱-۱۲-۲- مراحل حافظه                            |
| ۵۹ | ۲-۱۲-۲- حافظه کوتاه مدت و حافظه بلند مدت       |
| ۶۰ | ۳-۱۲-۲- حافظه آشکار و نهان                     |
| ۶۰ | ۴-۱۲-۲- الگوی عصبی برای حافظه آشکار            |
| ۶۰ | ۵-۱۲-۲- الگوی عصبی برای حافظه نهان             |
| ۶۱ | ۶-۱۲-۲- آزمون‌های حافظه                        |
| ۶۲ | ۷-۱۲-۲- آزمون‌های بکار رفته                    |
| ۶۳ | ۱۳-۲- پیشینه مدل بیزین                         |
|    | ۱۴-۲- پیشینه پژوهش در داخل کشور                |
|    | ۱۵-۲- پیشینه پژوهش در خارج از کشور             |
|    | ۱۶-۲- نتیجه‌گیری                               |

### فصل سوم: روش پژوهش

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| ۱-۳ | مقدمه                            |
| ۲-۳ | طرح کلی پژوهش                    |
| ۳-۳ | جامعه آماری                      |
| ۴-۳ | ویژگی‌های نمونه و روش نمونه‌گیری |
| ۵-۳ | حجم نمونه و روش محاسبه           |
| ۶-۳ | ابزارهای پژوهش                   |

..... تست استروپ ۱-۶-۳  
عنوان صفحه

..... تست پرش به سمت نتایج ۲-۶-۳  
..... آزمون یادآوری آزاد ۳-۶-۳  
..... آزمون تکمیل ریشه کلمات ۴-۶-۳  
..... شیوه اجرای پژوهش ۷-۳  
..... روش ها تجزیه و تحلیل آماری داده ها ۸-۳

### فصل چهارم: نتایج پژوهش

..... مقدمه ۱-۴  
..... یافته های توصیفی ۲-۴  
..... یافته های توصیفی متغیر های جمعیت شناختی آزمودنی ها ۱-۲-۴  
..... یافته های استنباطی ۳-۴  
..... بررسی فرضیات پژوهش ۱-۳-۴

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

..... خلاصه پژوهش ۱-۵  
..... بحث در یافته های پژوهش ۲-۵  
..... فرضیه های پژوهش ۱-۲-۵  
..... نتیجه گیری ۲-۲-۵  
..... محدودیتهای پژوهش ۳-۵  
..... پیشنهادات ۴-۵  
..... پیشنهادات پژوهش ۱-۴-۵  
..... پیشنهادات کاربردی ۲-۴-۵  
..... پیوست  
..... منابع و مأخذ

## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### ۱-۱- مقدمه

مفهوم روان‌پریشی در گستره روان‌پزشکی و روانشناسی سازه‌ای قابل توجه و تامل است، که به نظر می‌رسد ساده‌انگاری در مورد علل و عوامل آن بی‌احتیاطی باشد، چرا که هنوز هم تصویر کامل و همه‌جانبه‌ای از آن ترسیم نشده است. برخی آن را با زیست‌شیمی‌مغز مرتبط می‌دانند و عده‌ای دلایل روانشناختی برای آن اقامه می‌کنند (دیوید<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

امروزه نقایص شناختی بعنوان یکی از جنبه‌های مهم اسکیزوفرنی شناخته شده است. به نظر می‌رسد که این نقایص همه بیماران را به درجات گوناگون تحت تأثیر قرار می‌دهد و نتایج درمانی ضعیف و عود مکرر آن در این گروه از بیماران ناشی از این نقص باشد. این نقایص شناختی در حوزه‌های مختلفی مانند حافظه فعال، حل مسئله، توجه انتخابی، قضاوت، نگهداری توجه، استدلال و نظایر اینها مطرح می‌شود. (بلاچر و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از کورتز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

پژوهشگران متعددی تاکنون به بررسی نقش عوامل هیجانی در شکل‌گیری و تداوم هذیان پرداخته‌اند. واندرگا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) اشاره کرده‌اند که در عین حال که درمان‌های دارویی ضد جنون علائم مثبت مانند هذیان را بهبود می‌بخشد ولی هذیان‌ها بواسطه دارو درمانی ریشه کن نمی‌شوند. یکی از تئوری‌های مطرح در این زمینه حاکی از آن است که داروهای آنتی‌سایکوتیک مخصوصاً آنتاگونیست‌های دوپامین به مدفون‌سازی

---

<sup>1</sup> -David

<sup>2</sup> -Kurtz

<sup>3</sup> - Vander Gaog

تجارب اب نرمال کمک می‌کند ولی الزاما ابعاد مختلف فکر هذیانی که از موجبات تداوم آن است را هدف قرار نمی‌دهد. ماهر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) اعتقاد دارد که نقص در استدلال جزء اساسی همراه با هذیان نیست. با این حال دیگران از جمله گراندز<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) بر این باور است که نقص در بکارگیری قواعد طبیعی استدلال، باعث شکل‌گیری اعتقادات هذیانی می‌شود. بل و<sup>۳</sup> همکاران (۲۰۰۶) نکات زیر را برای فهم هذیان مهم شمرده‌اند:

(الف) استدلال احتمال‌گرایانه

(ب) سبک اسنادی

(ج) توجه

(د) فراشناخت

فرآیندهای سوگیرانه شناختی، نقطه تمرکز بسیاری از پژوهش‌های اخیر بر روی هذیان است. می‌توان فرض کرد که توجه و فکر هذیانی بصورت تئوریک از طرق متعدد به یکدیگر مرتبط‌اند، مثلا احتمال دارد افراد هذیانی بصورت انتخابی رو به اطلاعاتی بیاورند که یا تهدیدکننده است و یا با عقاید هذیانی قبلی بنحوی مرتبط می‌باشد. فرآیندهای استدلال نیز در شکل‌گیری تفکر هذیانی موثر است. بسیاری از پژوهش‌های جدید بر روی نقص در استدلال‌های قیاسی یا استقرایی افراد هذیانی تاکید داشتند (موژیکا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

استدلال را می‌توان تعریف‌کرد، به ترکیبی از فرآیندهای شناختی که به موجب آن از مجموعه‌ای از اطلاعات استنباط به عمل آمده و نتایجی گرفته می‌شود که پیش از آن بصورت واضح وجود نداشته است. فون دوماروس از نخستین کسانی است که نشان داده است، مبتلایان به اسکیزوفرنی به طریقی سازمان یافته استدلال می‌کنند ولی قواعد منطق آنها غلط است و منجر به نتایج غلط می‌شود. (موژیکا و همکاران، ۲۰۰۰)

استنتاج نظریه از مشاهدات و داده‌ها را می‌توان به دو صورت انجام داد. حالت اول که در روش پژوهش کمی‌پایه ریزی شده است بیزگرایی نام دارد و توسط جانسون، کینز، جفریز و رمزی پایه‌گذاری شده است. این رویکرد ابتدا توسط ریچارد پرایس مطرح شد، وی که تحت تأثیر بحث‌های هیوم در مورد

<sup>1</sup> - Maher

<sup>3</sup>- Gerrans

<sup>3</sup> - Bell

<sup>4</sup> - Mujica

استقراء بود، محاسبات احتمالی را برای حل مسئله هیوم بکار برد. از نظر وی شواهد مشاهده‌ای هیچگاه نمی‌توانند یک پیش‌بینی را قطعی سازند اما می‌توانند آن را محتمل سازند. با توجه به نظریه ریاضی نیز می‌توان احتمال یک پیش‌بینی را با توجه به شواهدی محاسبه کرد.

یکی از نکات مورد تاکید این محققان روش سوگیری خاصی در گردآوری اطلاعات، موسوم به (JTC<sup>1</sup>) یا روش پرش به سمت نتایج است. این حالت زمانی اتفاق می‌افتد که افراد، هنگام انجام تکالیف استدلالی و در زمان نتیجه‌گیری، از اطلاعات کمتری استفاده می‌کنند و به این ترتیب قضاوت‌های خود را در شرایط عدم قطعیت به انجام می‌رسانند (کورکوران<sup>2</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

بررسی ارتباط بین هذیان‌پذیری<sup>۳</sup> و حالات عاطفی افراد مخصوصاً در بیماران پسیکوتیک مقوله‌ای است که در ایران کمتر بدان پرداخته شده است. یافته‌های پژوهشی اخیر حکایت از آن دارند که هم بیماران اسکیزوفرنی و هم بیماران هذیانی در انجام تکالیف شناختی نسبت به افراد سالم تفاوت‌هایی را نشان می‌دهند (بروکا<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

بنتال<sup>۵</sup> و همکاران گزارش داده‌اند که بیماران اسکیزوفرن و همچنین افراد هذیانی، مخصوصاً کسانی که مبتلا به هذیان‌های گزند و آسیب هستند در انجام تکالیف یادآوری لغات دارای سوگیری شناختی هستند. در عین حال متیوس و براش<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند که از نظر سوگیری در توجه بین بیماران روانی و گروه کنترل تفاوت محسوسی وجود ندارد، با این حال آنان دریافتند که در بیماران اسکیزوفرن، تأثیر هیجانی خاصی به چشم می‌خورد که با حالت عاطفی متناسب یا نامتناسب این گونه بیماران دارای ارتباط است.

دمیلی و همکاران از این سخن گفته‌اند که مبتلایان به اسکیزوفرنیا در مقایسه با افراد سالم از نظر اثر هیجانی استروپ با هم تفاوت دارند و مخصوصاً شدت علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیا با افزایش اثر هیجانی لغات منفی همبندی دارد. (دمیلی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

<sup>1</sup> - Jumping to conclusion

<sup>2</sup> - Corcoran

<sup>3</sup> - Delusion Proneness

<sup>4</sup> - Broke

<sup>5</sup> - Bentall

<sup>6</sup> - Matuse & Brash

<sup>7</sup> - Demily

برخی از محققان از جمله (گرتی و همکاران، ۲۰۰۷) گفته‌اند که هیجان از طریق اثر گذاری بر روندهای عاطفی و ارزیابی‌های شناختی نقش مستقیمی در شکل‌گیری هذیان دارد.

شناخت در بین بیماران موضوع پژوهش‌های مفصلی در بین روانشناسان بالینی بوده است. شاید یکی از مهمترین رشته این پژوهش‌ها توسط آرون تی بک گزارش شده باشد. بر مبنای دیدگاه او افراد افسرده دارای شناخت معیوب می‌باشند، از آن پس یافتن نقایص شناختی بیماران مورد توجه قرار گرفت، مثلاً این موضوع که بیماران دارای چه نوع سوگیری می‌باشند و مثلاً آیا بیماران دارای سوگیری تائید می‌باشند یا سوگیری فرد خدمت‌کن؟ یا آیا بیماران به لحاظ منطقی شواهد پیشینی را مورد توجه قرار نمی‌دهد؟ بخصوص مورد اخیر سوگیری که پرش به سمت نتیجه می‌باشد، بیشتر موضوع پژوهش‌ها بوده است (هاگ و گرتی و همزلی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸).

بین روانشناسی اجتماعی و بالینی از نظر نگاه به سوگیری‌های شناختی تفاوت وجود دارد، در حالی که در روانشناسی اجتماعی بسیاری از این سوگیری‌ها مربوط به افراد عادی می‌باشد در روانشناسی بالینی این سوگیری‌ها تا حد زیادی بیماران را از افراد سالم جدا می‌کند.

در دیدگاه فلچر (۲۰۱۱) سه نوع سوگیری اخیر مبنای استنباط‌های غیر منطقی است، که ساختار هذیان را تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر افراد بیمار به این چهار دلیل دچار هذیان می‌شوند که نمی‌توانند از شناخت خود بصورت مناسب استفاده کنند. فلچر برای مثال این هذیان را نقل می‌کند " آنها همواره در مورد من در تلویزیون سخن می‌گویند، برای من پیام می‌فرستند و به من می‌گویند چه کن".

از نظر فلچر این باورها دارای نوعی منطقی است. او سه نوع گزاره منطقی را از هم تفکیک می‌کنند که ترتیب آن را استنتاج، قیاس بر مبنای شواهد، ربایش منطقی می‌نامند.

در استنتاج گرفتن نتیجه از دو گزاره به این صورت انجام می‌گیرد که :

(۱) اگر p آنگاه q.

(۲) P.

(۳) بنابراین q.

این جریان منطقی دقیقاً کاری است که اکثر افراد انجام می‌دهند، بعبارت دیگر افراد از مقدمات به نتیجه می‌رسند.

<sup>1</sup> -Haq Garety, & Hemsley



مثلا اگر در یک ظرف شیشه ای تعدادی مهره ی مشکی و زرد وجود داشته باشد و فرد در پی تجارب قبلی خویش دریافته باشد که اگر مهره ای را از آنان انتخاب کند به احتمال بیشتر آن مهره زرد خواهد بود و حال مهره ای را انتخاب کرده است، در آن صورت آن مهره از نظر او به احتمال زیاد زرد خواهد بود.

افراد عادی متوجه می‌شوند که برای رسیدن به این استنتاج نخست نیاز دارند که گزاره اولیه ی اگر  $p$  آنگاه  $q$  را تشکیل دهند و بنابراین اگر به آنها اجازه داده شود هر تعداد مهره که می‌خواهند را انتخاب کنند این کار را تا زمانی که بتوانند با قطعیت گزاره مورد نظر را شکل دهند، ادامه خواهند داد. اما افراد بیمار تصور نمی‌کنند که برای تصمیم گیری نیاز به جمع آوری اطلاعات برای شکل دهی این گزاره دارند.

هاگ و همزلی سعی کردند که بجای منطق از آمار استفاده کنند و از این طریق بتوانند تصمیم گیری ها در دنیای واقعی که با احتمالات پیوند دارد را صورت بندی کنند. آنها دریافته‌اند که آمار و احتمال کلاسیک در اینجا کافی نیست. بلکه باید از احتمالات بیزی استفاده کنند، زیرا در احتمال بیزی احتمال پیشین که همان احتمال ذهنی است شکل می‌گیرد، بنابراین در مثال پیش گفته، فرد مهره‌ها را تا جایی که بتواند تصوری از وجود نسبی بین مهره‌ها داشته باشد ادامه می‌دهد. این احتمال پیشین بر طبق فرمول بیز به فرد کمک می‌کند که احتمال بعدی در انتخاب را مورد نظر قرار دهد.

پژوهش‌ها نشان دادند که استفاده از آمار بیزی روش مناسبی برای یافتن سوگیری پرش به سمت نتایج است. کوکوران و همکاران، ۲۰۰۸؛ فیر و هلی، ۱۹۹۷؛ گرتی و همکاران، ۲۰۰۵؛ گرتی و همزلی و ویزلی، ۱۹۹۱ دریافته‌اند که در آزمایش شیشه و مهره بیماران سوگیری پرش به سمت نتایج را نشان می‌دهند، که بر طبق استدلال فلچر، ساختار هذیان را می‌سازد.

در مجموع می‌توان گفت مطالعاتی در سطح جهان بر روی محورهای فوق انجام شده است ولی هنوز در ایران مطالعه ای در زمینه ارتباط بین هذیان پذیری و حالات عاطفی بیماران اسکیزوفرن صورت نگرفته است. انجام تحقیقاتی از این دست راهگشای تمهیدات بعدی در درمان‌های روانشناختی و فراروانشناختی بیماران اسکیزوفرن خواهد بود. انجام تحقیق

حاضر به روان‌شناسان بالینی کمک خواهد کرد، تا راهبردهای شناخت درمانی و فراشناخت‌درمانی را بر روی اینگونه بیماران بیش از پیش مدنظر قرار دهند. نتایج پژوهش حاضر برای طیف وسیعی از روان‌شناسان و متخصصان بالینی، مخصوصاً کسانی که روان‌شناس بیمارستانی هستند و با بیماران اسکیزوفرن در تماس بیشتری می‌باشند، قابل استفاده خواهد بود. همچنین نتایج این پژوهش در تبیین روابط بین عوامل هیجانی و پدیدآیی هذیان و تعریف چهارچوب‌های اولیه برای درمان‌های شناختی و فراشناختی بیماران هذیانی کاربرد خواهد داشت.

## ۱-۲- بیان مسئله

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که فرایندهای روانشناختی متعددی زیر بنای تفکر هذیانی هستند. برخی از پژوهش‌ها حاکی از نقش فرایندهای توجه و نحوه خاص استدلال بیماران پسیکوتیک و اثر آن بر شکل‌گیری و تداوم هذیان بوده‌اند. با اینحال هنوز روشن نیست که نقش عوامل هیجانی در مستعدسازی بیماران مبتلا به هذیان تا چه حد است (دایانا ارم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر بطور کلی در نظر دارد تا تأثیر محتوای هیجانی را در سوگیری توجه، یادآوری ترجیحی<sup>۲</sup> و استدلال احتمالی<sup>۳</sup> بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد عادی مورد بررسی قرار دهد. اینگونه فرض شده است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی هم در تکالیف هیجانی و هم در تکالیف خنثی ضعیفتر از افراد عادی عمل می‌کنند.

"من مرده‌ام"، "بیگانگانی از کرات دیگر ذهن مرا کنترل می‌کنند" اینها و موارد مشابه اینها، جزو اعتقادات هذیانی بیماران پسیکوتیک است. هذیان در وسیع‌ترین معنای خود عبارت‌اند از عقاید غلط ثابت، که در میان روان‌گسیختگان شایع است. بیش از ۹۰٪ بیماران اسکیزوفرنی ضمن بخشی از دوران بیماری خود هذیان را تجربه می‌کنند (کاتینگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵).

هذیان را از دیدگاه‌های بین‌رشته‌ای نیز تعریف کرده‌اند و در این تعاریف از مفاهیم حوزه‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی و سایر زمینه‌ها مدد جسته‌اند. بعنوان مثال گایلن و دیوید بر این باور‌اند که اعتقاد هذیانی، فکری است که بیمار قویا به آن باور دارد و همه مجادلات منطقی مخالف آن را رد می‌کند. این اعتقاد از نظر اعضای گروه متشابه بیمار، غریب یا غلط تلقی می‌شود (گایلن و دیوید<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

تعاریف مربوط به هذیان را بر اساس رویکردهای مقوله‌ای یا ابعادی هم می‌توان ارائه داد، در این چهارچوب اینگونه می‌اندیشند که هذیان را با کدامین رویکرد باید به تصویر کشید، رویکرد ابعادی یا مقوله‌ای. بر اساس الگوی ابعادی، علایم پسیکوز در محدوده‌ای بیان می‌شود که از حالت‌های سالم آغاز شده و تا حالت‌های عجیب و غریب و کاملاً روان‌پریشانه تداوم می‌یابد. در این دیدگاه هذیان‌ها بر اساس اصل همه یا هیچ، غلط شمرده نمی‌شوند، بلکه می‌توانند در طیفی از افراد

سالم تا بیماران روانپزشکی دیده شوند و مطالعات اخیر پترس<sup>۱</sup> و همکاران بر این نکته صحنه می‌گذارد که عوامل شناختی و هیجانی متعددی در پیدایش هذیان نقش دارند و این عوامل به نحوه خاصی تأثیرات خود را در تداوم افکار هیجانی بر جای می‌گذارند و نیز بحث از هذیان در دیدگاه‌های مقوله‌ای بدین معنا است که بدون هذیان، مقوله جنون یا اختلالات هذیانی معنا پیدا نمی‌کند (کلترت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). دیدگاه دیگری که اشتراس<sup>۸</sup> آن را بیان کرده حاکی از این است که سه بعد در عقاید هذیانی وجود دارد:

۱- اعتقاد به صحت فکر هذیانی

۲- اشتغال ذهنی با فکر هذیانی

۳- پریشانی ناشی از فکر هذیانی

در سالهای اخیر دیدگاه‌های شناختی هم در فهم هذیان ارائه شده‌اند، این دیدگاه‌ها به این می‌پردازند که مطالعه و فهم فرایندهای شناختی افراد سالم در بیماران روانپزشکی منجر به درک بهتر چگونگی اختلال در فرایندهای شناختی پاتولوژیک می‌شود. به همین ترتیب در نوروسیکولوژی شناختی با پژوهش بر روی جنبه‌های سطح بالای شناخت مانند چگونگی شکل‌گیری عقاید، به مطالعه آن در افراد ناهنجار می‌پردازند. در واقع هدف آنان ساختن نظریاتی است که مراحل عادی شکل‌گیری عقاید را در افراد سالم توضیح می‌دهد و سپس بواسطه آن می‌توان اختلالات عملکردی این بیماران را مورد بررسی قرار داد (گرتی و فریمن، ۱۹۹۹).

بر اساس پژوهش‌های اخیر روشن شده است که عوامل شناختی و هیجانی متعددی در پیدایش هذیان نقش دارند و این عوامل به نحوه خاصی تأثیرات خود را در تداوم افکار هیجانی بر جای می‌گذارند. هدف اصلی از انجام این پژوهش علاقه‌مندی محقق در فهم این بوده است که چگونه محتوی هیجانی محرک‌ها بر سوگیری شناختی بیماران پسیکوتیک اثر می‌گذارد.

### ۱-۳- اهمیت و ارزش تحقیق

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که در شیوه‌ی استدلال و فرآیندهای توجه بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد سالم تفاوت وجود دارد. همانگونه که قبلاً ذکر شد هدف پژوهش حاضر عبارتست از تعیین چگونگی تأثیر محتوای هیجانی بر سوگیری شناختی بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با افراد سالم.