

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

## مقایسه توانایی قضاوت اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیک دارای علایم منفی و مثبت و افراد سالم

غلامحسین جوانمرد<sup>۱</sup>

چکیده

هدف این پژوهش بررسی قضاوت اجتماعی به‌عنوان شاخصی از مؤلفه شناخت اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیک بود. برای این منظور، سه گروه، شامل دو گروه بیمار اسکیزوفرنیک دارای علایم مثبت (۱۷ نفر) و دارای علایم منفی (۱۳ نفر) و یک گروه سالم (۳۰ نفر)، به‌روش هدفمند انتخاب شدند. ابزار سنجش، مقیاس سنجش علایم منفی اسکیزوفرنی (SANS)، مقیاس سنجش علایم مثبت اسکیزوفرنی (SAPS)، و خرده‌مقیاس درک و فهم آزمون وکسلر بودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که عملکرد سه گروه در قضاوت اجتماعی به‌طور معناداری متفاوت بود ( $P < 0/001$ )، و قضاوت اجتماعی بیماران دارای علایم منفی پایین‌تر از دو گروه دیگر بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که با شدیدتر شدن بیماری اسکیزوفرنیا، قضاوت اجتماعی آسیب بیشتری می‌بیند. همچنین به‌نظر می‌رسد مؤلفه‌های شناخت اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیک دارای نشانه‌های منفی دارای آسیب بیشتری هستند.

**واژگان کلیدی:** اسکیزوفرنیا؛ شناخت اجتماعی؛ قضاوت اجتماعی؛ علایم منفی؛ علایم مثبت

## مقدمه

اسکیزوفرنیا<sup>۱</sup>، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شدید روانی است که با آشفتگی در محتوای فکر، فرم فکر، ادراک، عاطفه، درک خود، انگیزش، رفتار و کارایی میان فردی همراه است (هالجن<sup>۲</sup> و ویتبورن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). ویژگی آن توهم، هذیان، آسیب‌شناختی و انزوای اجتماعی است (مکگورک<sup>۴</sup> و موسر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). میزان شیوع این اختلال حدود ۱ درصد گزارش شده است. طبق برآوردها حدود ۱۶ درصد از بیماران روانی جهان را اسکیزوفرن‌ها تشکیل می‌دهند و معمولاً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را این بیماران اشغال می‌کنند (کاپلان و سادوک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). اختلال اسکیزوفرنیا با نشانه‌های مثبت<sup>۷</sup> (نظیر توهم و هذیان) و منفی (نظیر بی‌حالتی عاطفی و فقدان انگیزه) و نیز بدکارکردی‌های مهم در زمینه زندگی اجتماعی و شغل مشخص می‌شود. در واقع، نشانه‌های مثبت آنهایی هستند که با حضورشان خود را می‌شناسانند، این نشانه‌ها شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب و اختلال‌های فکری هستند. افراد اسکیزوفرن در تنظیم منطقی افکار خود و در نتیجه‌گیری‌های قابل قبول و معقول مشکل دارند، باورهایشان با واقعیت در تضاد می‌باشد و محرک‌هایی که وجود خارجی ندارند را ادراک می‌کنند. نشانه‌های منفی به واسطه نقایص رفتاری شناخته می‌شوند و پاسخ هیجانی کم‌عمق، فقر گفتار، فقدان ابتکار و پایداری، عاطفه سطحی، ناتوانی در کسب لذت، انزوا و نقص توجه را در برمی‌گیرد (کارلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). علائم منفی و شاخص‌های رفتاری متعددی وجود دارند و به یکدیگر مربوط هستند. با این وجود به نظر می‌رسد که نشانه‌های مثبت و منفی به هم مربوط نیستند و بیانگر فرآیندهای متفاوتی می‌باشند که احتمالاً به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهند (ساراسون<sup>۹</sup>، ساراسون<sup>۱۰</sup> و باربارا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶).

شواهد به‌دست آمده حاکی از آن است که احتمال ابتلای مردان به اسکیزوفرنیا بیشتر از زنان است و مردان در دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی بیشتر از زنان مبتلا به اسکیزوفرنی با نشانه‌های منفی می‌شوند (آلیمان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴).

1- Schizophrenia

3- Vitborne

5- Mueser

7- Positive symptoms

9- Sarason

11- Barbara

2- Haljin

4- McGurk

6- Kaplan &amp; Sadock

8- Carlson

10- Sarason

12- Aleman

نقص در کارکردهای اجتماعی در بیماران اسکیزوفرن در زمینه تکالیف شغلی، تحصیلی، همسری، خانوادگی یا روابط دوستانه دیده می‌شود (بیجورکوئیست<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ گرین و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). به نظر می‌آید شروع بدکارکردی اجتماعی از قبل از آغاز بیماری است و در طول بیماری پایدار است و حتی می‌تواند وضعیت بستری بیمار را تعیین کند. همچنین این نقص، کیفیت زندگی بیمار اسکیزوفرن را پایین می‌آورد (پنی کاهانا، هاپل، هوپ و ککز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). پژوهش گرین و همکاران (۲۰۰۸) و چارنپورن و پوتومانند<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) نشان داده است بیماران اسکیزوفرنیا در پنج حوزه وسیع شناخت اجتماعی نقص دارند: نظریه ذهن، سوگیری در اسناد، پردازش هیجانی، دانش اجتماعی و شناخت اجتماعی.

روانشناسان معاصر، دامنه شناخت را به ویژگی‌های اجتماعی و روانشناختی انسان بسط داده‌اند. شناخت جریانی است که با فرآیندها و منابع درونی و بیرونی به جریان می‌افتد و برای رفتارهای سازشی و تنظیم آنها ضروری است (نجمی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). موضوع شناخت اجتماعی<sup>۶</sup>، به معنی شناخت مردم و اعمال آنهاست (پینکهام<sup>۷</sup>، پن<sup>۸</sup> و پرکینز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳)، و با فهم بازنمایی‌ها و فرآیندهای ذهنی که در امر قضاوت اجتماعی و رفتار اجتماعی انسان نقش دارد، مرتبط است (اسمیت<sup>۱۰</sup> و سمین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، شناخت اجتماعی اشاره به عملیاتی روانی است که زیربنای تعامل اجتماعی هستند. این فرآیندهای کلی شامل فهم هیجان، وضعیت روانی، مقاصد و اعمال در محیط‌های اجتماعی می‌باشند (چارنپورن و پوتومانند، ۲۰۱۷).

لانگدان، کانورز و کانانگتون (۲۰۱۴) معتقدند شناخت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان ترکیبی از دو توانایی «سیال» و «متبلور» مورد درک و فهم قرار گیرد. براساس پژوهش‌های مطرح شده بیماران اسکیزوفرنیک در هر دو نوع توانایی‌های شناختی متبلور و سیال دچار اختلال

1- Bjorkquist

3- Pinikahana, Happell, Hope &amp; Keks

5- Najmi

7- Pinkham

9- Perkins

11- Semin

2- Green et al

4- Charenon and Patumanond

6- Social Cognition

8- Penn

10- Smith

می‌باشند. با وجود این، برخی پژوهشگران اختلال شناخت اجتماعی موجود در اسکیزوفرنیا را به‌طور زیربنایی در توانایی‌های شناختی متبلور گزارش کرده‌اند (لانگدان و همکاران، ۲۰۱۴). برای نمونه‌ای از توانایی سیال می‌توان به نظریه ذهن (TOM)<sup>۱</sup> و برای نمونه‌ای از توانایی متبلور می‌توان به دانش اجتماعی اشاره کرد. دانش اجتماعی به‌عنوان بخشی مهمی از شناخت اجتماعی است که به افراد قابلیت اجرایی کردن اعمال اجتماعی‌شان را می‌دهد (بر<sup>۲</sup> و اشنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶)، و از دو جزء تشکیل شده است: دانش بیانی<sup>۴</sup> و دانش راهکاری<sup>۵</sup>. دانش بیانی شامل مجموعه‌ای از حقایق یا مفاهیم انتزاعی در مورد دستورالعمل‌ها، مناسبات و فرآیندهای اجتماعی است. این جزء، فرد را قادر می‌کند تا به قضاوت اجتماعی وقایع رخ داده بپردازد.

قضاوت اجتماعی شاخصی از مؤلفه شناختی عملکرد اجتماعی است و عمل روانی مقایسه و ارزیابی گزینه‌ها در چهارچوب یک رشته ارزش‌های ارائه شده به‌منظور انتخاب یک ردیف عمل می‌باشد. قضاوت اجتماعی مستلزم پاسخ انطباقی شخص به موقعیتی است که در آن لازم است کارآمدترین روش را برای برخورد با مسأله‌ای خاص انتخاب کند که فرد نه تنها باید اطلاعات مناسب را دارا باشد، بلکه همچنین لازم است این اطلاعات را برای تصمیم‌گیری به درستی به کار ببندد (محمدی‌کیا و علیلو، ۱۳۹۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران اسکیزوفرنیک مشکلاتی در ادراک و قضاوت اجتماعی، یا همان توانایی استفاده از نشانه‌های اجتماعی برای استنتاج رویدادهای موقعیتی، نقش‌های اجتماعی و بافت اجتماعی دارند (ادینگتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶، تومی، شولدرگر، کوریگان، و گرین، ۲۰۰۲). با توجه به پیچیدگی‌های سنجش و مداخله در قضاوت اجتماعی، آسیب به آن در بیماری‌های مختلف نظیر اسکیزوفرنیا تاکنون با ابهام‌های فراوانی روبرو بوده است. برای نمونه، در حالی که، ساندرا<sup>۷</sup>، دیلی<sup>۸</sup>، سرکر<sup>۹</sup>، دلی<sup>۱۰</sup>، لاتام<sup>۱۱</sup>، و همکاران (۲۰۱۲)، نشان

1- Theory of Mind  
3- Ochsner  
5- procedural knowledge  
7- Sundram  
9- Sarkar  
11- Latham

2- Beer  
4- declarative knowledge  
6- Addington  
8- Deeley  
10- Daly

می‌دهند که بیماران دچار آسیب مغزی قطعه پیشانی و گیجگاهی سمت راست، همانند اسکیزوفرن‌ها، در مهارت اجتماعی ناتوان هستند. همچنین مول<sup>۱</sup> و سوزا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نواحی گیجگاهی پیشانی را در قضاوت اخلاقی دخیل می‌دانند. اما برخی تحقیقات مانند مطالعه ضیایی، پوراعتماد و تقاء (۱۳۸۹) نشان می‌دهند که بیماران دارای آسیب قشر پیش پیشانی راست، با وجود تفاوت در عملکردهای شناختی پیچیده، نظیر کارتهای ویسکانسین و استروپ که از کارکردهای اجرایی<sup>۳</sup> قشر پیش پیشانی به حساب می‌آیند، در قضاوت‌های اخلاقی تفاوت معناداری با افراد سالم ندارند. این درحالی است که در پژوهشی مشخص شد که بیماران اسکیزوفرنیک در تمامی خرده‌مقیاس‌های وکسلر نمرات پایین‌تری از گروه سالم کسب کردند و از بین ۱۳ خرده‌مقیاس، گروه بیماران در سه مقیاس ادراک اجتماعی، نماد عددی و جستجوی نماد آسیب عمیق‌تری از خودشان نشان دادند (فوجینو و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش دیگری که به هدف مقایسه کارکردهای شناختی سه گروه اسکیزوفرنیک، اُتیسیم و گروه کنترل انجام گرفت، نتایج نشان دادند که در خرده‌مقیاس ادراک اجتماعی گروه اسکیزوفرنیک نسبت به دو گروه دیگر از متوسط نمره پایین‌تری برخوردار بود (بور، اسپک و لوبستل، ۲۰۱۴).

علاوه بر این، مطالعه شناخت اجتماعی در دو دسته از بیماران اسکیزوفرنیک، دارای علائم منفی و مثبت، تلویحات نظری و درمانی داشته و دارای اهمیت بوده است. در بخشی، به این علت که آسیب‌های شناخت اجتماعی و نشانه‌های منفی مشخصه بیماری اسکیزوفرنیا تلقی می‌شود و اهمیت آن تا به آن حد است که برخی براین باورند که می‌توان با توجه به این دو مشخصه، زیرگونه‌های اسکیزوفرنیا را مشخص نمود (بل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). از منظر دیگر، چنین برداشت می‌شود که نشانه‌های منفی اثر زیادی بر روی عملکرد اجتماعی (شناخت و قضاوت اجتماعی) اعمال می‌کنند و در درمان لازم است توجه ویژه‌ای بر این جنبه داشت (کالین و کاپلان، ۲۰۱۵).

مشکل در شناخت اجتماعی، و به‌عنوان مؤلفه‌ای از آن، مشکل در قضاوت اجتماعی، در

1- Moll

3- executive function

2- Souza

4- Bell

بیماران اسکیزوفرنیک دارای علایم منفی و مثبت مشاهده شده است. تا جایی که برخی پژوهش‌ها آسیب در قضاوت اجتماعی را به‌عنوان عامل مستعدساز یا حتی قابل ردیابی در خانواده‌های مبتلایان مطرح کرده‌اند (کامپاریلی، کوریگیانو، لامیس و کارولیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). در این راستا در پژوهشی این نتیجه به‌دست آمد که آسیب شناخت اجتماعی در فرزندان بیماران اسکیزوفرن نیز قابل مشاهده است (هورتن، بریجواتر و هس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). اما در این نوع از یک بیماری آسیب در شناخت اجتماعی از نظر سبب‌شناسی به دو عامل متفاوت نسبت داده شده است. در بیماران دارای علایم منفی گاهی به‌ویژگی کلی گوشه‌گیری آنان و گاهی به زیربنای مغزشناختی آن، و در بیماران دارای علایم مثبت به هذیان‌های آنان نسبت داده می‌شود. برای این اساس، حتی این دوگونگی در سبب‌شناسی می‌تواند به نشانه‌های مختلفی بیانجامد، که این آسیب در شناخت اجتماعی در مورد بیماران دارای علایم مثبت می‌تواند عامل وجود تفکرات خودکشی باشد (کامپاریلی و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین، به‌نظر می‌رسد مقایسه بیماران اسکیزوفرن با یک گروه غیربالینی و نیز مقایسه دو گروه از بیماران اسکیزوفرن دارای نشانه‌های منفی و مثبت، جهت یافتن پاسخی به ابهامات موجود دارای اهمیت است. زیرا وقتی چنین برمی‌آید که آسیب در این دو گروه دارای سبب‌شناسی و تبعات متفاوتی است، مطالعه و مقایسه قضاوت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤلفه شناخت اجتماعی دارای اهمیت است. همچنین با توجه به اینکه تاکنون به‌طور دقیقی به بررسی قضاوت اجتماعی در دو دسته بیماران اسکیزوفرن با علایم مثبت و منفی پرداخته نشده است، لزوم مطالعه این مؤلفه از شناخت اجتماعی نیز احساس می‌شود. این تحقیق با استفاده از خرده‌مقیاس ادراک یا درک و فهم و کسلر در واقع هم به سنجش ادراک و قضاوت اجتماعی و هم سنجش دانش بیانی، به‌عنوان جزئی از دانش اجتماعی، در بیماران اسکیزوفرن می‌پردازد و هم هر دو گروه بیماران اسکیزوفرن با علایم مثبت و منفی را با گروه سالم مقایسه می‌کند، تا پاسخی برای این مسئله بیابد که آیا دانش بیانی و قضاوت اجتماعی در بیماران اسکیزوفرن نسبت به افراد سالم آسیب دیده‌تر است؟ و آیا وضعیت دو گروه بیمار اسکیزوفرنیک دارای علایم مثبت و منفی در متغیر قضاوت اجتماعی متفاوت است یا خیر؟

1- Comparelli, Corigliano, Lamis and Carolis

2- Horton, Bridgewater &amp; Haas

## روش

این پژوهش، یک مطالعه علی-مقایسه‌ای از نوع مورد-شاهدی قلمداد می‌شود که در پی مقایسه توانایی قضاوت اجتماعی در سه گروه بیماران اسکیزوفرن با علائم مثبت، و منفی، و افراد سالم بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران اسکیزوفرن بستری در بیمارستان رازی تبریز بود که از بین آنها ۳۰ بیمار اسکیزوفرن (شامل ۱۳ بیمار اسکیزوفرن با علائم منفی، و ۱۷ بیمار اسکیزوفرن با علائم مثبت) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین ۳۰ فرد سالم با هم‌تاسازی با گروه قبل، براساس متغیرهای سن، جنسیت، و وضعیت تحصیلات از جامعه عادی غیربیمار انتخاب شدند. سپس هریک از شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی مورد ارزیابی عصب-روانشناختی قرار گرفتند. در انتها، اطلاعات گردآوری شده با تحلیل واریانس یکراهه، و آزمون تبعی توکی، تجزیه و تحلیل شدند.

## ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شده است:

**مقیاس سنجش نشانه‌های مثبت (SAPS):**<sup>۱</sup> این مقیاس ۳۵ گویه دارد که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای (از صفر، نبود نشانه تا پنج، حالت شدید نشانه) پاسخ داده می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، نشانه‌های وی شدیدتر است. این مقیاس پنج دسته نشانه (توهم‌ها، هذیان‌ها، رفتارهای عجیب و غریب، اختلال کلی در تفکر و عاطفه نامتناسب) را می‌سنجد که در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه، معتبر بوده، برای سنجش اثربخشی درمان در پژوهش‌های بالینی و پدیدارشناسی نشانه‌های اسکیزوفرنیا به کار می‌رود. همسانی درونی<sup>۲</sup> نسخه فارسی این مقیاس ۰/۸۳، پایایی آزمون-بازآزمون<sup>۳</sup> ۰/۸۸، و پایایی ارزیاب‌ها<sup>۴</sup> ۰/۸۷ گزارش شده است (یثربی، ۲۰۰۷؛ به نقل از علی‌بیگی، محمدخانی، مزینانی، و دولتشاهی، ۱۳۹۰).

**مقیاس سنجش نشانه‌های منفی (SANS):**<sup>۵</sup> این مقیاس ۲۴ گویه دارد که نشانه‌های منفی را در پنج دسته (سطحی شدن و کندی عاطفه، نبود تکلم، بی‌ارادگی-بی‌تفاوتی، ناتوانی در

1- Scale for Assessment of Positive Symptoms  
3- test-retest reliability  
5- Scale for Assessment of Negative Symptoms

2- internal consistency  
4- interrator reliability

لذت بردن و اجتماعی نبودن) می‌سنجد. همسانی درونی نسخه فارسی آن ۰/۹۴، پایایی آزمون - بازآزمون ۰/۹۲ و پایایی ارزیاب‌ها ۰/۸۹ گزارش شده است (یثربی، ۲۰۰۷؛ به نقل از علی‌بیگی، محمدخانی، مزینانی، و دولتشاهی، ۱۳۹۰).

**مقیاس تجدیدنظر شده وکسلر بزرگسالان (WAIS-R):** آزمون وکسلر، متشکل از مجموعه آزمون‌های هوشی مرکب است که به صورت فردی اجرا می‌شوند. آن‌ها حوزه‌های مختلف هوش و جنبه‌هایی از شخصیت را می‌سنجند. این آزمون سه نمره مختلف هوشبهر (IQ) به دست می‌دهد: هوشبهر کلی، هوشبهر کلامی و هوشبهر عملی. در این آزمون هوشبهر کلامی و هوشبهر عملی از متوسط نمره‌های ۱۱ خرده‌آزمون به دست می‌آیند: شش مقیاس کلامی که عمدتاً عامل درک و فهم کلامی، و پنج مقیاس عملی که توانایی‌های دیداری - فضایی را اندازه‌گیری می‌کنند. WAIS-R یکی از متداول‌ترین آزمون‌هایی است که در موقعیت بالینی به کار می‌روند. وکسلر در سال‌های دهه ۱۹۳۰ شروع به ساختن یک آزمون هوش کرد. مجموعه‌ای که او به وجود آورد بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در ۱۹۵۵ با عنوان مقیاس هوش وکسلر برای بزرگسالان (WAIS) و تجدیدنظر شده بعدی آن در ۱۹۸۱ با عنوان وکسلر بزرگسالان (WAIS-III) تدوین گردید. به علت این‌که این آزمون توانایی‌های زیادی از جمله، حافظه، یادگیری، سازمان‌بندی فضایی، حل مساله و استدلال انتزاعی را اندازه‌گیری می‌کند، به صورت مهم‌ترین ابزار مورد استفاده در نوروسایکولوژی درآمده است. خرده‌آزمون‌های وکسلر عبارتند از: **مقیاس‌های کلامی:** ۱- اطلاعات عمومی ۲- فراخوانی ارقام ۳- گنجینه لغات ۴- محاسبه ۵- درک و فهم ۶- شباهت‌ها. **مقیاس‌های عملی:** ۱- تکمیل تصاویر ۲- تنظیم تصاویر ۳- طراحی مکعب‌ها ۴- الحاق قطعات ۵- نماد ارقام. از بین این خرده‌آزمون‌ها، خرده‌آزمون درک و فهم که در این تحقیق جهت سنجش توانایی قضاوت اجتماعی شرکت‌کنندگان به کار رفت، نشانگر پختگی اجتماعی، دانش معیارهای سنتی یا قراردادی رفتار، توانایی ارزشیابی تجارب گذشته، آگاهی از واقعیت، شناخت و هوشیاری نسبت به جهان روزمره، درک و فهم محیط اجتماعی خود و قضاوت اجتماعی است (گراث و مارنات ۲۰۰۳).



**خرده‌آزمون درک و فهم<sup>۱</sup>:** این خرده‌آزمون که قدرت درک و فهم شخص را از مسائل اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند، دارای ۱۶ سؤال بازپاسخ است که می‌توان به آن‌ها نمراتی از ۰ تا ۴ داد. پاسخ‌ها به برخوردهای اجتماعی و کسب اطلاع از محیط و قضاوت اخلاقی و استدلال بستگی دارد. آزمونگر باید با توجه به میزان درک فرد و کیفیت پاسخ هر ماده، پاسخ شرکت‌کنندگان را با معیارهای عمومی و پاسخ‌های نمونه که در پاسخنامه آورده شده است، تطبیق دهد. بدون شک بعضی از شرکت‌کنندگان پاسخی می‌دهند که در پاسخ‌های نمونه وجود ندارد، در چنین مواردی میزان نمره بایستی توسط قضاوت آزمایشگر تعیین شود. اکثر پاسخ‌های صفر نمره‌ای نزدیک به پاسخ‌های نمونه هستند، پاسخی را که شواهدی از درک و فهم شرکت‌کننده دارند می‌توان به‌طور خنثی بررسی کرد. حداکثر نمره در این خرده‌آزمون ۳۲ امتیاز است (محمدی‌کیا و علیلو، ۱۳۹۲).

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی سن، جنسیت، و وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه، در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول (۱) آماره‌های توصیفی سن براساس میانگین و انحراف معیار، و جنس و وضع تأهل براساس فراوانی و درصد فراوانی

متغیر	ساله (N=۳۰)		اسکیزوفرن باعلایم مثبت (N=۱۷)		اسکیزوفرن باعلایم منفی (N=۱۳)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
سن	۳۹/۱۳	۱۰/۳	۳۶/۸۱	۱۰/۵	۴۱/۷	۱۰/۸
جنس						
مرد	۵۰	۱۵	۵۰	۸	۵۰	۷
زن	۵۰	۱۵	۵۰	۸	۵۰	۷
تاهل						
مجرد	۵۳/۳۳	۱۶	۴۳/۷۵	۷	۵۷/۱۴	۵
متاهل	۴۶/۶۶	۱۴	۴۳/۷۵	۷	۲۵/۷۲	۸
مطلقه	۶/۶۶	۲	۱۲/۷۵	۲	۷/۱۴	۱

1- comprehension

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات قضاوت اجتماعی را برای سه گروه مورد مقایسه، نشان می‌دهد:

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات قضاوت اجتماعی در گروه‌های مورد مقایسه

متغیر	سالم (N=۳۰)	اسکیزوفرن باعلایم مثبت (N=۱۷)	اسکیزوفرن باعلایم منفی (N=۱۳)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
قضاوت اجتماعی	۳۹/۹ ۶/۶	۲۹/۳ ۷/۶	۲۰ ۵/۶

طبق جدول (۲)، میانگین و انحراف معیار قضاوت اجتماعی، برای افراد سالم  $39.9 \pm 6.6$ ، برای بیماران اسکیزوفرن دارای علایم مثبت  $29.3 \pm 7.6$ ، و برای بیماران اسکیزوفرن دارای علایم منفی  $20 \pm 5.6$  بود. نتایج اجرای تحلیل واریانس یکراهه برای مقایسه میانگین قضاوت اجتماعی در گروه‌ها، در جدول (۳)، نشان داده شده است:

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی تفاوت سه گروه در متغیر قضاوت اجتماعی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری مجذورات
۳۸۲۷/۵۷	۲	۱۹۱۳/۷۸	۴۲/۷	< ۰/۰۰۱
۲۵۱۱/۳۹	۵۷	۴۴/۰۶		۰/۶۱۵

طبق جدول (۳)، سه گروه در قضاوت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری دارند ( $P < 0.001$ )،  $F(2, 57) = 42.7$ . برای بررسی تفاوت گروه‌ها به صورت دو به دو، آزمون تعقیبی توکی اجرا گردید که نتایج آن در جدول (۴) نشان داده شده است:

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه قضاوت اجتماعی در گروه‌ها

گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
سالم- بیمار اسکیزوفرن با علایم منفی	۱۹/۸۷	۲/۲۲	< ۰/۰۰۱
سالم- بیمار اسکیزوفرن با علایم مثبت	۱۰/۶۲	۲/۰۷	< ۰/۰۰۱
اسکیزوفرن با علایم مثبت- اسکیزوفرن با علایم منفی	۹/۲۵	۲/۵	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها نشان داد که نمره گروه سالم در قضاوت اجتماعی هم از بیماران اسکیزوفرن با علایم مثبت و هم از بیماران

اسکیزوفرن با علایم منفی بالاتر است و در سطح معنی‌داری تفاوت دارد ( $P < 0/01$ ). همچنین، بیماران اسکیزوفرن با علایم مثبت، قضاوت اجتماعی بهتری از بیماران اسکیزوفرن با علایم منفی دارند ( $P < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر به‌طور کلی بیماران اسکیزوفرنیک در قضاوت اجتماعی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه سالم عمل کردند. این در راستای یافته‌های پژوهش‌های مشابه، در زمینه شناخت اجتماعی است. در پژوهش‌های متعددی این نتیجه حاصل شده است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند و روابط نزدیک کمتری از افراد دیگر گزارش می‌کنند (گرین و همکاران، ۲۰۰۸، هولی، ۲۰۰۸). پژوهش‌های مربوط به علوم اعصاب شناختی برای درمان و بهبود شناخت اجتماعی در اسکیزوفرنیا پنج حوزه شناخت اجتماعی مشخص کرده‌اند که عبارتند از: ادراک هیجانی، نظریه ذهن، دانش اجتماعی، ادراک اجتماعی و سوگیری‌های اسنادی (گرین و همکاران، ۲۰۰۸). براساس تعاریف، قضاوت اجتماعی می‌تواند به ادراک هیجانی و نظریه ذهن مربوط شود (چارنورن و پوتومانند، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر مطالعات نوروسایکولوژیک و علوم اعصابی یافته‌هایی دارند که می‌توانند در جهت کمک به موضوع تعبیر شوند. ساندرام و همکاران (۲۰۱۲) نشان می‌دهند که بیماران دچار آسیب مغزی قطعه پیشانی و گیجگاهی سمت راست، همانند اسکیزوفرن‌ها، در مهارت اجتماعی ناتوان هستند. همچنین مول و سوزا (۲۰۰۷) نواحی گیجگاهی پیشانی را در قضاوت اخلاقی دخیل می‌دانند. فوجینو و همکاران (۲۰۱۴) و بور و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنیک در مقیاس ادراک اجتماعی، آسیب عمیق‌تری از خودشان نشان دادند. اما مغایر با نتایج این مطالعه و تحقیقات یاد شده، تحقیق ضیایی و همکاران (۱۳۸۹) نشان می‌دهند که بیماران دارای آسیب قشر پیش‌پیشانی راست، در قضاوت‌های اخلاقی تفاوتی با افراد سالم ندارند. این تناقضات را شاید پژوهش لانگدان و همکاران (۲۰۱۴) تبیین کند، چرا که در تحقیق ایشان برای بررسی شناخت اجتماعی و

قضاوت اجتماعی در اسکیزوفرنیا این نتیجه حاصل شد که دانش اجتماعی پایه در اسکیزوفرنیا سالم است، هرچند که رفتار قضاوت اجتماعی به‌وسیله نقص در تئوری ذهن بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد. ایشان بر این باورند که مشکلات مربوط به شناخت اجتماعی را می‌توان در ارتباط با نقص‌های شناختی دیگر مفهوم‌سازی کرد. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که بیماران اسکیزوفرنیک دارای نقص‌های مهمی در شناخت مثل توجه، حافظه، کارکردهای اجرایی و توانایی‌های فکری کلی هستند (هانریش و زاکزانیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، و ریچنبرگ و هاروی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

فعالیت و ارتباطات آسیب‌دیده بین شبکه‌های مغزی پیشانی- آهیانه‌ای، پیشانی- گیجگاهی و قشر پیشانی- مخطط در خدمت کارکردهای شناختی و یکپارچگی شناخت و هیجان در اسکیزوفرنیا به‌طور ثابتی گزارش شده‌است (آلیمان، ۲۰۱۴). در واقع، شبکه‌ای از نواحی مختلف مغزی که در بعضی موارد هم‌پوشانی هم دارند، در شناخت اجتماعی دخیل هستند. این نواحی عمدتاً در قطعه‌های پیشانی و گیجگاهی مغز قرار دارند. در قسمت دانش اجتماعی مناطق مختلفی درگیرند که از بین آنها نقش بادامه، نواحی داخلی پیشانی، جلو پیشانی و شیار گیجگاهی فوقانی پررنگ‌ترند (پر و اشنز، ۲۰۰۶). با در نظر داشتن عملکردهای اختصاصی ذکرشده در شناخت اجتماعی از تفسیر حالات صورت تا قضاوت در مورد یک محرک اجتماعی که هر کدام در حیطه‌های اختصاصی عمل می‌کنند، کلیت مفهوم شناخت اجتماعی نیاز به ساختاری در سطوح بالاتر شناخت دارد تا این فرآیندها را سازمان‌دهی کند.

در همین راستا ماه و همکاران (۲۰۰۴) مطرح می‌کنند که معمولاً اختلال‌های و تغییرات رفتاری در تعامل اجتماعی غالباً بعد از آسیب‌های کرتکس پره‌فرونتال، به‌ویژه آسیب‌هایی که به کرتکس پره‌فرونتال و نئوکورتکس یا بخش‌های اوربیتوفرونتال مربوط می‌شوند، به‌جود می‌آیند. همانند پژوهش برانتگویت و دسه تی (۲۰۰۶) که نشان داد فعالیت ناپه‌نچار پره‌فرونتال در اسکیزوفرنیا در طی شناخت اجتماعی می‌تواند به بدکارکردی در نقش میانجی‌گرانه کرتکس پره‌فرونتال انتریور بر روی آمیگدالا منجر شود. بدین ترتیب، شاید بتوان

1- Heinrichs &amp; Zakzanis

2- Reichenberg &amp; Harvey

داده‌های حاصل از پژوهش‌های مربوط به آسیب‌های پره‌فرونتالی در بیماری اسکیزوفرنیا و آسیب در شناخت اجتماعی را در ارتباط باهم تبیین کرد.

علاوه بر این در بررسی مقایسه‌ای قضاوت اجتماعی بیماران دارای علائم مثبت و منفی نیز نتایج نشان دادند که عملکرد این دو گروه در قضاوت اجتماعی به‌طور معنی‌داری متفاوت بود، در واقع عملکرد گروه بیماران دارای علائم منفی پایین‌تر از عملکرد گروه بیماران دارای علائم مثبت بود. از یک سو پژوهش‌های انجام یافته برای مقایسه توانایی‌های شناختی این دو دسته از بیماران نیز نشان داده‌اند که بیماران اسکیزوفرنیک دارای نشانه‌های منفی نقص‌های شناختی بیشتری نسبت به بیماران دارای نشانه‌های مثبت تجربه می‌کنند (برمن و همکاران، ۱۹۹۷). چهار مدل از ماهیت ارتباطات بین نشانه‌های منفی و نشانه‌های شناختی ارائه شده است (هاروی، کورن، رایچن برگ و همکاران، ۲۰۰۶). این مدل‌ها در پی آنند تا ماهیت ارتباط نشانه‌های منفی و نشانه‌های شناختی را براساس همبسته‌های عصبی آنها تبیین کنند: ۱) سبب‌شناسی واحدی منجر به نشانه‌های منفی و نشانه‌های هم‌پوش می‌شوند. ۲) سبب‌شناسی واحدی به‌طور جداگانه منجر به نشانه‌های منفی و نشانه‌های شناختی می‌شوند. ۳) سبب‌شناسی‌های جداگانه اما مربوط به هم به نشانه‌های منفی و نشانه‌های شناختی منجر می‌شوند. ۴) سبب‌شناسی‌های جداگانه به نشانه‌های منفی و نشانه‌های شناختی منجر می‌شوند و اینها هم به‌نوبه خود منجر به متغیرهای پیامدی می‌گردند.

با توجه به اینکه این تحقیق نشان داد که در کل بیماران اسکیزوفرن در قضاوت اجتماعی نسبت به گروه سالم، عملکرد پایینی دارند و از طرفی به‌طور اختصاصی مشاهده شد که اسکیزوفرنی با علائم منفی، بیشتر از اسکیزوفرنی با علائم مثبت قضاوت اجتماعی را تخریب می‌کند، به‌نظر می‌رسد مدل سوم برای تبیین عملکرد اجتماعی این بیماران در بعد قضاوت اجتماعی توانمندتر باشد. چرا که، همان‌طوری که پژوهش‌های قبلی هم همانند این مطالعه نشان می‌دهند، اسکیزوفرنیا سبب تخریب و آسیب در قضاوت اجتماعی می‌شود. به ویژه زمانی که با علائم منفی همراه است، زیرا از یک سو، نشانه‌های منفی تأثیر بدی بر روی توانش و پیامدهای اجتماعی اعمال می‌کنند (کالین و کاپلان، ۲۰۱۶). از دیگر سو، مطالعه‌ای مقایسه‌ای نشان داده است بیماران دارای نشانه‌های منفی بیشتر، در مقایسه با

بیماران دارای نشانه‌های مثبت، چین و شکنج‌های کمتری در مناطق پس‌سری - گیجگاهی میانی<sup>۱</sup>، قشرهای گیجگاهی - آهیانه‌ای<sup>۲</sup> جانبی نیمکره چپ و در قشرهای گیجگاهی میانی<sup>۳</sup>، سینگولیت پسین<sup>۴</sup> نیمکره راست دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نشانه‌های منفی با کاهش عمده در چین و شکنج در مناطق میانی پس‌سری و گیجگاهی در ارتباط است و این مناطق در شناخت اجتماعی و پردازش بینایی اولیه دخیل هستند (می‌هایلو، پادولا، اسکاریتی، شیر، ایشاید و الیز، ۲۰۱۷). از این یافته‌های پژوهشی و همچنین یافته پژوهش حاضر می‌توان این فرض را مطرح کرد که آسیب در شناخت اجتماعی، در اینجا در مؤلفه قضاوت اجتماعی، در بیماران دارای علائم منفی و مثبت به دو سبب‌شناسی متفاوت مربوط می‌شود.

البته ذکر این نکته ضروری می‌نماید که چون خرده‌مقیاس درک و فهم با دانش بیانی فرد سروکار دارد، شاید فقر تکلم سبب حصول این نتیجه شده است که لزوم تحقیقات بیشتر با ابزارهای غیرکلامی را در همین حوزه نمایان می‌سازد. در واقع بخش ادراک خرده‌آزمون و کسلر متمرکز به پختگی اجتماعی، دانش معیارهای سنتی یا قراردادی رفتار، توانایی ارزشیابی تجارب گذشته، آگاهی از واقعیت، شناخت و هوشیاری نسبت به جهان روزمره، درک و فهم محیط اجتماعی خود و قضاوت اجتماعی است (گراث و مارنات، ۲۰۰۳).

در کل این پژوهش و بسیاری از پژوهش‌های قبلی (اسپالدینگ، سالیوان، و پلنده، ۲۰۰۳)، ادعان دارند که نارسایی‌های شناختی، همانند نارسایی در قضاوت و ادراک اجتماعی، از نشانه‌های همراه اسکیزوفرنیا هستند و هر قدر بیمار نارسایی‌های شناختی بیشتری داشته باشد، پاسخ به درمان در وی کمتر است. همچنین، به نظر برخی پژوهشگران، بدکارکردی‌های شناختی چنان در این اختلال بارزند که ننگ‌جاندن آن در فهرست نشانه‌های اختلال اسکیزوفرنیا در سیستم‌های تشخیصی موجب شگفتی است (آلیمان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). اما این که بین اسکیزوفرن‌های دارای علائم منفی و دارای علائم مثبت تفاوت دیده می‌شود،

9

1- Medial occipito-temporal

2- Lateral temporo-parietal

3- Medial temporal  
5- Spaulding, Sullivan, & Polland

4- Posterior cingulate  
6- Aleman

آسیب قضاوت اجتماعی در اسکیزوفرن‌های منفی بیشتر است، احتمالاً سبب‌شناسی متفاوت علت این تفاوت باشد. پژوهش‌ها نشانه‌های مغزی بیشتری در اسکیزوفرن‌های دارای علائم منفی به‌دست آورده‌اند (ساراسون، ساراسون و باربارا، ۱۹۹۶؛ می‌هایلو، پادولا، اسکاریتی، شبیر، ایشاید و ایز، ۲۰۱۷). علاوه‌بر این، در اسکیزوفرن‌های دارای علائم مثبت آسیب در شناخت اجتماعی با دارا بودن افکار خودکشی بیشتر رابطه دارد (کامپاریلی و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین، لزوم توجه به قضاوت اجتماعی به‌عنوان کارکردی شناختی در بیماران اسکیزوفرن، به‌ویژه با توجه به نشانه‌های منفی و مثبت، البته با تأکید به بر دو نوع از آسیب، یا حداقل، با دو سطح از آسیب در این دو دسته از بیماران، جهت بازتوانی شناختی و بازگشت به اجتماع و کسب موقعیت اجتماعی، یا جهت مطالعات بیشتر، ضروری می‌نماید.

۱۳۹۷/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۷/۰۷/۱۱

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۷/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- ضیایی، مریم؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ و منصوره تقاء (۱۳۸۹). قضاوت اخلاقی در بیماران دچار آسیب قشر پیش‌پیشانی راست. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۲(۳)، ۸-۱.
- علی‌بیگی، ندا؛ محمدخانی، پروانه؛ مزینانی، ربابه و بهروز دولتشاهی (۱۳۹۰). اثربخشی درمان‌گروهی ترمیم‌شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با سیر طولی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۱)، ۴۴-۵۲.
- محمدی‌کیا، مریم و مجید محمودعلیلو (۱۳۹۲). مقایسه کارکردهای قطعه پیشانی در افراد دچار تصلب چندانگانه عودکننده -بهبودیابنده و افراد سالم. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲۵)، ۷-۲۰.
- Adolphs, R. (1999). Social Cognition & human brain. *Trends in Cognitive Science*, 3, 469-478.
- Aleman, A. (2014). Neurocognitive Basis of Schizophrenia: Information Processing Abnormalities and Clues for Treatment. *Advances in Neuroscience*. 2014, 1-15.
- Beer, J.S., & Ochsner, K.N. (2006). Social Cognition, a multi Level Analysis. *Brain Research*, 1079, 98-105.
- Berman, I., Viegner, B., Merson, A., Allan, E., Pappas, D., & Green, A.I. (1997). Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia. *Schizophr Res*. 25,1-10.
- Boer, A., Spek, A., & Lobbstaal, J. (2014). Comparing cognitive functioning in schizophrenia and autism using WAIS-III. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (8), 737-745.
- Carlson, N.R. (2007). *Physiology of Behavior*. Allyn & Bacon, boston.
- Charernboon, T., Patumanond, J. (2017). Social Cognition in Schizophrenia. *Mental Illness*; 9(1):7054.doi:10.4081/mi.2017.7054.
- Chiaravalloti, N.D., & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Journal of the Lancet Neurology*, 7(12), 1139-1151.
- Comparelli, A., Corigliano, V., Lamis, D.A., and Carolis, A.D. (2018). Positive symptoms and social cognition impairment affect severity of suicidal ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 193, 470-471.
- Fujino, H., Somiyoshi, Ch., Somiyoshi, T., Yasuda, Y., Yamamori, H., & Ohi, K., (2014). Performance on Wechsler Adult Intelligence Scale-III in



- 
- Japanese Patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 68: 534-541.
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2010). *Abnormal psychology, clinical perspectives on psychological disorders (6thed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Harvey, P., D., Koren, A., Reichenberg, & Christopher, R. Bowie. (2006). Negative Symptoms and Cognitive Deficits: What Is the Nature of Their Relationship? *Schizophrenia Bulletin*. 32, 2, 250–258.
- Heinrichs, R.W., & Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*; 12, 3, 426–445.
- Horton, L.E., Bridgwater, M.A. & Haas, G.L., (2017). Emotion recognition and social skills in child and adolescent offspring of parents with schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry*, 22 (3), 175–185.
- Kalin, Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A., Penn, D., and Harvey, Ph.D. (2015). Social Cognition, Social Competence, Negative Symptoms and Social Outcomes: Inter-relationships in People with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 188, 52-58.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of Psychiatry (11th edition)*. Wolters Kluwer Pub, USA.
- McGurk, S.R., & Mueser, K.T. (2014). Cognitive remediation and melody of the future. Keynote presented at the Annual Meeting of the National Guidelines for Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Stockholm Conference, Sweden, March, 2014.
- Mihailov, A., Padula, M.C., Scariati, E., Schaer, M., Schneider, M., Eliez, S. (2017). Morphological brain changes associated with negative symptoms in patients with 22q11.2 Deletion Syndrome. *Schizophrenia Research*. 188, 52–58.
- Moll, J., & Souza, R. (2007). Moral judgments, emotions and the utilitarian brain. *Trends in Cognitive Science*, 11(8): 319-321.
- Najmi, B. (2007). The Neuropsychological Quality of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Research in Behavioral Sciences*, 5(1), 55-63.
- Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., & Lieberman, J. (2003). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, 160, 815-24.
-

- 
- Reichenberg, A. & Harvey, P.D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychological Bulletin*, 133, 5, 833–858.
- Sarason, I., Sarason, J., & Barbara, A.r. (1996). *Morbid psychology*. Translation by Najarian, B, Asgharimoghadam, M. Tehran: Roshd; 1996. [persian].
- Smith, E.R., & Semin, G.R. (2007). Situated social cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (3), 132-135.
- Spaulding, W.D., Sullivan, M.E., & Poland, J.S. (2003). *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Sundram, F., Deeley, Q., Sarkar, S., Daly, E., Latham, R., Craig, M., Raczek, M., Fahy, T., Picchioni, M., Barker, G.J., & Murphy, G.M. (2012). White matter microstructural abnormalities in the frontal lobe of adults with antisocial personality disorder. *Journal of Cortex*, 48(2), 216-229.

