

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن بیماران دچار اسکیزوفرنی

زهرا صفاریان^۱ و محمدعلی گودرزی^{۲*}

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۱/۲/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲۵

چکیده

هدف: نظریه‌های شناختی اخیر فرض می‌کنند که هذیان‌ها در بیماران دچار اسکیزوفرنیا به دلیل سوگیری زود قضاوت کردن به وجود می‌آید. از این رو هدف پژوهش حاضر ساخت یک آزمایه معتبر و پایا برای اندازه‌گیری سوگیری زود قضاوت کردن بود. **روش:** روش این پژوهش از نوع همبستگی و شامل روش‌های چندگانه آزمون‌سازی بود. گروه نمونه شامل ۴۵ بیمار در دسترس دچار اختلال اسکیزوفرنیا بود که از بین حدود ۱۵۰۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های رازی و ابن‌سینای شهر شیراز در یک دوره ۶ ماهه انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل دو آزمایه شباهت‌ها (صفاریان، ۱۳۸۹) و مهره‌ها (گرتی، ۱۹۹۱) و مقیاس اندازه‌گیری علائم مثبت و منفی (اندریسن، ۱۹۸۴) بود. آزمایه شباهت‌ها شامل ۱۷ گروه تصویر است که روی نمایشگر رایانه با سرعت‌های متفاوتی می‌چرخد. در هر کوشش، یک تصویر الگو و سه تصویر مشابه با تصویر الگو ارائه می‌شود و وظیفه آزمودنی این است که در هر کوشش تصویری را انتخاب کند که با تصویر الگو بیشترین شباهت را داشته باشد. برای بررسی همسانی درونی آزمایه از روش همسانی درونی و برای بررسی روایی همزمان، همبستگی نمره‌های آزمودنی‌ها در آزمایه شباهت‌ها با نمره‌های آنها در آزمایه‌ای که قبلاً برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن ساخته شده بود (آزمایه مهره‌ها) محاسبه شد. روایی پیش‌بین با استفاده از روش رگرسیون خطی در پیش‌بینی شدت هذیان‌های بیماران دچار اسکیزوفرنی توسط آزمایه جدید بررسی شد. روایی تشخیصی آزمایه نیز با مقایسه نمره‌های بیماران با و بدون هذیان بررسی شد. **یافته‌ها:** آزمایه شباهت‌ها از همسانی درونی، روایی همزمان، روایی پیش‌بین و روایی تشخیصی مطلوبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** به وسیله آزمایه شباهت‌ها می‌توان سوگیری زود قضاوت کردن را به‌نحوی پایا و روا در بیماران دچار اسکیزوفرنیا مورد سنجش قرار داد و از آن در پژوهش‌های آینده در زمینه بررسی نظریه‌های مربوط به هذیان و توهم استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنی، سوگیری زود قضاوت کردن، ویژگی‌های روان‌سنجی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

۲. نویسنده مسئول، دانشیار بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز
Email: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

مقدمه

هذیان‌ها از جمله علائم اسکیزوفرنی هستند که همواره به صورت معمایی برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان مطرح بوده است. نظریه‌های مختلفی برای تبیین هذیان‌ها مطرح شده است. نظریه‌های درون‌داده، هذیان را نتیجه به‌کارگیری منطق بهنجار در مورد تجربه یا ادراک نابهنجار قلمداد می‌کند؛ درحالی‌که در نظریه‌های برون‌داده، فرض بر این است که ادراکات و تجارب بهنجارند، ولی بیمار این اطلاعات را به‌صورت نابهنجاری به‌کار می‌گیرد. (فرث^۱، ۱۹۹۲). یک نمونه از نظریه‌های برون‌داده نظریه استدلال نابهنجار^۲ همزلی و گرتی^۳ (۱۹۸۶)، فلچر و فرث^۴، ۲۰۰۹ و فاین، گاردنر، گریگی و گلد^۵، ۲۰۰۷). بر اساس این نظریه، هذیان‌های ناشی از استدلال‌های نابهنجار در پاسخ به حوادث ادراکی بهنجار است. بر اساس این نظریه، عقاید هذیانی وقتی ایجاد می‌شود که فرد در یک یا چند مرحله از مراحل آزمون فرضیه طبق نظریه بایزین^۶ (فلچر و فرث، ۲۰۰۹)، به‌صورت نابهنجاری عمل می‌کند. الگوی بایزین مطرح می‌کند که آیا اطمینان آزمودنی از یک باور درست طبق شواهد دریافتی افزایش می‌یابد یا کاهش. طبق نظریه بایزین، غالباً اشتباهات در مراحل زیر اتفاق می‌افتد (همزلی و گرتی^۷، ۱۹۸۶):

۱. فرد نتواند فرضیه‌ای درست را برای ادراک واقعه تدوین کند و بدون جمع‌آوری اطلاعات، یک تجربه نابهنجار را به یک باور تبدیل کند.
 ۲. فرد احتمال نادرست بودن باور قبلی‌اش را نتواند در نظر بگیرد.
 ۳. فرد حتی با وجود شواهد مخالف نتواند درک کند که فرضیه‌اش نادرست است.
 ۴. فرد نتواند برای آزمایش درستی یا نادرستی فرضیه‌هایش به جمع‌آوری اطلاعات تأییدکننده یا نفی‌کننده بپردازد یا فقط اطلاعات تأییدکننده را جستجو کند.
 ۵. فرد نتواند بر طبق باورهای درست بعدی عمل نماید.
- تصمیم‌گیری عجولانه بر اساس شواهد محدود را سوگیری زود قضاوت کردن^۸ می‌گویند. این نوع سوگیری به پذیرش سریع عقاید برحسب شواهد محدود منجر می‌شود (وودوارد، مونتر، لکلرک و لکومته^۹، ۲۰۰۸). گرتی و همزلی (واندرگگ، ۲۰۰۶) معتقدند افراد هذیانی درمورد

1. Firth
2. abnormal reasoning
3. Garety and Hemsley
4. Fletcher and Firth
5. Fine, Gardner, Craigie & Gold
6. Bayesian
7. van der gaag
8. jumping to conclusion
9. Woodward, Munz, Leclrce & Lecomte

مسایل پیرامون خود سوگیری زودقضاوت کردن دارند. گولد، بیش، لانون، هوبار، کوورن و بوچانان^۱، (۲۰۰۰) معتقدند جمع‌آوری عجولانه اطلاعات با هذیان مرتبط است و می‌توان آن را مسؤول روان‌پریشی دانست. سوگیری زودقضاوت کردن تاحدی می‌تواند به‌عنوان یک ویژگی خصلتی که منعکس‌کننده آمادگی برای روان‌پریشی است و تاحدی به‌عنوان یک ویژگی وضعی که همراه با سطوح عقاید هذیانی تغییر می‌کند، قلمداد شود و ممکن است در شکل‌گیری و تداوم هذیان نقش داشته باشد (پیترز^۲ و گرتی، ۲۰۰۶).

اگرچه منشأ سوگیری زود قضاوت کردن کاملاً مشخص نشده است (بلک‌وود، هوارد، بنتال و مورای^۳، ۲۰۰۱؛ بنتال، هوارد، بلک‌وود و کیندرمن^۴، ۲۰۰۱)، ولی دو فرضیه سعی در تبیین منشأ این سوگیری داشته‌اند (آوریک، اوانس، چوهان، بریستوو و شرگیل^۵، ۲۰۱۱). فرضیه اول بیان می‌کند که بیماران دچار هذیان در آغاز فرایند تصمیم‌گیری، درست بودن پاسخ انتخاب شده توسط خود را بیش‌برآورد می‌کنند (اسپچلی، ویتمان، وودوارد^۶، ۲۰۱۰؛ لینکولن، زیگلر، مهل و ریف^۷، ۲۰۱۰). فرضیه دوم بیان می‌کند این بیماران آستانه تصمیم‌گیری پایینی دارند و بنابراین برای تصمیم‌گیری از اطلاعات کمتری استفاده می‌کنند (وکسنستد، رنجبر، ویتزتوم، هوتنروت، وودوارد و موریتز^۸، ۲۰۱۱؛ موریتز و همکاران، ۲۰۰۹). کاپور^۹ (۲۰۰۳) پیشنهاد می‌کند که سوگیری زود قضاوت کردن نتیجه بیش‌فعالی سیستم دوپامینرژیک است و این بیش‌فعالی به موجب ادراک محرک‌های محیطی به‌صورتی برجسته می‌شود. ادراک محرک‌ها به‌صورت برجسته موجب می‌شود که افراد مبتلا به سوگیری زودقضاوت کردن یک محرک را بیشتر از آنچه هست برآورد کنند. به‌عبارت‌دیگر، به محرک‌ها وزنی بیشتر از وزن واقعی داده می‌شود.

آزمایه مهره‌ها ابزاری کامپیوتری برای سنجش سوگیری زودقضاوت کردن در بیماران دچار هذیان است که اولین بار به‌وسیله گرتی (موری و سلن^{۱۰}، ۲۰۰۶) طراحی و استفاده شد. فریمن^{۱۱} (۲۰۰۷) با مرور پژوهش‌های مربوط به آزمایش مهره‌ها نتیجه‌گیری کرد که در ۱۲

1. Gold, Bish, Lannone, Hobart, Queern & Buchanan
2. Peters
3. Blackwood, Howard, Bentall & Murray
4. Bentall, Howard, Blackwood, Kinderman
5. Averbeck, Evans, Chouhan, Bristow & Shergill
6. Speechley, Whitman & Woodward
7. Lincoln, Ziegler, Mehl & Rief
8. Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Hottenrott, Woodward & Moritz
9. Kapur
10. Moore & Sellen
11. Freeman

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش

پژوهش قابلیت تشخیصی آزمایه مهره‌ها در تفکیک بیماران دچار اسکیزوفرنیای دارای تجربه هذیان نسبت به بیماران دچار افسردگی و افراد بهنجار تأیید شده است. باوجوداین، نتایج سه پژوهش یافته‌های فوق را تأیید نکرد (گرتی و فریمن، ۱۹۹۹). علاوه بر موارد فوق، منون، میزراهی و کاپور^۱ (۲۰۰۸) نیز نتوانستند نتایج فوق را تأیید کنند. آن‌ها دلیل ناتوانی آزمایه مهره‌ها برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن را ابهام در دستورالعمل آزمایه و این‌که به احتمال زیاد آزمودنی متوجه هدف آزمایه نشده و براساس استنباط شخصی خود از دستورالعمل پاسخ می‌دهد، عنوان کردند. موریتز و وودوارد^۲ (۲۰۰۵) نیز نتوانستند نتایج فوق را تأیید کنند. در آزمایه مهره‌ها تنها با استفاده از دو مجموعه از مهره‌ها، سوگیری زود قضاوت کردن سنجیده می‌شود و اگر آزمودنی دستورالعمل را متوجه نشود، فرصتی برای جبران اشتباه خود ندارد (موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵). علاوه بر این، می‌توان گفت مواد استفاده شده در این آزمایه با موقعیت‌های زندگی واقعی ارتباطی ندارد و بنابراین، ممکن است نمره کسب شده در این آزمایه، شاخص دقیقی برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن در موقعیت‌های واقعی زندگی نباشد. به منظور رفع عیوب روش شناختی پیشنهاد شده از سوی چندین پژوهشگر (منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸ و موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵) در مورد آزمایه مهره‌ها و ساخت آزمایه‌ای دقیق برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن و با الهام از مبانی نظری که در سطور فوق مطرح شد، لازم بود به طراحی آزمایه جدیدی پرداخته شود. در پژوهش حاضر، آزمایه‌ای طراحی شد که مؤلفین آن را آزمایه شباهت‌ها نامیدند. این آزمایه بر این اساس ساخته شد که اگر افراد دچار هذیان بدون شواهد کافی به قضاوت و تصمیم‌گیری می‌پردازند، پس این خصیصه را باید در هر موقعیتی که نیازمند قضاوت و تصمیم‌گیری باشد، بروز دهند. یکی از موقعیت‌هایی که می‌تواند برای سنجش قضاوت و تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار گیرد، قضاوت در مورد شباهت تصاویر است. سؤال اصلی این بود که اگر در مجموعه‌ای از کوشش‌های آزمایشی از آزمودنی‌ها خواسته شود تا در مورد شبیه‌ترین تصویر به یک تصویر الگو قضاوت کنند، آیا افراد دچار هذیان در قضاوت خود نسبت به افراد بهنجار دقت کمتری خواهند داشت؟ اگر این فرض درست باشد، آنگاه باید بتوان با استفاده از آزمایه به دست آمده، هذیان را پیش‌بینی کرد. علاوه بر این، نتایج آزمایه شباهت‌ها باید با نتایج حاصل از آزمایه مهره‌ها همبستگی معناداری داشته باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر این بود که ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه شباهت‌ها را آزمون و تعیین کند.

1. Menon , Mizrahi & Kapur

2. Moritz & Woodward

روش

روش پژوهش از نوع همبستگی و استفاده از روش‌های چندگانه آزمون‌سازی بود. به‌منظور بررسی پایایی^۱ و روایی^۲ آزمایش شباهت‌ها به‌ترتیب از روش‌های همسانی درونی، روایی همزمان، پیش‌بین و تشخیصی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حدود ۱۵۰۰ بیمار دچار اسکیزوفرنیای بستری در بیمارستان‌های اعصاب و روان رازی و ابن‌سینای شهر شیراز بود. چون بر اساس نظر مؤلفین مختلف، حجم نمونه ۳۰ نفر به بالا برای بهنجار تلقی کردن توزیع میانگین‌های نمونه و استفاده از روش‌های آمار استنباطی برای تحلیل داده‌ها کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۰؛ رضویه، ۱۳۹۰؛ هومن، ۱۳۷۳)، از این‌رو در این پژوهش نیز ۴۵ نفر ۱۷ زن و ۲۸ مرد از بیماران در دسترس دچار اسکیزوفرنیای دارای تجربه هذیان با شدت‌های متفاوت در فاصله دی ماه ۱۳۸۸ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ به‌عنوان نمونه انتخاب شد. ملاک‌های شمول شامل حداقل سواد سوم راهنمایی، برخورداری از بینایی کافی و تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا با هذیان و معیارهای رد نیز شامل بیماری جسمی و اختلال عصب‌شناختی مانند صرع، هر نوع ضربه مغزی و بیماری روانی دیگری غیر از تشخیص اصلی مانند سوء‌مصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی بود. تشخیص اختلال اسکیزوفرنی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویراست چهارم^۳ (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲) توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام گرفت.

ابزار پژوهش

۱. **آزمایه شباهت‌ها**^۴. این آزمایه توسط صفاریان (۱۳۸۹) برای سنجش سوداری زود قضاوت-کردن در بیماران دچار اسکیزوفرنیا ساخته شد. آزمایه شامل شکل‌هایی است که شباهت بسیار زیادی با یکدیگر دارند. این شکل‌ها در ۱۷ گروه به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود. تصاویر براین‌اساس انتخاب شده‌اند که شامل حیطه‌ها و طبقاتی باشند که افراد به‌طور روزمره با آن‌ها زیاد سروکار دارند مانند لوازم خانگی و لوازم شخصی. در هر کوشش، یک تصویر به‌عنوان تصویر الگو در قسمت بالای صفحه رایانه نمایش داده می‌شود. همزمان در زیر صفحه نمایشگر سه تصویر تقریباً مشابه ارائه می‌شود که فقط یکی از آن‌ها کاملاً شبیه به تصویر الگو است. در هر کوشش، تصاویر در پنج سرعت متفاوت خیلی تند، تند، معمولی، کند، خیلی کند به‌صورت پیاپی به آزمودنی ارائه و از آزمودنی خواسته می‌شود درحالی‌که سه تصویر می‌چرخد، وقتی توانست

1. reliability
2. validity
3. diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV)
4. similarities task

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش

از میان آن‌ها تصویری را که کاملاً شبیه به تصویر الگو است، حدس بزند و کلید رایانه را روی شبیه‌ترین تصویر فشار دهد. براساس مفروضات نظریه سوگیری زود قضاوت کردن، وقتی که کوشش‌ها با سرعت زیاد در اولین دور چرخش ارائه می‌شود، احتمال بیشتری وجود دارد که افراد با سوگیری زود قضاوت کردن شبیه‌ترین تصویر را حدس بزنند. در مقابل، افرادی که سوگیری زود قضاوت کردن ندارند، احتمالاً وقتی که کوشش‌ها با سرعت کم در چهارمین یا پنجمین دور چرخش ارائه شود، شبیه‌ترین تصویر را حدس می‌زنند. در هر گامی یا سرعتی که آزمودنی توانست شبیه‌ترین تصویر را انتخاب کند و پاسخ داد، آن کوشش خاتمه می‌یابد و تصاویر با چرخش‌های کندتر دیگر ارائه نمی‌شود. فرض بر این است که افراد واجد سوگیری نسبت به افراد فاقد سوگیری در ارائه‌های سریع‌تر تصویر را حدس می‌زنند؛ یعنی زمانی که هنوز شواهد کافی برای تشخیص مشابهت تصاویر مورد آزمایش با تصویر الگو در دست ندارند (صفاریان، ۱۳۸۹).

دستورالعمل آزمایه شباهت‌ها. به آزمودنی گفته می‌شود. «همان‌طور که می‌بینید این تصویر چهار مربع دارد. در مربع بالا، تصویر الگو و در سه مربع پایین سه تصویر دیگر ظاهر می‌شود که شباهت بسیار زیادی با تصویر الگو دارد، ولی تنها یکی از تصاویر دقیقاً شبیه تصویر الگو است و دو تصویر دیگر تفاوت‌های جزئی با تصویر الگو دارد. در حالی که سه تصویر پایین می‌چرخد شما باید سعی کنید به محض این که توانستید شبیه‌ترین تصویر را حدس بزنید و با نشانگر رایانه روی آن تصویر فشار دهید. البته توجه کنید که با گذشت زمان چرخش‌ها کندتر می‌شود و شما بهتر می‌توانید تصویرها را مورد مقایسه قرار دهید (صفاریان، ۱۳۸۹).

نمره‌گذاری آزمایه شباهت‌ها. برای تشخیص شبیه‌ترین تصویر در دوره‌های متفاوت چرخش، نمره‌هایی به شرح زیر داده می‌شود. در صورت حدس آزمودنی به صورت درست یا غلط در اولین دوره یعنی سرعت خیلی تند نمره ۵، دومین دوره یعنی سرعت تند نمره ۴، سومین دوره یعنی سرعت معمولی نمره ۳، چهارمین دوره یعنی سرعت کند نمره ۲ و پنجمین دوره یعنی سرعت خیلی کند نمره ۱ داده می‌شود. همچنین، در هر مرحله، وقتی آزمودنی تصویر را درست حدس می‌زند، نمره ۱ و وقتی تصویر را نادرست حدس می‌زند، نمره صفر کسب می‌کند. مجموع نمره فرد در حدس شبیه‌ترین تصویر در دامنه‌ی صفر تا ۸۵ قرار دارد. اجرای این آزمایه در مورد هریک از آزمودنی‌ها به‌طور انفرادی و در یک اتاق مجزا انجام گرفت. برای این منظور، پس از برقراری ارتباط اولیه و کسب اطمینان از رضایت و اعتماد آزمودنی برای شرکت در آزمایش، وی در مقابل یک دستگاه رایانه سیار با فاصله تقریبی 5 ± 40 سانتی‌متر قرار گرفت که تنظیم وضوح دید به‌عهده خود آزمودنی بود. اجرا با خواندن دستورالعمل توسط آزمودنی و

در صورت وجود ابهام ارائه توضیح توسط آزماینده آغاز می‌شد. پس از پاسخ به ابهامات آزمودنی در زمینه دستورالعمل، قسمت اصلی آزمایش شروع می‌شد (صفاریان، ۱۳۸۹).

۲. آزمایش مهره‌ها. ابزاری رایانه‌ای برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن در افراد دارای تجربه هدیان است که اولین بار به وسیله‌ی گرتی (۱۹۹۱) طراحی و استفاده شد. مواد آزمایش شامل دو شیشه مربا است که هر کدام از شیشه‌ها حاوی ۱۰۰ مهره با دو رنگ قرمز و آبی است. این تکلیف یک نمونه استاندارد است که در آن از شرکت‌کنندگان درخواست می‌شود که بین دو شیشه مربا که محتوی مهره‌ها با رنگ‌های متفاوت هستند، قضاوت کنند. یکی از شیشه‌ها محتوی ۶۰ مهره از یک رنگ، مثلاً قرمز و ۴۰ مهره از رنگ دیگر مثلاً آبی است. شیشه دوم نیز محتوی همان تعداد مهره، ولی با نسبت معکوس است (۶۰ مهره آبی و ۴۰ مهره قرمز). آزمودنی‌ها از قبل نسبت مهره‌های موجود در شیشه‌ها را می‌دانند. ابتدا دو شیشه‌ی مربا که حاوی ۱۰۰ مهره با نسبت‌های مذکور است به آزمودنی‌ها نشان داده می‌شود. سپس، شیشه‌ها از دید آزمودنی‌ها پنهان می‌شود. مهره‌ها که براساس دستور ثابت و از پیش تعیین‌شده انتخاب می‌شوند، برای آزمودنی‌های مختلف متفاوت است. به این معنی که برای آزمودنی اول ترتیب بیرون کشیدن مهره‌ها به صورت آبی، قرمز، آبی، ۲ قرمز، آبی، ۲ قرمز، آبی، ۵ قرمز، آبی، ۲ قرمز، آبی، آبی، ۲ قرمز؛ و برای آزمودنی دوم قرمز، آبی، قرمز، آبی، ۲ قرمز، آبی، ۲ قرمز، آبی، قرمز، آبی، ۳ قرمز است. مجموعه مهره‌ها دانه‌دانه از یکی از شیشه‌های مربا که به صورت تصادفی توسط کامپیوتر انتخاب شده است، بیرون کشیده و به آزمودنی نشان داده می‌شود. وظیفه‌ی آزمودنی این است که پس از رؤیت مهره‌ها بگوید که می‌خواهد تصمیم بگیرد که مهره از کدام یک از دو شیشه بیرون کشیده شده است یا بگوید که برای تصمیم‌گیری به مهره‌های بیشتری نیاز دارد. همین که آزمودنی بیان کرد که مهره از کدام یک از شیشه‌ها بیرون آمده است، آزمایش پایان می‌یابد. سوگیری زود قضاوت کردن در این آزمایش به وسیله تعداد مهره‌های موردنیاز هر آزمودنی برای تصمیم‌گیری سنجیده می‌شود. در این شاخص آزمایش، تصمیم‌گیری براساس مهره‌های کمتر حاکی از سوگیری زود قضاوت کردن بالاتر است (موری و سلن، ۲۰۰۶).

۳. مقیاس اندازه‌گیری علائم مثبت^۱ و علائم منفی^۲. این مقیاس توسط اندریسن^۳ (۱۹۸۴)، نقل از حسنی، (۱۳۸۲) ساخته شده و مقیاس علائم مثبت شامل ۲۰ سؤال است که ۵ گروه از علائم منفی بیماران دچار اسکیزوفرنی شامل گنگی و یکنواختی عاطفی، فقر کلامی و بی-احساسی، فقدان احساس لذت و بی‌تفاوتی اجتماعی و نقص توجه را می‌سنجد. در انتهای هر یک

1. scale for assessment of positive symptom

2. scale for assessment of negative symptom

3. Andarsen

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه شباهت‌ها برای سنجش

از ۵ گروه علائم مذکور یک سؤال کلی برای سنجش مجموعه علائم وجود دارد. مقیاس علائم مثبت دارای ۳۰ سؤال است که ۴ گروه علائم مثبت بیماران دچار اسکیزوفرنی شامل توهمات، هذیان‌ها، اختلال تفکر صوری و رفتار غیرعادی را می‌سنجد. هریک از علائم مثبت و منفی این مقیاس در ۶ سطح؛ هیچ، مردد، کمی، متوسط، زیاد و شدید از صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (حسنی، ۱۳۸۲). این مقیاس، به‌صورت جداگانه برای هر بیمار توسط نویسنده اول مقاله حاضر تکمیل شد. در ایران زاده‌محمدی (نقل از حسنی، ۱۳۸۲) میانگین ضریب پایایی مقیاس را از دو روش بازآمایی و همسانی درونی ۰/۷۷ گزارش داد. همچنین، میانگین ضریب پایایی به‌طور جداگانه برای گروه علائم منفی ۰/۷۸ و برای گروه علائم مثبت ۰/۷۷ گزارش شد (حسنی، ۱۳۸۲). کوستاو، یوگارت، گوکیوآ، ایراسووپراتا (نقل از مکارم، ۱۳۸۷) روایی این مقیاس را براساس میزان توافق دو ارزیاب مستقل مطلوب گزارش کردند. برای سنجش شدت هذیان، نمره به‌دست‌آمده برای هر یک از ۱۳ هذیان ذکر شده در این مقیاس با هم جمع شد و نمره‌ی کل به‌دست آمده معادل میزان شدت هذیان افراد شرکت‌کننده محسوب شد.

یافته‌ها

۴۵ نفر شرکت‌کننده شامل ۲۸ مرد با میانگین سنی ۳۲/۰۴ و ۱۷ زن با میانگین سنی ۲۹/۹۱ بودند. میانگین تحصیلات برحسب کلاس، مردان ۱۴/۱۵ و میانگین تحصیلات زنان ۱۲/۵ بود. **پایایی.** به منظور بررسی پایایی آزمایه شباهت‌ها از دو روش همسانی درونی استفاده شد.

جدول ۱. ضرایب همسانی درونی آزمایه شباهت‌ها در بیماران دچار اسکیزوفرنی

گروه	تعداد	آلفای کرونباخ	ضرایب تنصیف
مردان	۲۸	۰/۹۶	۰/۸۷
زنان	۱۷	۰/۹۶	۰/۹۰
کل	۴۵	۰/۹۵	۰/۸۷

جدول ۱ نتایج مربوط به روش همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ همسانی درونی مطلوب آزمایه را تأیید می‌کند.

روایی همزمان^۱. به منظور بررسی روایی همزمان آزمایه شباهت‌ها، همبستگی نمره‌های آزمودنی‌ها در آزمایه شباهت‌ها با نمره‌های آنها در آزمایه مهره‌ها بررسی شد. ضریب همبستگی این دو آزمایه برابر $(p < 0.01, r = -0.75, df = 3)$ بود. شایان ذکر است که در

1. concurrent validity

آزمایه شباهت‌ها، افزایش نمره آزمودنی‌ها حاکی از افزایش سوگیری زودقضاوت کردن است، درحالی‌که در آزمایه مهره‌ها، کاهش نمره حاکی از افزایش میزان سوگیری زود قضاوت کردن است. بنابراین، جهت همبستگی این دو آزمایه منفی است.

روایی پیش‌بین^۱. به‌منظور بررسی روایی پیش‌بین آزمایه شباهت‌ها، نمره های آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس هذیان گزند و آسیب مقیاس آندریسن به‌عنوان متغیر ملاک و نمره های آزمایه شباهت‌ها به‌عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شد. ضریب همبستگی بین متغیر پیش‌بین و ملاک برابر $(p < 0/001, r = -0/75, I = 43)$ درجه آزادی) بود. با توجه به همبستگی بالای دو متغیر پیش‌بین و ملاک، به‌منظور محاسبه قدرت پیش‌بینی متغیر پیش‌بین از روش آماری رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. نمره‌های بیماران در آزمایه شباهت‌ها به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره‌های آن‌ها در هذیان‌های گزند و آسیب به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شد (جدول ۲).

جدول ۲. رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک هذیان در آزمایه شباهت‌ها

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	R	ضریب تعیین	ضریب بتا	مقدار تی
(نمره آزمایه شباهت‌ها)	هذیان	۰/۷۸	۰/۶۱	۰/۰۵	۸/۳۳

** $P < 0/01$

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره آزمایه شباهت‌ها به‌طور مثبت و معناداری، هذیان را پیش‌بینی می‌کند و ۶۱ درصد از واریانس متغیر هذیان‌ها توسط نمره آزمایه شباهت‌ها تبیین می‌شود. **روایی تشخیصی^۲**. برای بررسی روایی تشخیصی آزمایه شباهت‌ها، آزمودنی‌های این مطالعه برحسب تجربه هذیان به دو گروه با و بدون تجربه هذیان تقسیم شد و بر اساس نمره‌شان در زیرمقیاس هذیان مقیاس علائم مثبت و منفی آندریسون، آزمودنی‌هایی که تجربه هذیان نداشتند اعم از بیماران فاقد هذیان و بیماران بهبودیافته، به‌عنوان گروه بدون هذیان، و بیمارانی که دارای تجربه هذیان با شدت‌های کم تا زیاد بودند (نمره های ۲ تا ۵) به‌عنوان گروه با هذیان مشخص و نمره های دو گروه با استفاده از روش آماری t استودنت باهم مقایسه شد.

جدول ۳. مقایسه بیماران دچار اسکیزوفرنی با و بدون هذیان در آزمایه شباهت‌ها

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد	درجه آزادی	مقدار t
اسکیزوفرنی با هذیان	۶۲/۰۴	۱۲/۶۹	۲۵	۴۳	-۱۰/۵۸**
اسکیزوفرنی بدون هذیان	۲۷/۱۵	۱۱/۹۹	۲۰		

** $P < 0/01$

1. predictive validity
2. diagnostic validity

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش

طبق جدول ۳ که میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها را برحسب تعداد چرخش‌های موردنیاز تا ارائه پاسخ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های گروه اسکیزوفرنی با تجربه هذیان نسبت گروه اسکیزوفرنی بدون تجربه هذیان در آزمایه شباهت‌ها به‌طور معناداری پایین‌تر است. یعنی گروه اسکیزوفرنی با هذیان خیلی سریع‌تر از گروه بدون هذیان درباره شباهت تصاویر قضاوت کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد آزمایه شباهت‌ها بر پایه نتایج حاصل از روش‌های تنصیف و آلفای کرونباخ از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. در زمینه روایی همزمان آزمایه، نمره‌های بیماران دچار اسکیزوفرنی در آزمایه شباهت‌ها همبستگی قابل ملاحظه‌ای با نمره‌های آن‌ها در آزمایه مهره‌ها داشت و نمره‌های آزمایه شباهت‌ها توانست ۶۱ درصد واریانس متغیر ملاک هذیان را پیش‌بینی کند. در زمینه روایی تشخیصی آزمایه، نتایج نشان داد که بیماران دارای هذیان نسبت به بیماران بدون هذیان نمره‌های بیشتری در آزمایه شباهت‌ها کسب کردند. این بدان معناست که با افزایش شدت هذیان‌ها، بیماران درمورد شباهت تصاویر زودتر قضاوت کرده‌اند و بنابراین بیماران دارای هذیان، سوگیری زودقضاوت‌کردن بیشتری را نشان دادند.

قبلاً ذکر شد، گرچه نتایج پژوهش‌های انجام‌شده با استفاده از آزمایه مهره‌ها (فریمن، ۲۰۰۷)، سوگیری زودقضاوت‌کردن را در بیماران دچار اسکیزوفرنیا نسبت به سایر گروه‌ها تأیید می‌کند (فریمن، ۲۰۰۷؛ وارمان، لایساگر، مارتین، دیویس و هادنشیلد^۱، ۲۰۰۷)، لیکن در چندین پژوهشی که با استفاده از این آزمایه به‌بررسی سوگیری زودقضاوت‌کردن پرداخته بودند، وجود این سوگیری در بیماران اسکیزوفرنی که دارای تجربه هذیان بودند تأیید نشد (گرتی و فریمن، ۱۹۹۹؛ منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸ و موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵). پژوهشگران مختلف (منجمله منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸ و موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵) چندین دلیل را برای عدم تکرار نتایج قبلی پیشنهاد کردند. ۱. ابهام در دستورالعمل آزمایه مهره‌ها (منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸)، ۲. ثابت بودن محرک‌ها یا تکلیف آزمودنی در آزمایه مهره‌ها (موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵) و ۳. تصنعی بودن محرک‌ها و محدودیت بالقوه آنها در تعمیم نتایج به شرایط واقعی زندگی (منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸). ابهام در دستورالعمل آزمایه موجب می‌شود که آزمودنی متوجه منظور آزمایه نشده و براساس برداشت‌های شخصی خود از آزمایه به تکمیل آن اقدام نماید (منون، میزراهی و کاپور، ۲۰۰۸). با توجه به این‌که تنها یک گروه مهره به آزمودنی ارائه می‌شود؛ آزمودنی فرصتی برای تصحیح اشتباه خود ندارد که در این صورت ممکن است

1. Warman, Lysaker, Martin, Davis & Haudenschild

نمره به دست آمده شاخص سوگیری زود قضاوت کردن نباشد (موریتز و وودوارد، ۲۰۰۵). با توجه به اهمیت تشخیص سوگیری زود قضاوت کردن به عنوان عامل ایجادکننده هذیان در بیماران دچار اسکیزوفرنیا، کوشش شده است که در آزمایش شباهت‌ها دستورالعمل روشنی به آزمودنی ارائه شود (صفاریان، ۱۳۸۹). علاوه بر این، یک گروه از تصاویر به صورت تمرینی به آزمودنی ارائه می‌شود و در صورت قابل فهم بودن برای او، آزمون ادامه پیدا می‌کند. همچنین، به دلیل وجود ۱۷ گروه تصویر حتی اگر آزمودنی در تصاویر گروه اول متوجه هدف نشده باشد، در تصاویر بعدی فرصت این را خواهد داشت که اشتباه خود را جبران کند. به علاوه، به این دلیل که مواد آزمون با موقعیت‌های زندگی واقعی ارتباط دارد، ابهام آن کمتر شده و قابلیت تعمیم بیشتری دارد. بنابراین، سادگی و گویا بودن محرک‌ها و دستورالعمل آزمایش شباهت‌ها برای آزمودنی‌ها از نقاط قوت آن است (صفاریان، ۱۳۸۹). همچنین، مواد تشکیل‌دهنده آزمایش شباهت‌ها که شامل ۱۷ گروه تصویر است، از ابعاد گسترده‌تری برخوردار بوده و حوزه‌های وسیع‌تری را دربرمی‌گیرد. بنابراین، با استفاده از آزمایش شباهت‌ها می‌توان سوگیری زود قضاوت کردن را با دقت بیشتری مورد سنجش قرار داد (صفاریان، ۱۳۸۹).

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد آزمایش شباهت‌ها برای سنجش سوگیری زود- قضاوت کردن از پایایی و روایی کافی برخوردار است. با وجود این، این نتایج نمی‌تواند در مورد کاربرد این آزمایش برای سنجش سوگیری زود قضاوت کردن در افراد بهنجار یا سایر گروه‌های بیمار به کار رود و لازم است برای این گروه‌ها پژوهش‌های مستقلی انجام پذیرد.

منابع

حسینی، جعفر. (۱۳۸۲). بررسی پردازش اطلاعات اولیه بینایی و نگهداشت توجه در بیماران دچار اسکیزوفرنیا افسردگی اساسی و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز.
دلاور، علی. (۱۳۹۰). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. ویراست ۴، تهران: نشر ویرایش. ص. ۹۹.

رضویه. اصغر. (۱۳۹۰). روش‌های پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی. شیراز: انتشارات دانشگاه شیراز. ص. ۱۲۵.

صفاریان، زهرا. (۱۳۸۹). پیش‌بینی شدت هذیان بر اساس سوگیری اسنادی و سوگیری زود قضاوت کردن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز. صص ۳۴-۳۵.

کاپلان، هارولد، و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، جلد دوم، تهران: انتشارات شهر آب- آینده سازان. (۲۰۰۳)

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش

مکارم، سپیده. (۱۳۸۷). *مقایسه انسجام فضایی- زمانی بیماران دچار اسکیزوفرنی، افسردگی اساسی و افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز.

هومن. حیدر علی. (۱۳۷۳). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. تهران: نشر پارسا. ص. ۱۱۵.

Andreasen, N. C. (1984). *Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. Iowa City (IA): University of Iowa.

Andreasen, N. C. (1984). *Scale for the assessment of negative symptoms (SANS)*. Iowa City (IA): University of Iowa.

Averbeck, B. B., Evans, S., Chouhan, V., Bristow, E., & Shergill, S. S. (2011). *Probabilistic learning and inference in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 127 (1-3): 115-122.

Bentall, R. P., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A Review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 1143-1192.

Blackwood, N. J., Howard, R. J., Bentall, R. P., & Murray, R. M. (2001). *Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions*. *The American Journal of Psychology*, 4(4): 527-539.

Fine, C., Gardner, M., Craigie, J., & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(1): 46-77.

Fletcher, P. C. & Firth, C. (2009). Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1): 48-58.

Freeman, D. (2007). *Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions*. *Clinical Psychology Review*, 27(4): 425-457.

Firth, C. D. (1992). *Cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Sussex: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

Garety, P. A. (1991). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14): 14-18.

Garety P. A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 113-154.

Gold, J. M., Bish, J. A., Lannone, V. N., Hobar, M. P., Queern, C. A., & Buchanan, R. W. (2000). *Effects of contextual processing on visual conditional associative learning in schizophrenia*. *Schizophrenia Research*, 24(4): 383 - 396.

Hemsely, D. R., & Garety, P. A. (1986). The formation and maintenance delusion: a Bayesian analysis. *British Journal of Psychiatry*, 149(1): 51-66.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Journal of Psychiatry*. 160(2), 13-23.

- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., & Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *Abnormal Psychology*, 119 (1): 40-49.
- Menon, M., Mizrahi, R., & Kapur, Sh. (2008). "Jumping to conclusions" and delusions in psychosis: relationship and response to treatment. *Schizophrenia Research*, 98(1): 225 – 231.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005). *Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. British Journal of Clinical Psychology*, 44(2): 193-207.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Hottenrott, B., Woodward, T.S., von Eckstaedt, F.V., Schmidt, C., Jelinek, L., & Lincoln, T. M. (2009). Decision making under uncertainty and mood induction: further evidence for liberal acceptance in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 39 (11): 1821-1829.
- Moore, S. C. & Sellen, J. I. (2006). *Jumping to conclusion: A network model predicts schizophrenic patients' performance on a probabilistic reasoning task. Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 6(4): 261-269.
- Peters, E., & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: a longitudinal analysis. *Behavior Research and Therapy*, 44(1): 481-514.
- Speechley, W. J., Whitman, J. C., & Woodward, T. S. (2010). *The contribution of hypersalience to the "jumping to conclusions" bias associated with delusions in schizophrenia. Psychiatry Neuroscience*, 35(1): 7-17.
- Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Hottenrott, B., Woodward, T.S., & Moritz, S. (2011). *Incorrigibility, jumping to conclusions, and decision threshold in schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry*, 16(2): 174-192
- van der Gaag, M. (2006). *A neuropsychiatric model of biological and psychological process in the remission of delusion and auditory hallucination. Schizophrenia Bulletin*, 32(3): 165-173.
- Warman, D. M., Lysaker, P. H., Martin, J. M., Davis, L., & Haudenschild, S. L. (2007). Jumping to conclusion and the continuum of delusional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6): 1225-1269.
- Woodward, T. S., Munz, M., Leclerc, C., & Lecomte, T. (2008). Change in delusion is associated with change in "Jumping to conclusions". *Psychiatry Research*, 170(2): 124- 127.

مقیاس اندازه‌گیری علائم مثبت بیماران اسکیزوفرنی آندریسن و اولسون (SAPS)

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: تحصیلات: تشخیص:

نمره گذاری: صفر = هیچ، ۱ = با تردید، ۲ = کمی، ۳ = متوسط، ۴ = خیلی، ۵ = شدید

۱. توهم

- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۱) توهم شنوایی
بیمار حرف‌ها و صداهایی می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۲) تعبیر صدا
بیمار گزارش می‌دهد صداهایی او را وادار به تعبیر رفتار یا افکارش می‌کند
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۳) صداهای مکالمه
بیمار گزارش می‌دهد که صدای مکالمه دو نفر یا افراد بیشتری را می‌شنوند
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۳) توهم بدنی یا لمسی
بیمار تجربه احساس (تاثیر) بدنی خاصی را گزارش می‌دهد
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۴) توهم بویایی
بیمار تجربه بوهای غیر معمول که دیگران حس نمی‌کنند گزارش می‌دهد
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۵) توهم بینایی
بیمار اشکال یا افرادی را می‌بیند که در حقیقت وجود ندارند
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۶) درجه بندی توهم
این درجه بندی باید بر اساس مدت و شدت توهم و همچنین تاثیر آن بر زندگی بیمار باشد

۲- هذیان

- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱) هذیان گزند و آسیب
بیمار معتقد است که ضد او توطئه چیده اند و به طریقی قصد جان او را دارند
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۲) هذیان حسادت
بیمار معتقد است که که همسرش با کسی رابطه دارد
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۳) هذیان احساس گناه
بیمار معتقد است که مرتکب گناه وحشتناک شده و یا کارهای غیرقابل بخشش انجام داده است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۴) هذیان بزرگ منشی
بیمار معتقد است نیرو و توانایی خاصی دارد.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۵) هذیان مذهبی
بیمار گرفتار و پریشان اعتقاد غلط از مذهب است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۶) هذیان بدنی
بیمار معتقد است که به طریقی بدن او مریض و غیر طبیعی شده است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۷) هذیان انتساب به خود
بیمار از اظهارنظرها و اتفاقات کم‌اهمیت که برایش پیش آمده، تفسیر و معنای مخصوصی می‌کند.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۸) هذیان تحت کنترل بودن
بیمار فکر می‌کند احساسات و اعمالش به وسیله نیروهای خارجی کنترل می‌شود.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۹) هذیان خواندن فکر

بیمار احساس می کند مردم فکرش را می خوانند و یا افکارش را می دانند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱۰) هذیان انتشار فکر

بیمار معتقد است که افکارش منتشر می شوندش، به طوریکه خودش و دیگران آنها را می شنوند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱۱) هذیان تزریق فکر

بیمار معتقد است افکارش متعلق به او نیست بلکه در ذهن او القا شده است.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱۲) هذیان فکر ربوده شده

بیمار معتقد است که افکارش ربوده شده اند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱۳) درجه بندی هذیان

این درجه بندی باید براساس مدت و دوام هذیان ها و تاثیر آنها بر زندگی بیمار در نظر گرفته شود.

۳- رفتارهای عجیب و غریب

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۳) وضع لباس و ظاهر

بیمار به شکل غیر معمول لباس می پوشد و از چیزهای عجیب برای تغییر ظاهر استفاده می کند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۳-۲) رفتار جنسی و اجتماعی

بیمار کارهای نامناسبی مغایر با نرم معمول اجتماع مانند خودارضایی در جمع انجام می دهد.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۳-۳) رفتار پرخاشگرانه و بی قرارانه

بیمار رفتاری پرخاشگر و بی قرار دارد که غالباً غیرقابل پیش بینی است.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۳-۴) رفتار تکراری و کلیشه ای

بیمار اعمال و آداب تکراری زیادی انجام می دهد.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۳-۵) درجه بندی رفتار غیر عادی و غریب

این درجه بندی باید رفتارهای بیمار را که از حد معمول جامعه منحرف است را منعکس کند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۱) خروج از خط

الگوی از صحبت که افکار بیمار را به مسیری کج مرتبط یا غیر مرتبط می کشاند.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۲) تفکر مماسی

بیمار به سوالات در مسیر کج یا بی ربط پاسخ می دهد.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۳) بی ربطی

الگوی صحبتی که اساساً غیرقابل درک در زمان است.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۴) غیر منطقی بودن

الگوی صحبتی که در آن نتایج سخنان را نمی توان با منطق دنبال کرد.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۵) حاشیه پردازی

الگوی صحبتی که کاملاً غیرمستقیم است و با تاخیر به هدف می رسد.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۶) فشار تکلم

تکلم بیمار سریع و قطع آن مشکل است. مقدار صحبت های او بسیار بیش از حد طبیعی است.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۷) حواس پرتی ضمن تکلم

بیمار با محرکی که جریان صحبت او را قطع کند آشفته می شود.

۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۴-۸) تداعی صوتی

الگوی صحبتی که در آن بیمار لغات را بیشتر براساس صدای کلمات انتخاب می کند تا براساس معنادار بودن آنها.

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمایه رایانه‌ای شباهت‌ها برای سنجش

۴-۹) درجه‌بندی اختلال تفکر صوری مثبت
۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰
این درجه‌بندی میزان و فراوانی حالت غیرطبیعی که قابلیت ارتباط بیمار را منعکس می‌سازد، نشان می‌دهد.

مقیاس اندازه‌گیری علائم منفی بیماران اسکیزوفرنی آندریسن (SANS)

نمره‌گذاری: صفر = هیچ، ۱ = با تردید، ۲ = کمی، ۳ = متوسط، ۴ = خیلی، ۵ = شدید

۱. گنگی و سطحی شدن عاطفی

- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۱) بی تغییر ماندن چهره
چهره بیمار خشک و سرد به نظر می‌رسد. تغییر حالت چهره در هنگام صحبت کمتر از حد انتظار است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۲) کاهش حرکات خود به خود
حرکات خود به خود بیمار کم می‌شود و یا اصلاً حرکت ندارد (بیمار وضعیت بدنی خود را تغییر نمی‌دهد) فقط انتهای‌ترین قسمت بدن (دست و پا) حرکت می‌کند.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۳) کم شدن حالت‌های بیانگر
بیمار از حرکات دست خود و همچنین حرکات دیگر برای بیان افکارش استفاده نمی‌کند.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۴) کاهش تماس چشمی
بیمار ارتباط چشمی یا نگاه خود را حتی زمان صحبت، از مصاحبه‌گر قطع می‌کند.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۵) عدم واکنش عاطفی
بیمار لیخن نمی‌زند یا نمی‌خندد، حتی وقتی که سعی می‌شود تا او را با حرف‌هایی که افراد معمولی می‌خندند، بخندانند.

- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۶) نبودن لحن صوتی
صحبت‌های بیمار یکنواخت است و تاکیدهای کلامی را نشان نمی‌دهد.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۱-۷) عواطف نامناسب
عواطف بیمار ناهمخوان است و تنها یکنواختی و گنگی ساده نیست.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۸-۱) درجه‌بندی سطحی شدن عاطفی
این درجه‌بندی بر اساس شدت علائم یکنواختی و گنگی عاطفی است. خصوصاً تاکید بر علامت‌هایی چون غیر حساس بودن و نامناسب بودن و کاهش کلی عواطف است.

۲. کمبود کلامی

- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۱) فقر تکلم
پاسخ بیمار به هر سوال محدود، مختصر، عینی و بدون پردازش است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۲) فقر محتوای
پاسخ‌های بیمار هر چند بلند باشد، اما مبهم، بسیار ابتدایی، کلی و عمومی است و اطلاعات کمی به دست می‌دهد.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۳) انسداد کلام
تسلسل افکار بیمار چه به‌طور خودکار و یا با تحریک قطع می‌شود.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۴) افزایش زمان نهفتگی پاسخ
زمان زیادی طول می‌کشد تا بیمار به سوالات پاسخ دهد. با توجه به این که حالت بیمار نشان می‌دهد که سوال را درک کرده است.
- ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ (۲-۵) درجه‌بندی کمبود کلامی

هسته اصلی این علامت، فقر در کلام و محتوای کلام است.

۳. کمبود اراده - بی احساس

- ۱-۳) آراستگی و بهداشت
ممکن است بیمار با لباس‌های نامرتب، چرک و زولیده، موهای چرب، بدن بدبو و از این قبیل موارد باشد.
۲-۳) عدم استمرار درک و تحصیل
بیمار در جستجو و حفظ کار یا تکالیف مدرسه و کارخانه و مواردی از این قبیل مشکل دارد و در انجام فعالیت و سرگرمی مانند تماشای فیلم، و بازی با دیگران مداومت ندارد و آنها را رها کند.
۳-۳) فقدان انرژی جسمانی
بیمار بی حال و بی حرکت است و ممکن است ساعت‌ها روی صندلی بنشیند و هیچ‌گونه حرکت خود به خود و فعالیتی انجام دهد.

- ۳-۴) درجه بندی کمبود اراده- بی احساسی
در این اندازه‌گیری ارجح و اهمیت اصلی به یک یا دو علامت برجسته داده می‌شود، به‌خصوص اگر قابل توجه باشد.

۴. فقدان احساس لذت-بی تفاوتی اجتماعی

- ۱-۴) فعالیت‌ها و علایق تفریحی
بیمار علاقه کم یا هیچ علاقه‌ای به سرگرمی ندارد. در این درجه‌بندی باید کیفیت و کمیت علایق در نظر گرفته شود.
۲-۴) علایق و فعالیت جنسی
بیمار کاهش در علاقه به فعالیت جنسی نشان می‌دهد و یا از انجام آن لذت نمی‌برد.
۳-۴) احساس صمیمیت و رفاقت
دوستانه و صمیمی به خصوص با خانواده ناتوان است.
۴-۴) ارتباط با افراد و همسالان
و یا هیچ دوستی نداشته باشد و ترجیح می‌دهد وقت خود را در انزوا بگذراند.
۴-۵) درجه بندی فقدان احساس لذت - بی رغبتی
این اندازه‌گیری باید به‌طور همه‌جانبه، شدت بی‌علاقگی و غیراجتماعی بودن را با در نظر گرفتن سن، جنس و موقعیت خانوادگی منعکس کند.

۵. توجه

- ۱-۵) بی‌توجهی اجتماعی
بیمار توجهی به فعالیت‌های اجتماعی ندارد. درحین مکالمه روی یک موضوع تمرکز ندارد. حالت فضایی دارد و به نظر می‌رسد به موضوع بی‌توجه است.
۲-۵) بی‌توجهی در جریان آزمایش‌های روانی
ممکن است پاسخ بیمار در انجام آزمون ضعیف باشد (آزمون هجی وارونه سریال اعداد ۷ و یا هجی کردن حروف به‌طور وارونه، انجام شود) در درجه‌بندی برای این علامت، وجود یک غلط امتیاز ۲، دو غلط امتیاز ۳، و ۴ غلط امتیاز ۴ در نظر گرفته شود.
۳-۵) اندازه‌گیری توجه
در این اندازه‌گیری باید توانایی، توجه و تمرکز بیمار (در هر دو زمینه بالینی و اجرای آزمون) مد نظر قرار گیرد.