

تحلیل روایت‌های زندگی بیماران مبتلا به پارانوئید: یک مطالعه کیفی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۲/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹

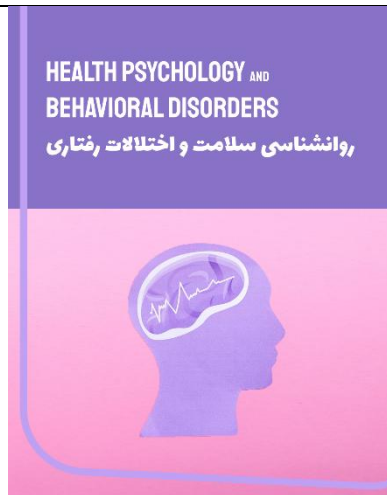
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱

چکیده

هدف این پژوهش تحلیل روایت‌های زندگی بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئید و شناسایی مؤلفه‌های اصلی تجربه زیسته آنان است. این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل روایتی و روش تحلیل مضمون است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته مک‌آدامز با بیماران مبتلا به اختلال پارانوئید بستری در بیمارستان رازی تهران جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت و مصاحبه‌ها تا نقطه اشباع نظری با ۸ مشارکت‌کننده ادامه یافت. داده‌ها پس از پیاده‌سازی در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربه زیسته بیماران شامل چندین محور اساسی است: تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم خانواده و اطرافیان در شکل‌گیری طرحواره‌های تهدیدمحور؛ نقش پررنگ تروماهای کودکی و نوجوانی در ایجاد بدبینی پایدار؛ وجود تعارض‌های هویتی، خودارزیابی منفی و احساس ناامنی در روابط بین‌فردی؛ برجستگی مشکلات هیجانی و جسمانی در استمرار چرخه افکار پارانوئید؛ کاربرد راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد همچون اجتناب، انزوا و سرکوب هیجان؛ و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی آسیب‌زا مانند فرافکنی و انکار که موجب تقویت الگوهای هذیانی می‌شود. از دل تحلیل مضامین، الگوهای مشترکی مانند اسناد بیرونی منفی، حساسیت تهدید، تضعیف از سجام خود، و سوءتعبیر نشانه‌های معمول اجتماعی استخراج شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هذیان‌های پارانوئید ریشه در برهم‌کنش پیچیده عوامل رشدی، هیجانی، شناختی و اجتماعی دارند و روایت بیماران بازتابی از تجربه مداوم ناامنی، تروما، بی‌اعتمادی و برداشت‌های تهدیدمحور از جهان است. شناخت این ابعاد می‌تواند پایه‌ای برای طراحی مداخلات درمانی مؤثر، بازسازی روایت زندگی، تقویت تنظیم هیجان و بازپرداخت تروماهای دوران کودکی باشد.

کلیدواژه‌گان: پارانوئید؛ هذیان‌های پارانوئید؛ تحلیل روایت زندگی؛ تجربه زیسته؛ مطالعه کیفی



HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS
روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

پارمیدا سلیمانی^۱، خدیجه ابوالمعالی الحسینی^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: kh.abolmaali@iautnb.ac.ir

شیهه استناددهی: سلیمانی، پارمیدا، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۴۰۳). تحلیل روایت‌های زندگی بیماران مبتلا به پارانوئید: یک مطالعه کیفی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۲)، ۱۵-۱.

Analysis of Life Narratives of Patients with Paranoid Delusions: A Qualitative Study

Submit Date: 2024-05-10

Revise Date: 2024-05-18

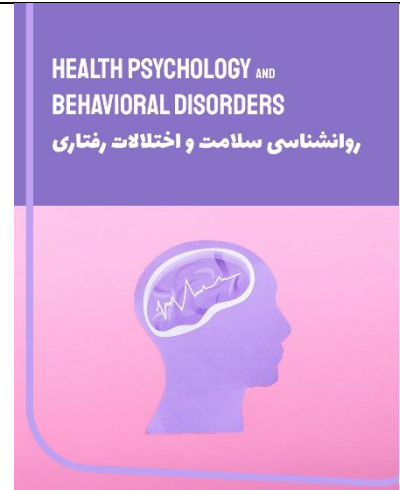
Accept Date: 2024-08-20

Publish Date: 2024-09-21

Abstract

This study aimed to analyze the life narratives of patients with paranoid delusions and identify the core components of their lived experiences. This qualitative study employed narrative analysis with a thematic analysis approach. Data were collected through McAdams' semi-structured interview guide from patients diagnosed with paranoid disorder at Razi Psychiatric Hospital in Tehran. Purposive sampling was used, and interviews continued until theoretical saturation was reached with eight participants. Data were transcribed and analyzed through open, axial, and selective coding using MAXQDA software. Analysis revealed several overarching dimensions in patients' narratives. Family dynamics and interpersonal interactions played a central role in shaping threat-related schemas. Early-life trauma, inconsistent caregiving, and chronic exposure to conflict were strongly inferred as precursors of persistent mistrust. Identity-related conflicts, negative self-evaluation, and heightened interpersonal sensitivity emerged as stable psychological patterns. Dysfunctional coping strategies—including avoidance, suppression, and withdrawal—were shown to reinforce paranoid ideation. Moreover, maladaptive defense mechanisms such as projection and denial contributed to misinterpretation of social cues and the consolidation of delusional beliefs. Thematic synthesis revealed shared structures such as externalized negative attributions, hypervigilance to threat, fragile self-coherence, and systematic misreading of ordinary interpersonal signals. The findings indicate that paranoid delusions arise from an interplay of developmental, emotional, cognitive, and social factors, reflected clearly in patients' life narratives. Understanding these dimensions provides a foundation for therapeutic interventions targeting trauma processing, schema reconstruction, emotion regulation, and the strengthening of secure interpersonal functioning.

Keywords: *Paranoid delusions; Narrative analysis; Lived experience; Qualitative research; Psychotic symptoms*

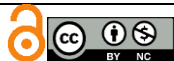


Parmida Soleimani¹, Khadija Abolmaali Alhosseini^{1*}

1. Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen,

*Corresponding Author's Email:
kh.abolmaali@iau-tnb.ac.ir

How to cite: Soleimani, P., & Abolmaali Alhosseini, Kh. (2024). Analysis of Life Narratives of Patients with Paranoid Delusions: A Qualitative Study. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(2), 1-15.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

اختلالات سایکوتیک و به‌ویژه تظاهرات پارانوئید، از پیچیده‌ترین حوزه‌های روان‌پزشکی به شمار می‌روند و ادراک فرد از تهدید، اعتماد، امنیت و روابط اجتماعی را به‌طور عمیق مختل می‌کنند؛ به گونه‌ای که ترکیب عوامل رشدی، شناختی، هیجانی، زیستی و محیطی در کنار یکدیگر مسیر بروز و تداوم افکار پارانوئید را شکل می‌دهد (van der Stouwe et al., 2024). مطالعات گسترده در دهه اخیر نشان داده‌اند که تجربه سایکوز، صرفاً یک اختلال شناختی مجرد نیست، بلکه برهم‌کنشی پیچیده از تغییرات زیستی و روان‌شناختی است که در تعامل با زمینه‌های رشدی، آسیب‌پذیری‌های اولیه، سبک‌های دلبستگی و رویدادهای استرس‌زا فعال می‌شود (Uher et al., 2024). در این میان، اختلالات شخصیت پارانوئید و روان‌پریشی‌های مرتبط با آن، دامنه‌ای گسترده از بی‌اعتمادی، تفاسیر تهدیدمحور، حساسیت نسبت به نشانه‌های اجتماعی و الگوهای تفکر خودارجاعی را در بر می‌گیرد؛ الگویی که اغلب از سال‌های نخست زندگی و تحت تأثیر روابط والد-فرزند و محیط‌های نایمن شکل می‌گیرد (Moeller et al., 2024). در سطح شخصیت، تغییر در فرآیندهای شهودی، ادراک اجتماعی و برداشت‌های درونی از «خود» و «دیگران» یکی از ویژگی‌های پایدار در ساختار شخصیت پارانوئید گزارش شده است (Jacobs, 2024). این یافته‌ها تأکید می‌کنند که درک روایت‌های زندگی بیماران و تجربه زیسته آنان، ابزار مهمی برای فهم سازوکارهای شناختی و هیجانی پنهان در پس هذیان‌های پارانوئید است (Ekaputri & Qurrota, 2024).

افکار پارانوئید، هم در قالب اختلالات روان‌پریشی و هم در سطح زیرآستانه‌ای در جمعیت عمومی رخ می‌دهند، و شدت و پایداری آن‌ها با ترکیبی از عوامل فردی و محیطی گره خورده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تغییر در رفتارهای ایمنی‌بخش، سوگیری‌های شناختی و تفسیرهای نادرست از نشانه‌های بین‌فردی، نقشی محوری در تثبیت الگوهای سوءظن دارند و این چرخه از طریق تعامل با ویژگی‌های بالینی و تجارب هیجانی تداوم می‌یابد (Berkhof et al., 2024). در مطالعات جمعیت ایرانی نیز همبستگی میان مشکلات شدید هیجانی و پیامدهای روان‌پزشکی حاد مانند خودکشی مورد تأیید قرار گرفته است؛ موضوعی که نشان می‌دهد تجارب هیجانی حل‌نشده می‌توانند بستر شکل‌گیری بدترین اشکال رفتارهای پرخطر و وسواس‌وارانه از جمله الگوهای پارانوئید باشند (Akbari et al., 2024). از سوی دیگر، مسیرهای روانی-اجتماعی نیز در این چرخه نقش مهمی ایفا می‌کنند؛ برای مثال یافته‌ها نشان می‌دهد که گسست در پیوندهای اجتماعی و تضعیف عزت‌نفس می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را برای ورود به مسیرهای فکری تهدیدمحور افزایش دهد (Monsonet et al., 2023). از منظر شناختی نیز مدل‌های جدید بر این نکته تأکید دارند که سوءظن، نتیجه پردازش‌های معیوب، تفسیرهای اشتباه و تمایل به جستجوی تهدید در موقعیت‌های مبهم است (Freeman & Loe, 2023). به همین ترتیب، در حوزه اختلالات شخصیت نیز تظاهرات پارانوئید در شخصیت‌های مرزی، اسکیزوتایپی و اختلالات تجزیه‌ای گزارش شده است که همگی بر حضور افکار تهدیدمحور و برداشت‌های خودارجاعی تأکید دارند (Fanti et al., 2023).

شیوع و تنوع مضامین هذیانی در مطالعات جدید نیز به‌خوبی نشان می‌دهد که گسترش افکار پارانوئید محدود به یک طبقه‌بندی واحد نیست. بر اساس متاآنالیزهای اخیر، مضامین مربوط به گزند و آسیب، کنترل، ارجاع و حسادت از رایج‌ترین الگوهای هذیانی هستند (Collin et al., 2023). این گستردگی نشان می‌دهد که فرآیندهای هیجانی نظیر اضطراب، اجتناب، سرکوب و مقابله‌های ناکارآمد، نقش برجسته‌ای در شکل‌گیری و تشدید این تجربه‌ها دارند. برای نمونه، پرخوری هیجانی و راهبردهای اجتنابی در برخی بیماران به‌عنوان پاسخ به افکار تهدیدمحور یا حتی بخشی از چرخه تداومی پارانوئیا مطرح شده‌اند (Bagrowska & Gawęda, 2023). بخش مهمی از آسیب‌پذیری این بیماران نیز به سبک‌های دلبستگی نایمن، اسکیمای منفی و عدم یکپارچگی ساختار «خود» مربوط می‌شود. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی نایمن، به‌ویژه در حضور استرس و تحقیرهای بین‌فردی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی افکار پارانوئید است (Trucharte et al., 2022). مرورهای نظام‌مند نیز نشان می‌دهد که تفاوت در سبک‌های دلبستگی در میان افراد دارای اختلالات سایکوتیک،

الگوی پایدار از نایمینی هیجانی، وابستگی افراطی یا فاصله‌گیری شدید را درون روابط بین‌فردی ایجاد می‌کند؛ عواملی که زمینه تفاسیر تهدیدآمیز را تقویت می‌کنند (Stusiński et al., 2022).

مطالعات تحلیلی در حوزه مکانیزم‌های شناختی و هیجانی نیز بر این مسئله صحنه گذاشته‌اند که دلبستگی نایمن از مسیرهایی نظیر تنظیم هیجان مختل، حساسیت بیش از حد به طرد و گرایش به اسنادهای منفی، خطر ابتلا به افکار پارانوئید را افزایش می‌دهد (Sood et al., 2022). حتی در حوزه ادبیات و مطالعات تحلیلی، برخی پژوهشگران نشان داده‌اند که تجربه تروما، بازتجربه تهدید و بازنمایی‌های ذهنی مبتنی بر هراس می‌تواند چرخه بازتولید افکار پارانوئید را شکل دهد (Sasa & Abu Jweid, 2022). همزمان، برخی گروه‌های بالینی مانند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نیز نشانه‌هایی از توهم و هذیان را تجربه می‌کنند که ریشه در ناپایداری هیجانی و تفسیرهای تهدیدآمیز از روابط دارد (Minarikova et al., 2022). این داده‌ها نشان می‌دهد که تجربه‌های هیجانی شدید، بی‌ثباتی در روابط نزدیک و تروماهای بین‌فردی، نه تنها خطر بروز سایکوز را افزایش می‌دهد، بلکه الگوهای فکری شکل‌دهنده پارانوئیا را نیز تثبیت می‌کند. در همین راستا، پژوهش‌های مرتبط با نقش تجربه‌های رشدی نشان داده‌اند که تروماهای کودکی و ارتباطات آسیب‌زای اولیه زمینه‌ساز شکل‌گیری اسکیمای منفی و تفاسیر تهدیدمحور هستند (Humphrey et al., 2022). همچنین، تعامل میان عوامل ژنتیکی مانند ژن FKBP5 و تروماهای اولیه کودکی، اثر قابل‌توجهی بر شدت علائم روان‌پریشی، افسردگی و اضطراب نشان داده است (de Castro-Catala et al., 2017). این یافته‌ها مسیرهای پیچیده‌ای را آشکار می‌کند که در آن زیست‌شناسی، روان‌شناسی و روابط اجتماعی در تولید تجربه پارانوئید با یکدیگر تعامل دارند.

در کنار این عوامل، پیامدهای هیجانی تجربه‌های نایمن، مانند افزایش نشخوار ذهنی، اجتناب هیجانی، یا حساسیت افراطی به تهدید، به‌عنوان حلقه واسط میان تروما و سایکوز شناخته شده است. برای مثال، پژوهش‌های اخیر نقش میانجی‌گرانه واکنش‌گری استرس را در ایجاد طیفی از علائم روان‌پریشی، اضطراب و افسردگی پس از مواجهه با تروما تأیید کرده‌اند (van Nierop et al., 2017). این در حالی است که در جمعیت‌های جوان، ارتباط میان مصرف مواد محرک مانند کانابیس، تجربه‌های تروما و افزایش خطر افکار روان‌پریشانه به‌ویژه افکار گزند و تعقیب مشاهده شده است (Carlyle et al., 2021). از منظر عصب‌روان‌شناختی نیز پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند که پیوند میان آسیب‌های روانی اولیه و بروز اختلالات عمده روان‌پزشکی از جمله سایکوز، تابع مسیرهای پیچیده زیستی-روانی است که هنوز به‌طور کامل شناخته نشده‌اند (Uher et al., 2024). این موضوع ضرورت پژوهش‌های عمیق‌تری را بر تجربه زیسته بیماران آشکار می‌کند؛ زیرا تنها از طریق روایت‌های آنان می‌توان به سازوکارهای معنا بخشی، تفسیر رویدادها و شکل‌گیری نظام باورهای تهدیدمحور دست یافت.

در سطح هیجانی، مکانیزم‌های دفاعی نیز نقش مهمی در شکل‌دهی به ساختار شخصیت پارانوئید دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از دفاع‌هایی نظیر فرافکنی، کنش‌نمایی، واکنش‌وارونه و جداسازی در میان افراد دارای ساختارهای شخصیت بیمارگون بیشتر دیده می‌شود (Carvalho et al., 2018). این مکانیزم‌ها به‌عنوان راه‌حل‌های موقت برای کاهش اضطراب به کار می‌روند، اما در بلندمدت باعث تقویت تفاسیر تهدیدآمیز و تضعیف انسجام «خود» می‌شوند. از سوی دیگر، یافته‌های جدید حاکی از آن است که تنظیم هیجان، به‌ویژه در افرادی با سبک‌های دلبستگی نایمن، نقش مستقیمی در برداشت‌های تهدیدمحور و افکار خودارجاعی دارد (Mikulincer & Shaver, 2019). به همین دلیل، مداخلات مبتنی بر روایت و بازسازی شناختی به‌طور فزاینده‌ای در حوزه درمان اختلالات پارانوئید مورد توجه قرار گرفته‌اند. همچنین مطالعات موردی به‌ویژه در زمینه اختلالات شخصیت پارانوئید نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر طرحواره‌درمانی در کمک به بازسازی باورهای ناکارآمد، پردازش تروما و تقویت تنظیم هیجان مؤثر هستند (Moeller et al., 2024).

تجربه تروما و خشونت خانوادگی نیز یکی از عوامل ثابت در ادبیات روان‌پریشی است. پژوهش‌های رشد کودک نشان داده‌اند که خشونت والدین و پرخشگری روانی-جسمانی، سطح اضطراب پایه، بی‌اعتمادی و حساسیت بین‌فردی را در کودکان افزایش داده و آنان را در برابر اختلالات روان‌پریشی آسیب‌پذیر می‌کند (Wang et al., 2016). این یافته‌ها، هم‌راستا با داده‌های تحلیل روایتی، نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از تجارب پارانوئید در تاریخچه رشدی و تعامل‌های اولیه افراد نهفته است.

در حوزه مراقبت‌های بالینی نیز پژوهش‌ها به بررسی نقش درمان‌های نوآورانه پرداخته‌اند. برای مثال، استفاده از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر واقعیت مجازی برای کاهش واکنش‌گری استرس و بهبود تعاملات اجتماعی بیماران روان‌پریش، نتایج امیدبخشی نشان داده است (van der Stouwe et al., 2024). از سوی دیگر، مطالعات جامعه‌محور نشان داده‌اند که پیوند میان افکار پارانویید و رفتارهای خودآسیب‌رسان یا پیامدهای بالینی شدید نیز قابل توجه است؛ به گونه‌ای که افزایش سطح اضطراب، تروما و احساس تهدید می‌تواند خطر رفتارهای شدید مانند خودکشی را افزایش دهد (Carrillo de Albornoz et al., 2022). این یافته‌ها تأکید می‌کنند که فهم تجربه زیسته بیماران نه تنها برای دقت تشخیصی، بلکه برای طراحی مداخلات حمایتی و پیشگیرانه حیاتی است.

از منظر اجتماعی-معنایی نیز، برخی پژوهش‌های ادبی و روان‌تحلیلی نشان داده‌اند که تکرار الگوهای معنایی تهدیدمحور، تجربه بازتروما و انزوای هیجانی می‌تواند چارچوبی برای فهم افکار پارانویید فراهم کند (Sasa & Abu Jweid, 2022). این تحلیل‌ها، اگرچه مبتنی بر متون ادبی‌اند، اما نشان می‌دهند که ساختار روایی افراد مبتلا به پارانویا تا چه حد تحت تأثیر احساس تهدید، ناایمنی و سلسله‌ای از تجارب ناتمام هیجانی قرار دارد. با توجه به نقش مهم تروما، روابط اولیه، سبک دلبستگی، مکانیزم‌های دفاعی و عوامل شناختی-هیجانی در ایجاد و تداوم افکار پارانویید، بررسی روایت‌های زندگی بیماران می‌تواند درک عمیق‌تری از ریشه‌های روان‌شناختی این اختلال فراهم آورد. هدف این پژوهش تحلیل روایت‌های زندگی بیماران مبتلا به پارانویید و شناسایی مضامین اساسی تجربه زیسته آنان است.

روش‌شناسی

مطالعه حاضر از نوع کیفی با روش تحلیل روایتی با رویکرد تحلیل مضمون است که از طریق فرم مصاحبه نیمه ساختاریافته مک‌آدامز جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانویید بود که تحت پوشش درمانی بیمارستان روان‌پزشکی رازی قرار داشتند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با هدف دستیابی به درکی عمیق از تجربه زیسته شرکت‌کنندگان انجام شد. در پژوهش‌های کیفی، حجم نمونه تا زمانی تعیین می‌شود که جمع‌آوری داده‌ها دیگر به مقوله یا موضوع جدیدی منجر نشود؛ از این رو، فرایند نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت با ۸ نفر اشباع حاصل شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق گردآوری و برای تحلیل روایت‌ها در چارچوب سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی بررسی شدند.

مصاحبه نیمه ساختار: مصاحبه ابزاری متداول برای جمع‌آوری اطلاعات از طریق تعامل مستقیم کلامی میان مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده است. مصاحبه نیمه ساختار یافته یا هدایت شده بین دو حد نهایی ساختار یافته و بدون ساختار قرار می‌گیرد که گاهی به آن مصاحبه عمیق هم می‌گویند که در آن از تمام پاسخگوها سوالهای مشابهی پرسیده می‌شود. اما آنها آزادند که پاسخ خود را به هر طریقی که مایلند ارائه دهند، در این مورد مسئولیت رمزگردانی پاسخها و طبقه‌بندی آنها بر عهده محقق است. در روش تحلیل روایت از شیوه مصاحبه روایی برای گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود. در شیوه مصاحبه روایی باید سوالات را به گونه‌ای تنظیم کرد تا فرد مورد مصاحبه، روایت زندگی خود را از نقطه‌ای شروع کرده، سپس به اوج و در نهایت به یک فرونشینی برسد. مصاحبه روایی بایستی همراه با تکنیک‌های ظریفی مانند همدلی، هم‌فهمی و از سوی محقق به اجرا در آید.

تحلیل داده‌ها در این پژوهش مطابق رویکرد کیفی و بر اساس مراحل پیشنهادی کرسول انجام شد که شامل آماده‌سازی، سازماندهی و کاهش داده‌ها تا استخراج مضامین است. ابتدا داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و سازماندهی شدند. سپس فرایند کدگذاری شامل کدگذاری باز، محوری و هسته‌ای صورت گرفت تا از طریق غربالگری و طبقه‌بندی معنادار، مقولات و الگوهای اصلی روایت‌ها آشکار شود. در مرحله بعد، داده‌ها برای شناسایی الگوها و روابط میان مقوله‌ها بازآرایی و ساختارمند شدند. تفسیر داده‌ها با هدف معنا بخشی به روایت‌ها بر مبنای بینش‌های نظری و روان‌شناختی انجام گرفت و در نهایت، نتیجه‌گیری در سطحی انتزاعی‌تر به منظور ارائه تصویری کلی از مضامین

تجربه‌شده شکل گرفت. برای تسهیل سازماندهی و افزایش دقت تحلیل، از نرم‌افزار MAXQDA به‌عنوان ابزار کمکی برای مدیریت داده‌ها استفاده شد؛ با این تأکید که تصمیم‌گیری درباره کدها و طبقات کاملاً بر عهده پژوهشگر بوده است.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که تجربه زیسته بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئید در چندین تم اصلی و مجموعه‌ای از مقوله‌های محوری سازمان می‌یابد که هر یک بازتاب‌دهنده لایه‌های عمیق روان‌شناختی و اجتماعی شکل‌دهنده ساختار ذهنی آنان است. تم «تأثیرپذیری از اطرافیان» بیانگر نقش بسیار پررنگ روابط اولیه و میان‌فردی است که شامل خانواده، والدین، خواهر و برادر، همسر، دوستان، همکاران، همسالان، افراد مهم زندگی و فضای اجتماعی گسترده‌تر می‌شود و نشان می‌دهد الگوهای ارتباطی ناسازگار چگونه زمینه را برای شکل‌گیری تفسیرهای تهدیدمحور فراهم می‌کنند. تم «رویدادهای تأثیرگذار» به مجموعه‌ای از تجارب دوران کودکی، نوجوانی، بزرگسالی، تروماهای شدید، رویدادهای تحصیلی و شغلی اشاره دارد که مسیر رشد روانی را مختل و حساسیت بیمار را به تهدید افزایش می‌دهد. در تم «خود»، ویژگی‌هایی همچون بدبینی، تمایل به تنهایی، خودبرتربینی یا احساس حقارت، تعارض‌های درونی و بحران هویت دیده می‌شود که نشان‌دهنده شکنندگی ساختار خود است. مشکلات جسمانی و روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، اختلال خواب و افکار خودکشی در تم «مشکلات مربوط به سلامتی» منعکس می‌شود. مسائل زناشویی و جنسی، به‌ویژه شک، بی‌اعتمادی و نگرانی‌های جنسی، در تم «ازدواج و مسائل جنسی» برجسته شده‌اند. تم «راهنمایی‌های مقابله‌ای» نیز شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های هیجانی، اجتنابی و مسئله‌مدار است که اغلب ناکارآمد بوده و چرخه پارانوئیا را تقویت می‌کند. «مکانیزم‌های دفاعی» همچون انکار، فرافکنی، جداسازی و کنش‌نمایی در روایت بیماران فراوان است و نقش مهمی در تحریف واقعیت دارد. «دیدگاه مذهبی» نشان می‌دهد که بیماران از مذهب برای آرام‌سازی اضطراب و ایجاد حس کنترل استفاده می‌کنند. تم «شخصیت دوران کودکی» نیز نقش والدگری سختگیرانه، تنبیه، بی‌ثباتی و نایمنی عاطفی را به‌عنوان بستر شکل‌گیری سوءظن‌های بعدی برجسته می‌کند. در نهایت، «ویژگی‌های اسنادی» و «نگاه هویتی» نشان می‌دهد که بیماران گرایش زیادی به اسناد بیرونی منفی، سوگیری تهدید، سوءتعبیر نشانه‌ها و تجربه انسجام شکننده از «خود» دارند.

جدول ۱. خلاصه تم‌های اصلی و مقوله‌های محوری استخراج‌شده از تحلیل روایت بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئید

تم اصلی	مقوله‌های محوری
تأثیرپذیری از اطرافیان	نقش خانواده، نقش پدر، نقش مادر، نقش خواهر و برادر، نقش همسر، نقش دوستان و همکاران، تأثیر همسالان، تأثیر جنس مخالف، تأثیر افراد مهم و محیط اجتماعی
رویدادهای تأثیرگذار خود	رویدادهای دوران کودکی، نوجوانی، بزرگسالی، تروماهای شدید، تجارب تحصیلی، تجارب شغلی، رویدادهای مثبت و منفی و ویژگی‌های فردی، بدبینی به دیگران، تمایل به تنهایی، خودشیفتگی/خودبرت‌پنداری، حساسیت بیش از حد، تعارض‌های درونی، احساس حقارت، شک هویت
مشکلات مربوط به سلامتی	بیماری‌های جسمانی، مشکلات روانی، افسردگی، اضطراب، وسواس، افکار خودکشی، اختلال خواب، حملات عصبی
ازدواج و مسائل جنسی	نگرانی‌های جنسی، روابط خارج از چارچوب، بی‌اعتمادی شدید به همسر، تعارضات زناشویی، شک نسبت به رفتار جنسی همسر
راهنمایی‌های مقابله‌ای	راهنمایی‌های هیجان‌مدار، راهنمایی‌های مسئله‌مدار، اجتناب، تنظیم هیجانی، تحمل‌ناپذیری فشار، کناره‌گیری اجتماعی، خودتنظیمی
مکانیزم‌های دفاعی	انکار، فرافکنی، دلیل‌تراشی، واکنش وارونه، جداسازی، تخیل، واپس‌روی، کنش‌نمایی، انشقاق
دیدگاه مذهبی	الفت با آموزه‌های مذهبی، بار در تکالیف مذهبی، توسل به مذهب برای کاهش اضطراب
شخصیت در دوران کودکی	سختگیری والدین، تنبیه بدنی، بی‌ثباتی والدین، نایمنی عاطفی، پرورش مبتنی بر ترس
ویژگی‌های اسنادی	اسناد بیرونی منفی، تعمیم افراطی، سوگیری تهدید، سوءتعبیر نشانه‌های عادی
نگاه هویتی	ضعف انسجام «خود»، واکنش نسبت به نگاه دیگران، تصویر ذهنی شکننده

جدول ۲ با ارائه زیرمقوله‌های نهایی و توصیف تحلیلی مرتبط با هر یک، نشان می‌دهد که هسته‌های معنایی روایت بیماران چگونه در جریان زندگی آنها شکل گرفته و در نهایت به تجربه‌های پارانوئید منجر شده است. نقش پدر با ویژگی‌هایی مانند خشونت، سختگیری، تعصب و بدبینی به عنوان منبعی برای ایجاد محیط ناامن و الگوگیری از نگرش‌های تهدیدمحور معرفی شده است. نقش مادر اغلب با رفتارهای متناقض، حمایت‌گری همراه با پرخاشگری و الگوهای تنبیهی پیوند دارد که نتیجه آن شکل‌گیری دلبستگی ناایمن و تزلزل عاطفی در فرد است. نقش همسر، به‌ویژه از طریق بی‌اعتمادی شدید، تعارض‌های زناشویی و شک جنسی، یکی از محرک‌های برجسته فعال‌سازی سوءظن‌های شدید محسوب می‌شود. روابط دوستان و همکاران معمولاً با تجربه طرد، تمسخر و بی‌ثباتی همراه بوده و برداشت‌های بدبینانه از دیگران را تقویت کرده است. تجارب دوران کودکی شامل تنبیه، خشونت خانگی و تحقیر، هسته اولیه شکل‌گیری افکار تهدیدمحور را تشکیل می‌دهد، در حالی که رویدادهای نوجوانی همچون شکست‌های عاطفی و فشارهای تحصیلی حساسیت بین‌فردی فرد را افزایش داده‌اند. رویدادهای بزرگسالی از جمله مشکلات شغلی، ازدواج، مهاجرت یا طلاق نیز به عنوان عوامل فعال‌کننده طرحواره‌های پارانوئید عمل کرده‌اند. ویژگی‌های فردی مانند بدبینی، حساسیت، تمایل به تنهایی و خودشیفتگی ساختاری آسیب‌پذیر نسبت به سوءتعبیر اجتماعی ایجاد می‌کنند. مشکلات جسمانی و سلامت روان موجب افزایش احساس آسیب‌پذیری و تفسیرهای تهدیدزا شده‌اند. مسائل جنسی، خصوصاً شک نسبت به وفاداری همسر یا وسواس‌های جنسی، از رایج‌ترین محرک‌های برانگیزاننده افکار پارانوئید بوده‌اند. راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی مانند گریه، خشم و کناره‌گیری اجتماعی تنها به تسکین موقت هیجان‌ها منجر شده و چرخه هذیان‌ها را تشدید کرده‌اند، در حالی که راهبردهای مسئله‌مدار کمتر مشاهده شده و اغلب ناکارآمد بوده‌اند. دفاع‌های آسیب‌زا مانند فرافکنی، انکار و واکنش وارونه به عنوان ابزارهایی برای مقابله با اضطراب اما در عین حال تحریف‌کننده واقعیت عمل کرده‌اند. در نهایت، نقش مذهب در کاهش اضطراب و ایجاد احساس کنترل معنوی دیده شده است، هرچند استفاده از آن گاهی به تقویت نگاه دوگانه‌ساز و قضاوت‌گر نسبت به جهان منجر شده است.

جدول ۲. زیرمقوله‌های نهایی همراه با توصیف تحلیلی استخراج شده از تحلیل روایت بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئید

مقوله محوری	زیرمقوله‌ها	توصیف تحلیلی / معنای روان‌شناختی
نقش پدر	خشونت، سختگیری، تعصب، مذهبی‌گری افراطی، بدبینی	محیط ناامن، شکل‌گیری حساسیت تهدید، الگوگیری از بدبینی
نقش مادر	رفتار متناقض، حمایت‌گری، تنبیه، پرخاشگری	دلبستگی ناایمن، احساس بی‌اعتمادی، تزلزل عاطفی
نقش همسر	بی‌اعتمادی، تعارض، شک جنسی	به شدت مرتبط با تم‌های پارانوئید و سوءظن
نقش دوستان/همکاران	تجربه طرد، تمسخر، روابط ناپایدار	تشدید برداشت بدبینانه از دیگران
رویدادهای کودکی	تنبیه، خشونت خانگی، تحقیر	ایجاد هسته اولیه افکار تهدیدمحور
رویدادهای نوجوانی	شکست‌های عاطفی، فشار تحصیلی، احساس نادیده گرفتن	افزایش حساسیت بین‌فردی
رویدادهای بزرگسالی	ازدواج، مشکلات کاری، مهاجرت، طلاق	فعال‌سازی مجدد طرحواره‌های پارانوئید
ویژگی‌های فردی	حساسیت، بدبینی، تمایل به تنهایی، خودشیفتگی	ساختار شخصیت آسیب‌پذیر نسبت به سوءتعبیر اجتماعی
تجارب بدنی/سلامتی	بیماری جسمانی، علائم اضطراب	تقویت تفسیرهای تهدیدزا و احساس آسیب‌پذیری
مسائل جنسی	شک نسبت به روابط جنسی همسر، وسواس جنسی	یکی از پررنگ‌ترین محرک‌های افکار پارانوئید
راهبردهای هیجان‌مدار	گریه، خشم، انزوا	کاهش موقت تنش اما تشدید چرخه پارانوئید
راهبردهای مسئله‌مدار	جستجوی حمایت اجتماعی، تلاش برای کنترل موقعیت	کمتر دیده شده؛ اغلب ناکارآمد
کناره‌گیری/اجتناب	دوری از جمع، پرهیز از تعامل	تشدید انزوای اجتماعی و افکار مشکوک
دفاع‌های آسیب‌زا	فرافکنی، انکار، جداسازی، واکنش وارونه	مکانیسم‌های رایج در ساختار شخصیت پارانوئید
دیدگاه مذهبی	پناه‌بردن به مذهب، انجام تکالیف مذهبی، استفاده از دین برای کاهش اضطراب	دین به عنوان ابزار کنترل هیجان و تنظیم اضطراب

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روایت‌های زندگی بیماران مبتلا به هذیان‌های پارانوئید در محورهای اساسی همچون روابط خانوادگی، رویدادهای آسیب‌زا، تعارض‌های هویتی، اسنادهای تهدیدمحور و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد معنا می‌یابد. تحلیل روایت‌ها نشان داد که

تجربه‌های رشدی اولیه، به‌ویژه در بستر خانواده، نقشی محوری در شکل‌گیری ساختارهای شناختی-هیجانی این بیماران دارد. این یافته کاملاً با ادبیات پژوهشی موجود همسو است. برای مثال، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که افراد دارای اختلالات سایکوتیک نسبت به رویدادهای استرس‌زا و تعاملات مخرب خانوادگی حساسیت بیشتری دارند و واکنش‌گری استرس در زندگی روزمره آنان به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (van der Stouwe et al., 2024). این الگو به‌خوبی در روایت‌های مشارکت‌کنندگان دیده شد، زیرا آنان مکرراً به تجربه روابط خشونت‌آمیز، والدگری متناقض و فضای خانوادگی نایمن اشاره کردند.

نتایج مطالعه حاضر همچنین با پژوهش‌های میان‌رشته‌ای در حوزه سایکوز همخوان است که ریشه اختلالات شدید روانی را در تعامل پیچیده عوامل زیستی، هیجانی و اجتماعی می‌دانند (Uher et al., 2024). یافته‌های مبتنی بر روایت نشان داد که در بسیاری از بیماران، تجربه‌های اولیه مرتبط با ترس، تنبیه، تحقیر یا بی‌ثباتی عاطفی در خانواده، بنیانی برای رشد تفاسیر تهدیدآمیز، بی‌اعتمادی و حساسیت بین‌فردی ایجاد کرده است. این موضوع با گزارش‌های موردی جدید در حوزه درمان اختلالات شخصیت پارانویید نیز همسو است، به‌گونه‌ای که طرحواره‌های شکل‌گرفته در زمینه‌های خانوادگی آسیب‌زا، به سختی در بزرگسالی تغییر می‌کنند و در صورت وجود تروماهای مرکب، به مقاومت شدید بیمار در برابر درمان می‌انجامد (Moeller et al., 2024).

بخش مهمی از نتایج این پژوهش به تجربه مداوم «تفسیر تهدید» اشاره داشت؛ به‌عبارت دیگر، بیماران رویدادهای عادی یا مبهم را از منظر بدخواهی، نگاه‌های قضاوت‌گرانه دیگران یا نیت‌های منفی تعبیر می‌کردند. این یافته با پژوهش‌هایی که تغییر در فرآیند شهود، پردازش اجتماعی و برداشت‌های ادراکی را در اختلال شخصیت پارانویید نشان داده‌اند، همخوان است (Jacobs, 2024). این مطالعات تأکید می‌کنند که ساختار ادراکی چنین بیمارانی به‌گونه‌ای است که «نشانه‌های اجتماعی خنثی» اغلب به‌عنوان «تهدید» رمزگذاری می‌شوند. این الگو در روایت بیماران نیز به‌طور مکرر تکرار شد.

به‌علاوه، یافته‌های این پژوهش تأیید می‌کنند که زندگی بسیاری از بیماران مشحون از چرخه‌های تکرارشونده شکست، طرد، سوءتفاهم و بی‌اعتمادی بوده است. این نتایج در امتداد یافته‌های پژوهش‌های کیفی و بالینی قرار دارد که نشان می‌دهد الگوهای کارکردی ذهن افراد مبتلا به پارانویا در چارچوب تجربه‌های ناپایدار و بحران‌زا تکوین می‌یابد (Ekaputri & Qurrota, 2024). همچنین در پژوهش‌های بزرگ‌مقیاس نیز روابط روشنی میان تغییر در رفتارهای ایمنی‌بخش، سوگیری‌های شناختی و شدت ایده‌های پارانویید گزارش شده است (Berkhof et al., 2024). تحلیل روایت‌ها دقیقاً همین روند را نشان داد: بیماران معمولاً با اجتناب از روابط اجتماعی، سکوت، دوری از جمع و تلاش برای کنترل موقعیت، احساس امنیت را باز می‌سازند؛ اما این تلاش‌ها در عمل منجر به تشدید چرخه پارانویید می‌شود.

همچنین، داده‌های به‌دست‌آمده از روایت‌ها با مطالعات ایرانی درباره نقش تجارب هیجانی شدید و استرس‌های مزمن در افزایش خطر پیامدهای روان‌پزشکی حاد همسو است. برای نمونه، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که پیوند میان تجربه‌های آسیب‌زا، مشکلات شخصیتی و اختلالات هیجانی می‌تواند به نتایج بالینی بسیار جدی منجر شود (Akbari et al., 2024). این موضوع از دیدگاه پدیدارشناسی نیز قابل تبیین است؛ زیرا تجربه مداوم تهدید و درماندگی، زمینه‌ساز شکل‌گیری نظام باورهای بدبینانه و خودارجاعی می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر با مدل‌های روانی-اجتماعی نیز همخوان است. برای مثال، پژوهش Monsonet و همکاران نشان داد که تضعیف پیوندهای اجتماعی و کاهش عزت‌نفس مسیری را شکل می‌دهد که طی آن اندوه، انزوای درونی و تفاسیر تهدیدمحور به‌عنوان سه‌گانه‌ای غالب در بیماران مبتلا به پارانویا نمود می‌یابد (Monsonet et al., 2023). در روایت‌های این پژوهش نیز بیماران اغلب از احساس بی‌ارزشی، بی‌پناهی و ناامنی وجودی سخن می‌گفتند. این حالت دقیقاً همان سازوکاری است که در مطالعات شناختی-اجتماعی معاصر در قالب «چرخه اقتصاد روانی مبتنی بر تهدید» معرفی شده است (Freeman & Loe, 2023).

افزون بر این، یافته‌ها به نقش تروماهای کودکی به‌عنوان یکی از قوی‌ترین بنیان‌های شکل‌گیری هذیان‌های پارانویید اشاره دارد. این نتیجه همسو با پژوهش‌های نوین است که نشان داده‌اند اختلالات شخصیت و روان‌پریشی‌های زود هنگام در افرادی که در کودکی با تنبیه، نایمنی،

غفلت یا خشونت روبه‌رو بوده‌اند، به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد (Fanti et al., 2023). به‌طور مشابه، متاآنالیزهای جهانی تأیید کرده‌اند که مضامین گزند و آسیب در هذیان‌های پارانوئید رواج بیشتری دارند (Collin et al., 2023). در مطالعه حاضر، بسیاری از بیماران تجربه کودکی خود را همراه با تهدید، تحقیر، طرد و بی‌ثباتی توصیف کردند.

در حوزه راهبردهای مقابله‌ای نیز یافته‌ها نشان داد که اغلب بیماران از راهبردهای هیجان‌مدار، اجتنابی یا سرکوب‌گرانه استفاده می‌کنند. این الگو دقیقاً همان چیزی است که در مطالعات اخیر درباره نقش مقابله در بدتر شدن افکار پارانوئید مشاهده شده است (Bagrowska & Gawęda, 2023). پرهیز از هیجان، انزوا، گریه‌های ناگهانی، یا تحریک‌پذیری شدید همگی در روایت‌ها آشکار بود و در مطالعات پیشین نیز نشان داده شده که چنین راهبردهایی نه تنها مؤثر نیستند، بلکه چرخه سوءظن را تشدید می‌کنند (Trucharte et al., 2022). مطابق با چارچوب دلبستگی نیز یافته‌ها قابل تفسیر هستند. در پژوهش‌های سراسری درباره سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا به اختلالات سایکوتیک، الگوهای ناایمنی، تردید، کناره‌گیری و حساسیت نسبت به طرد شایع گزارش شده است (Stusiński et al., 2022). یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که بیماران معمولاً «دیگری» را منبع تهدید و «خود» را موجودی آسیب‌پذیر، تنها و بی‌دفاع تجربه می‌کنند. این الگو با مدل‌های توضیحی مبتنی بر سبک دلبستگی ناایمن که در مطالعات دیگر نیز بر نقش آن در شکل‌گیری پارانوئیا تأکید کرده‌اند، مطابقت دارد (Sood et al., 2022).

دیدگاه‌های معنایی-ادبی نیز مؤید یافته‌های این پژوهش هستند. روایت‌های زندگی بیماران معمولاً سرشار از بازتجربه تهدید، تفسیرهای خودارجاعی و چرخه‌های تکرارشونده آسیب بودند؛ موضوعی که در پژوهش‌های معنایی نیز درباره چرخه «تروما-بازتروما» در پارانوئیا توصیف شده است (Sasa & Abu Jweid, 2022). در مطالعه حاضر نیز بیماران از مواجهه‌های مکرر با موقعیت‌هایی سخن می‌گفتند که اضطراب و سوءظن قدیمی را زنده می‌کرد.

در سطح نشانه‌شناختی و بالینی نیز یافته‌ها با پژوهش‌هایی که وجود علائم شبه‌سایکوتیک را در اختلالات شخصیت نشان داده‌اند، همسو است (Minarikova et al., 2022). این موضوع نشان می‌دهد که مرز میان تجربه سایکوتیک و شخصیت بیمارگون، مرزی سیال است و تداوم چرخه تهدید در ساختار شخصیتی فرد ریشه دارد. مطالعه حاضر نیز نشان داد که بسیاری از بیماران در دوران بزرگسالی، شکست‌های عاطفی، سوءظن‌های زناشویی و مشکلات شغلی را تجربه کرده‌اند که به‌عنوان محرک‌های ثانویه برای تشدید سوءظن عمل کرده است. همچنین، شواهد حاصل از مطالعات تروما تأیید می‌کنند که تجربه‌های آسیب‌زا، تغییرات بلندمدتی در تنظیم هیجان و پردازش استرس ایجاد می‌کند که در نهایت می‌تواند به بروز ترکیبی از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و سایکوز منجر شود (van 't Hof-Grootenboer et al., 2022). یافته‌های پژوهش حاضر نیز در همین مسیر قرار دارد. بیماران غالباً به تجربه پریشانی، تحریک‌پذیری، افکار منفی درباره خود، ترس از آینده، و نگرانی مداوم درباره نگاه دیگران اشاره داشتند.

پژوهش حاضر نشان داد که تبیین‌های شناختی بیماران مبتلا به پارانوئیا، غالباً بر اسنادهای بیرونی منفی استوار است؛ الگوی مشابهی در مطالعات تعامل ژن-محیط نیز مشاهده شده که نشان می‌دهد آسیب‌های اولیه همراه با عوامل ژنتیکی خاص می‌توانند سیستم‌های استرس را به‌گونه‌ای فعال کنند که برداشت‌های تهدیدآمیز تثبیت شوند (de Castro-Catala et al., 2017). از سوی دیگر، مطالعات تجربی نیز تأیید کرده‌اند که تنظیم هیجان ناکارآمد، سوگیری تهدید و استفاده از مکانیزم‌های دفاعی آسیب‌زا در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت شایع‌تر است (Carvalho et al., 2018).

این یافته‌ها بیانگر آن است که افکار پارانوئید نه پدیده‌ای ناگهانی، بلکه نتیجه برهم‌کنش پیچیده تروما، رابطه، زیست‌شناسی و معناسازی هستند. بنابراین، تحلیل روایت‌ها ابزار قدرتمندی برای فهم زیرساخت‌های این اختلال فراهم می‌کند و ضرورت توجه به تجربه زیسته در مداخلات درمانی را برجسته می‌سازد.

این پژوهش چندین محدودیت دارد. نخست اینکه ماهیت کیفی مطالعه و مبتنی بودن آن بر مصاحبه‌های عمیق، امکان تعمیم نتایج را محدود می‌کند. نمونه نسبتاً کوچک و انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان، اگرچه برای تحلیل روایتی ضروری است، اما نمی‌تواند بازنمای کاملی از همه بیماران مبتلا به پارانویا باشد. دوم آنکه وجود چالش‌های ارتباطی با بیماران دارای هذیان، از جمله بی‌اعتمادی، گریز از توضیح، یا ارائه اطلاعات ناقص، کیفیت برخی روایت‌ها را محدود کرد. سوم، امکان سوگیری ناخواسته پژوهشگر در تحلیل داده‌ها، هرچند با استفاده از بازنگری مکرر کاهش یافت، اما همچنان به‌طور کامل قابل حذف نیست. از سوی دیگر، تجارب زیسته بیماران تحت تأثیر شرایط فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی آنان است و نتایج در جوامع دیگر ممکن است متفاوت باشد.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) ارتباط میان مضامین روایی و شاخص‌های بالینی مانند شدت هذیان، کارکرد اجتماعی و تنظیم هیجان را بررسی کنند. همچنین مطالعات طولی می‌توانند مسیر تحول افکار پارانویید را از کودکی تا بزرگسالی دنبال کنند تا نقش عوامل رشدی با دقت بیشتری روشن شود. پیشنهاد می‌شود از ابزارهای تحلیل روایت خودکار، تحلیل هیجان مبتنی بر یادگیری ماشین، و تصویربرداری عصبی برای بررسی تطبیقی ساختارهای شناختی استفاده شود. مطالعه در جمعیت‌های مختلف فرهنگی، گروه‌های سنی متفاوت و بررسی روایت‌های خانواده بیماران نیز می‌تواند ابعاد تازه‌ای از الگوهای معنایی و هیجانی مرتبط با پارانویا را آشکار کند.

در سطح درمانی، پیشنهاد می‌شود مداخلات روان‌درمانی بر بازسازی روایت زندگی، تقویت انسجام خود، اصلاح اسنادهای بیرونی منفی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان تمرکز کنند. درمان‌های مبتنی بر قصه‌درمانی، طرحواره‌درمانی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان می‌توانند به شکستن چرخه تهدید و کاهش سوءظن کمک کنند. همچنین آموزش خانواده درباره نحوه برخورد با حساسیت‌های بیمار، کاهش تعارض، و ایجاد ارتباط امن می‌تواند از تشدید نشانه‌ها جلوگیری کند. در سطح کلان، فراهم‌سازی فضای حمایتی اجتماعی، کاهش انگ روان‌پریشی و تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران داشته باشد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Paranoid delusions and paranoia-related cognitive patterns represent one of the most complex and multidimensional phenomena within psychotic disorders, reflecting the convergence of biological vulnerability, dysfunctional cognitive processing, emotional dysregulation, and early relational trauma. Recent empirical work shows that individuals with psychotic disorders exhibit heightened stress reactivity in daily life, and this vulnerability amplifies paranoid ideation when exposed to social stressors or ambiguous interpersonal cues (van der Stouwe et al., 2024). Longitudinal frameworks similarly emphasize that psychotic, bipolar, and major depressive disorders emerge from an interplay of genetic liability, chronic stress, and early adversity, underscoring paranoia as a product of cumulative developmental risks rather than a discrete symptom category (Uher et al., 2024). Case-based clinical data further reveal that individuals with schizotypal or paranoid personality organization often exhibit entrenched maladaptive schemas rooted in trauma histories, which shape rigid patterns of mistrust and hypervigilant threat appraisal (Moeller et al., 2024). These schema-level disruptions correspond with recent findings indicating that alterations in intuitive processing and social inference are central to paranoid personality disorder, making individuals more prone to interpreting ambiguous information as threatening (Jacobs, 2024).

The clinical relevance of these mechanisms is further supported by qualitative and mixed-method studies demonstrating that patients' lived experiences frequently include repeated cycles of interpersonal conflict, perceived betrayal, and patterns of cognitive distortion that reinforce delusional interpretations (Ekaputri & Qurrota, 2024). Parallel clinical research documents that shifts in safety behaviors and cognitive biases are strongly associated with fluctuations in paranoid ideation across time, revealing a dynamic and context-dependent process underlying symptom severity (Berkhof et al., 2024). Broader psychopathological literature in Iran similarly shows that severe emotional dysregulation, hopelessness, and developmental trauma increase vulnerability to severe psychiatric outcomes, suggesting that paranoia may function as a maladaptive strategy to navigate overwhelming internal states (Akbari et al., 2024). Social disconnection and diminished self-esteem also constitute key psychosocial pathways that predispose individuals to extreme mistrust, thereby facilitating paranoid thought patterns (Monsonet et al., 2023). Contemporary cognitive models argue that paranoia reflects distorted belief updating, hypervigilance to social threat, and an exaggerated tendency to attribute hostile intent to others (Freeman & Loe, 2023).

In personality disorders, a range of paranoid presentations have been documented, especially among individuals with trauma-related developmental histories, showing that paranoid thinking is not restricted to schizophrenia spectrum disorders (Fanti et al., 2023). Global systematic reviews indicate that delusional themes such as persecution, reference, and control are among the most prevalent across psychotic populations (Collin et al., 2023). Coping mechanisms further shape these outcomes; for example, avoidant coping and emotional eating have been shown to mediate pathways leading to paranoia-like thoughts, demonstrating the behavioral embedding of paranoia within emotion-regulation failures (Bagrowska & Gawęda, 2023). Regarding cognitive mechanisms, insecure attachment is consistently associated with paranoid ideation, with experiential avoidance acting as a key mediator linking developmental experiences to adult mistrust

(Trucharte et al., 2022). Corroborating evidence highlights that adults with psychotic disorders display distinct attachment profiles characterized by insecurity, hypervigilance, and distrust, amplifying susceptibility to paranoid cognition (Stusiński et al., 2022). A comprehensive review of attachment-based mechanisms further shows that cognitive, affective, and behavioral processes associated with insecure attachment—including hyperactivation of threat schemas and maladaptive attributional styles—predict paranoia onset and maintenance (Sood et al., 2022).

Trauma studies also confirm that re-traumatization, neurotic threat processing, and unresolved emotional injuries reinforce paranoid orientations (Sasa & Abu Jweid, 2022). In borderline personality disorder, transient psychotic symptoms and paranoia-like experiences have also been observed, indicating overlapping mechanisms across diagnostic categories (Minarikova et al., 2022). Childhood interpersonal trauma, especially disorganized attachment and negative self-schemata, strongly predicts paranoia in psychosis, aligning closely with the themes identified in the present study's narrative data (Humphrey et al., 2022). Furthermore, paranoia has been identified as a significant predictor of suicidality in general populations, suggesting that hopelessness and fear-based cognitions pose substantial public health concerns (Carrillo de Albornoz et al., 2022). Neurodevelopmental research similarly illustrates that cannabis-induced dysphoria and paranoia mediate the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences, illuminating a neurobiological pathway linking early adversity to later psychopathology (Carlyle et al., 2021).

Emotion-regulation research also supports these findings, demonstrating that attachment orientations significantly influence regulatory capacities, fostering vulnerability to maladaptive defensive structures that strengthen paranoid beliefs (Mikulincer & Shaver, 2019). Studies on defense mechanisms reveal strong correlations between pathological personality features and defenses such as projection, denial, and splitting—all processes prominently visible in paranoid ideation (Carvalho et al., 2018). Additional developmental research confirms that stress reactivity connects childhood trauma exposure with blended symptom profiles of depression, anxiety, and psychosis (van Nierop et al., 2017). Gene-environment interaction studies further demonstrate that FKBP5 moderates the impact of childhood trauma on psychotic and affective symptoms, highlighting the layered complexity of paranoia's roots (de Castro-Catala et al., 2017). Attachment studies also illustrate that avoidance of emotional experiences mediates the connection between insecure attachment and paranoid ideation (Castilho et al., 2017). Developmental trauma research confirms that parental aggression contributes directly to heightened anxiety and vulnerability to maladaptive threat processing in adulthood (Wang et al., 2016).

Together, these findings highlight the importance of examining the lived experiences of individuals with paranoid delusions from a narrative and thematic perspective. This study contributes to the growing literature by analyzing patients' life narratives to uncover the psychological, relational, and developmental mechanisms shaping paranoid ideation.

Methods and Materials

This qualitative study employed a narrative analysis approach with thematic analysis to explore the life stories of patients diagnosed with paranoid delusions. Data were collected through in-depth semi-structured interviews following McAdams' life-story interview format. Participants were selected using purposive sampling from a psychiatric hospital and included eight individuals diagnosed with paranoid-type delusional disorder. Interviews continued until theoretical saturation was achieved. All interviews were transcribed verbatim and analyzed through open, axial, and selective coding. MAXQDA software was used to assist with data organization and theme development.

Findings

Analysis revealed a set of core themes capturing the lived experiences of patients with paranoid delusions. The first major theme concerned interpersonal influences, including the roles of parents, siblings, spouses, peers,

and significant others. Narratives consistently reflected environments characterized by instability, emotional neglect, hostility, or inconsistent caregiving. Patients frequently described relational patterns marked by mistrust, conflict, betrayal, and perceived hostility from others.

A second theme consisted of impactful life events, including early childhood trauma, physical or emotional abuse, rejection experiences in adolescence, marital conflict, job failure, and migration. Patients framed these events as turning points that solidified their sense of threat and vulnerability.

The third theme focused on self-perception. Patients tended to describe themselves as inferior, unworthy, unlucky, or targeted by others. Some oscillated between feelings of fragility and grandiosity. They showed pervasive doubt about their identity and expressed internal conflicts regarding their value, morality, or social role.

Another theme encompassed health-related difficulties, including chronic anxiety, depressive episodes, sleep disorders, somatic complaints, suicidal thoughts, and emotional numbness. These conditions appeared both as precursors to and consequences of paranoid belief structures.

Themes related to marriage and sexuality also emerged prominently. Patients reported jealousy, suspicion of infidelity, sexual anxiety, and relational insecurity. These experiences were often triggers for the intensification of paranoid episodes.

Coping strategies were dominated by emotional avoidance, withdrawal, suppression, rumination, and anger. Problem-focused coping appeared sporadically and usually ineffectively. Defense mechanisms such as projection, denial, splitting, and rationalization were frequently embedded in patient narratives.

Religious interpretations also played a role, functioning either as a source of comfort or as a framework through which paranoid meanings were constructed. Attributional patterns were heavily skewed toward external blame, overgeneralization, and misinterpretation of neutral cues as threatening.

Discussion and Conclusion

The findings illustrate that paranoid delusions emerge within a complex web of developmental adversity, insecure relational patterns, emotional dysregulation, maladaptive coping strategies, and deeply embedded cognitive biases. Patients' narratives consistently revealed environments in which interpersonal safety was compromised, leading to the internalization of mistrust and the adoption of hypervigilant orientations toward others. Traumatic events throughout their lifespan reinforced these early templates, shaping rigid schemas of threat, betrayal, and vulnerability.

The oscillation between negative self-evaluations and compensatory grandiosity observed in some patients aligns with broader models of fragile identity structures. Defensive processes such as projection served not only to protect the self from overwhelming negative affect but also to sustain paranoid meaning-making systems. The predominance of avoidance-based coping strategies further limited opportunities for corrective interpersonal experiences, leaving patients trapped in cycles of alienation and mistrust.

The findings underscore the necessity of therapeutic approaches that address narrative reconstruction, schema modification, emotional regulation, and the integration of traumatic experiences. A trauma-informed, relational, and schema-focused perspective may offer the most promising framework for reducing paranoid ideation and improving psychological functioning.

فهرست منابع

References

- Akbari, M., Rezaeian, M., & Gerstner, R. (2024). Suicide in Iranian children: a systematic review of methods and risk factors associated with suicide in Iranian children. *Children's Health Care*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/02739615.2024.2361613>

- Bagrowska, P., & Gawęda, Ł. (2023). Emotional eating-A response to or one of the causes of paranoia-like thoughts? The bidirectional mediating role of avoidant coping. *psychiatry research communications*, 3(4), 100141. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100141>
- Berkhof, M., van der Stouwe, E. C. D., Geraets, C. N. W., Pot-Kolder, R. M. C. A., van der Gaag, M., & Veling, W. (2024). Relations between changes in safety behavior, paranoid ideations, cognitive biases, and clinical characteristics of patients with a psychotic disorder over time. *Schizophrenia Research*, 272, 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.08.005>
- Carlyle, M., Constable, T., Walter, Z. C., Wilson, J., Newland, G., & Hides, L. (2021). Cannabis-induced dysphoria/paranoia mediates the link between childhood trauma and psychotic-like experiences in young cannabis users. *Schizophrenia Research*, 238, 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.10.011>
- Carrillo de Albornoz, C. M., Gutiérrez, B., Ibanez-Casas, I., & Cervilla, J. A. (2022). Paranoia and suicidality: A cross-sectional study in the general population. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1587-1599. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1950589>
- Carvalho, L. d. F., Reis, A. M., & Pianowski, G. (2018). Investigating Correlations Between Defence Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.002>
- Castilho, P., Martins, M. J., Pinto, A. M., Viegas, R., Carvalho, S., & Madeira, N. (2017). Understanding the effect of attachment styles in paranoid ideation: The mediator role of experiential avoidance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.007>
- Collin, S., Rowse, G., Martínez, A. P., & Bentall, R. P. (2023). Delusions and the dilemmas of life: A systematic review and meta-analyses of the global literature on the prevalence of delusional themes in clinical groups. *Clinical psychology review*, 104, 102303. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102303>
- de Castro-Catala, M., Pena, E., Kwapil, T. R., Papiol, S., Sheinbaum, T., Cristobal-Narvaez, P., & Rosa, A. (2017). Interaction between FKBP5 gene and childhood trauma on psychosis, depression and anxiety symptoms in a non-clinical sample. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 200-209. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.08.024>
- Ekaputri, I. N., & Qurrota, Q. A. Y. F. (2024). Exploring paranoid schizophrenia: A clinical case study in Surabaya. International Conference on Psychology and Education (ICPE), <https://proceeding.unesa.ac.id/index.php/icpe/article/view/3701>
- Fanti, E., Di Sarno, M., & Di Pierro, R. (2023). In search of hidden threats: A scoping review on paranoid presentations in personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1215-1233. <https://doi.org/10.1002/cpp.2913>
- Freeman, D., & Loe, B. S. (2023). Explaining paranoia: cognitive and social processes in the occurrence of extreme mistrust. *BMJ Mental Health*, 26(1), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300880>
- Humphrey, C., Berry, K., Degnan, A., & Bucci, S. (2022). Childhood interpersonal trauma and paranoia in psychosis: The role of disorganised attachment and negative schema. *Schizophrenia Research*, 241, 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.043>
- Jacobs, K. A. (2024). Changes of intuition in paranoid personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1307629. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1307629>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 25, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Minarikova, K. B., Prasko, J., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., Slepecky, M., & Ociskova, M. (2022). Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 787. <https://doi.org/10.2147/NDT.S360013>
- Moeller, S. B., Arendt, I. M. T., Meline, J. S. J., & Øibakken, R. (2024). Case report: Schema therapy for a case of treatment resistant schizotypal and paranoid personality disorder with a trauma history. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 100414. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100414>
- Monsonet, M., Amedy, A., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2023). A psychosocial pathway to paranoia: The interplay between social connectedness and self-esteem. *Schizophrenia Research*, 254, 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.006>
- Sasa, G., & Abu Jweid, A. N. A. (2022). Paranoia, Neurotic Trauma, and Re-Traumatization as the Triad of Psychic Monomania in Edgar Allan Poe's "The Tell-Tale Heart". *Theory & Practice in Language Studies (TPLS)*, 12(5). <https://journals.bilpubgroup.com/index.php/fls/article/view/11763>
- Sood, M., Cernelley, K. B., & Newman-Taylor, K. (2022). How does insecure attachment lead to paranoia? A systematic critical review of cognitive, affective, and behavioural mechanisms. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 781-815. <https://doi.org/10.1111/bjc.12361>
- Stusiński, J., Merk, W., & Lew-Starowicz, M. (2022). Characteristics of attachment styles in adults diagnosed with psychotic disorders-a research review. *Psychiatria Polska*, 56(2), 261-276. <https://doi.org/10.12740/PP/131623>

- Trucharte, A., Valiente, C., Espinosa, R., & Chaves, C. (2022). The role of insecure attachment and psychological mechanisms in paranoid and depressive symptoms: An exploratory model. *Schizophrenia Research*, 243, 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.021>
- Uher, R., Pavlova, B., Najafi, S., Adepalli, N., Ross, B., Vallis, E. H., & Palaniyappan, L. (2024). Antecedents of major depressive, bipolar, and psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 160, 105625. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105625>
- van der Stouwe, E. C., Booij, S. H., Geraets, C. N., Pot-Kolder, R. M., Kuranova, A., van der Gaag, M., & Veling, W. (2024). Daily-life stress reactivity and recovery following virtual-reality-based cognitive behavioral therapy in patients with a psychotic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1360165. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1360165>
- van Nierop, M., Lecei, A., Myin-Germeys, I., Collip, D., Viechtbauer, W., Jacobs, N., & van Winkel, R. (2017). Stress reactivity links childhood trauma exposure to an admixture of depressive, anxiety, and psychosis symptoms. *Psychiatry research*, 260, 451-457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.012>
- Wang, M., Wang, X., & Liu, L. (2016). Paternal and maternal psychological and physical aggression and children's anxiety in China. *Child abuse & neglect*, 51, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.018>