

ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی

نویسنده: دکتر عباس ابوالقاسمی

استادیار دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی بیماران دارای توهم و هذیان بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۲۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان بود که در چهار ماهه اول سال ۱۳۸۴ برای درمان به صورت سرپایی و یا بستری به مجموعه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کرده و تا حد امکان با توجه به محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ و تحصیلات (حداقل دبیرستان) انتخاب شدند از این تعداد ۲۸ نفر دارای هذیان، ۳۳ نفر دارای توهم، ۳۶ نفر دارای هذیان-توهم و ۳۰ نفر بدون هذیان-توهم بودند. مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-R، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ولز و مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی کی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی رابطه مثبت معناداری دارد ($p < 0.01$). ضریب رگرسیون گام به گام نشان داد که در بیماران دارای هذیان مؤلفه باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار، در بیماران دارای توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، در بیماران دارای هذیان-توهم به ترتیب مؤلفه‌های خودآگاهی شناختی، باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و باورهای مثبت در مورد نگرانی و در بیماران بدون هذیان - توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی بودند. در صورتی که در بیماران دارای هذیان و دارای توهم مؤلفه باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و در بیماران دارای هذیان-توهم مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی بودند. این نتایج با یافته‌های تحقیقی دیگر هم‌خوانی دارد. توجه به نقش باورهای فراشناختی بر هذیان‌ها و توهمات در اسکیزوفرنی و تأکید بر اصلاح باورهای فراشناختی در درمان‌های روانشناختی این بیماران از کاربردهای مهم این پژوهش می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، اسکیزوفرنی، توهم، هذیان

دوماهنامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال چهاردهم- دوره جدید

شماره ۲۵

آبان ۱۳۸۶

مقدمه

اسکیزوفرنی (schizophrenia) اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد بجا می‌گذارد. میزان شیوع این اختلال حدود ۱ درصد گزارش شده است. طبق برآوردها حدود ۱۶ درصد بیماران روانی جهان را اسکیزوفرنی‌ها تشکیل می‌دهند و معمولاً ۵۰ درصد

تخت‌های بیمارستان‌های روانی را این بیماران اشغال می‌کنند [۱].

صاحب‌نظران معتقدند که رفتار اسکیزوفرنی می‌تواند به واسطه گستره‌ای از عوامل ایجاد شوند. تلاش‌های زیادی به عمل آمده است تا بیماران دارای نشانه‌های مختلف را با هم گروه‌بندی کنند. نتایج پژوهش‌ها این نشانه‌ها را به دو

دسته تقسیم کرده‌اند: نشانه‌های مثبت، بیش کارکردی‌های رفتاری است که شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب و تفکر مختل می‌شود. نشانه‌های منفی، نقایص رفتاری است که فقر گفتار، عاطفه سطحی، بی‌تفاوتی، انزوا و نقص توجه را دربرمی‌گیرد. علائم منفی و شاخص‌های رفتاری متعدّدند و به یکدیگر مربوط هستند. با این وجود بنظر می‌رسد که نشانه‌های مثبت و منفی به هم مربوط نیستند و بیانگر فرایندهای متفاوتی می‌باشند که ممکن است به‌طور هم‌زمان رخ دهند، هر چند این نتیجه‌گیری بحث‌انگیز است [۲].

تلاش پژوهشگران برای تبیین روانشناختی اسکیزوفرنیا و نشانه‌های وابسته به آن در اواخر دهه ۱۹۵۰ میلادی سبب انجام تحقیقات متعددی در این زمینه شده است. طبق یافته‌های پژوهشی فرایندهای شناختی بیماران اسکیزوفرنی نارسا و مختل است [۳]. در دهه اخیر باورهای فراشناختی بیماران روانی بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است که در این پژوهش به آن پرداخته می‌شود. به اعتقاد فلاول [۴] فراشناخت (metacognition) یکی از متغیرهای اساسی است که در جریان بیماری اسکیزوفرنی مختل می‌گردد و تأثیر مهمی بر توهمات و هذیان‌های بیماران می‌گذارد. فراشناخت دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و متیسوز [۵] توسعه داده شده است. در مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی (self-regulatory executive function model) آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی-توجهی (syndrome cognitive-attentional) که با تمرکز بر خود بالا، بازبینی تهدید، پردازش نشخواری، فعال‌سازی باورهای مختل و استراتژی‌های خودتنظیمی مشخص می‌شود، مرتبط است. این مدل نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همسان با این دیدگاه، ارتباط مثبتی بین باورهای فراشناختی و شاخص‌های اختلال هیجانی به‌دست آمده است [۶ و ۷].

اختلال در تنظیم شناخت به عنوان عوامل تعدیل‌کننده نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی مورد بحث قرار گرفته است [۸]. منشأ چنین آشفتگی‌هایی ممکن است ماهیتاً ساختاری باشد و یا با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد [۹ و ۱۰]. چندین نظریه پرداز بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی به شناسایی و بررسی فراشناخت‌های بیماران سایکوتیک اقدام کرده‌اند. موریسون، هادوک و تاریر (Morrison, Haddock & Tarrier) [۱۱] بیان می‌کنند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول هذیان‌ها و توهمات نقش مهم و اساسی داشته باشند.

بنتال (Bental) بیان می‌کند که اسناد اشتباه رویدادهای شناختی درونی به یک منبع بیرونی می‌تواند سوگیری‌های پردازشی را تحت تأثیر قرار دهد و متضمن تصمیم‌گیری آگاهانه نیست [۱۲]. شواهدی وجود دارد که از نقش سوگیری‌های پردازشی در هذیان‌ها و توهمات حمایت می‌کند [۱۳]. باورهایی راجع به تجربه هذیانها و توهمات می‌تواند از نظر بالینی در حفظ و تداوم آنها مهم باشد [۱۴].

محققان بیان می‌کنند که توهمات شنوایی ممکن است متخذه افکار مزاحمی باشد که به طور اشتباه به یک منبع بیرونی نسبت داده شود، این فرآیند ممکن است تحت تأثیر باورهای فراشناختی باشد. باکر (Baker) و موریسون [۱۵] نشان دادند بیماران که هذیان‌ها و توهمات را تجربه می‌کنند نمرات بالاتری در باورهای فراشناختی کسب می‌نمایند. همچنین در این پژوهش بیماران دارای توهم در مقایسه با بیماران فاقد توهم و گروه کنترل غیر سایکوتیک نمرات بالاتری در دو مؤلفه باورهای فراشناختی (کنترل‌ناپذیری و باورهای مثبت در مورد نگرانی) داشتند. فریدمن و گارتی (Freedman & Garety) [۱۶] نشان دادند که افراد دارای هذیان‌های آسیب و گزند، فرانگرانی و کنترل افکار بیش‌تری دارند. لوبان، هادوک، کیندرمن و ولز (Lobban, Haddock, Kinderman & Wells) [۱۷] در پژوهشی به‌دست آوردند که بیماران اسکیزوفرنی دارای توهم و فاقد توهم در مقایسه با بیماران اضطرابی و گروه غیربیمار، باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. بیماران

توهمات را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پیش‌بینی می‌کند.

با توجه به محدودیت‌های مطالعات قبلی و وجود سؤالات بررسی نشده مشخص، این پژوهش سؤالات زیر را مورد بررسی قرار می‌دهد: آیا باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی در بیماران با و بدون هذیان و توهم رابطه دارد؟ کدام‌یک از مؤلفه‌های فراشناختی، نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی را در بیماران با و بدون هذیان و توهم پیش‌بینی می‌کنند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. در این پژوهش مؤلفه‌های فراشناختی به عنوان متغیرهای پیش بین و نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی به عنوان متغیرهای ملاک در نظر گرفته شدند.

آزمودنی‌ها

نمونه این پژوهش شامل ۱۲۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان بود که به علت داشتن نشانه‌های عمده اسکیزوفرنی در چهار ماهه اول سال ۱۳۸۴ برای درمان به صورت سرپایی و یا بستری به مجموعه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کرده‌اند. آزمودنی‌های نمونه پژوهش تا حد امکان با توجه به محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ و تحصیلات (حدافل دبیرستان) انتخاب شدند. در این پژوهش جنسیت و تاهل در انتخاب نمونه مورد توجه نبوده است. چون آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی به صورت موردی از یک مرکز درمانی بوده، نمونه پژوهش بر اساس امکان دسترسی به بیمار انتخاب شدند.

این بیماران در چهار گروه به شرح زیر می‌باشند: ۲۸ بیمار اسکیزوفرنی دارای هذیان (۱۹ مرد و ۹ زن)، ۳۳ بیمار اسکیزوفرنی دارای توهم (۲۳ مرد و ۱۰ زن)، ۳۶ بیمار اسکیزوفرنی دارای هذیان-توهم (۲۴ مرد و ۱۲ زن) و ۳۰ بیمار اسکیزوفرنی بدون هذیان-توهم (۲۱ مرد و ۹ زن). دامنه سنی بیماران ۱۸ تا ۳۰ سال با میانگین (و انحراف معیار) $\bar{x} = 24/10$ ($SD = 3/41$) می‌باشد.

دارای توهم و گروه کنترل اضطرابی اعتماد پایین‌تری در فرآیندهای شناختی در مقایسه با اسکیزوفرن‌های فاقد توهم و گروه کنترل بهنجار داشتند. موریسون و ولز [۱۸] در پژوهشی نشان دادند که بیماران سایکوتیک دارای توهمات شنوایی در مقایسه با بیماران دیگر، باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. هم‌چنین باورهای فراشناختی بیماران دارای هذیان و بیماران پانیک نسبت به افراد غیربیمار بیش‌تر مختل بود. لاریا و لیندن (Laria & Linden) [۱۹] با بررسی هذیان‌ها و توهمات در بیماران بالینی و غیربالینی نشان دادند که آمادگی برای توهم و هذیان با فراشناخت ارتباط مثبت معناداری دارد. موریسون، نوتارد، بوو (Nothard & Bowe) و ولز [۲۰] در پژوهشی دریافتند که بیماران سایکوتیک دارای توهمات شنوایی تفسیرهای مثبت و منفی بیش‌تری از صداها در مقایسه با افراد غیربیمار دارند. آزمودنی‌های مستعد توهم و هذیان در مقایسه با افراد غیرمستعد، در مؤلفه‌های فراشناختی نمرات بالاتری داشتند. هم‌چنین باورهای مثبت و منفی، پیش‌بینی‌کننده‌های بسیار خوبی جهت آمادگی برای توهمات و هذیان‌ها بودند. کانگاس، اراستی، آوارز و رویز (Cangas, Errasti, Alvarez & Ruiz) [۲۱] در مطالعه‌ای بر روی ۸۱ دانشجوی بدین نتیجه رسیدند که باورهای منفی در مورد کنترل‌پذیری افکار و اعتماد شناختی با توهم رابطه معناداری دارند. انگار و گاف (Ongur & Goff) [۲۲] در پژوهشی به‌دست آوردند که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی رابطه دارد. موتز، آوارس و کانگاس (Monets, Alvarez & Cangas) [۲۳] در پژوهشی بر روی بیماران نشان دادند که نمرات باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر در بیماران اسکیزوفرنی دارای توهم و فاقد توهم و بیماران وسواسی از گروه غیربیمار به‌طور معناداری کم‌تر بود.

فقدان اعتماد شناختی در گروه‌های دارای توهم، وسواس و گروه کنترل بالینی به‌طور معناداری بالاتر از گروه غیربالینی بود. باورهای مسئولیت‌پذیری در گروه فاقد توهم و گروه وسواس از گروه‌های کنترل بالینی و غیربالینی به‌طور معناداری بالاتر بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عوامل فراشناختی آمادگی برای

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات و تأهل آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	هذیان		توهم		هذیان-توهم		بدون هذیان توهم		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جنسیت	مرد	۱۹	۶۷/۹	۲۳	۶۹/۷	۲۴	۶۶/۷	۲۱	۷۰
	زن	۹	۳۲/۱	۱۰	۳۰/۳	۱۲	۳۳/۳	۹	۳۰
تحصیلات	دبیرستانی	۱۶	۵۷/۲	۱۹	۵۷/۶	۲۳	۶۳/۹	۱۶	۵۳/۳
	دیپلم	۸	۲۸/۶	۱۱	۳۳/۳	۱۱	۳۰/۵	۱۱	۳۶/۷
	فوق دیپلم	۲	۷/۱	۲	۶/۱	۱	۲/۸	۳	۱۰
	لیسانس	۲	۷/۱	۱	۳	۱	۲/۸	۰	۰
تاهل	مجرد	۱۵	۵۳/۶	۱۸	۵۴/۶	۲۰	۵۵/۶	۱۷	۵۶/۷
	متاهل	۹	۳۲/۱	۱۳	۳۹/۴	۱۲	۳۳/۳	۱۰	۳۳/۳
	مطلقه	۴	۱۴/۳	۲	۶	۴	۱۱/۱	۳	۱۰

۷۶ نفر (۵۲ مرد و ۲۴ زن) از بیماران تحصیلات دبیرستانی و دیپلم ردی، ۳۹ نفر (۲۶ مرد و ۱۳ زن) دیپلم، ۸ نفر (۶ مرد و ۲ زن) فوق دیپلم و ۴ نفر (۳ مرد و ۱ زن) لیسانس داشتند. ۷۲ نفر (۴۹ مرد و ۲۳ زن) از بیماران مجرد، ۴۲ نفر (۲۹ مرد و ۱۳ زن) متاهل و ۱۳ نفر (۹ مرد و ۴ زن) مطلقه بودند. توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌های چهار گروه در جدول شماره ۱ آمده است.

ابزارها
در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- مصاحبه بالینی سازمان یافته: با توجه به تشخیص روان‌پزشک، مصاحبه بالینی سازمان یافته براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-R استفاده شد. این مصاحبه به منظور اطمینان از تشخیص روان‌پزشک و بررسی وجود یا فقدان هذیان و توهم انجام گردیده است.

۲- پرسشنامه فراشناخت: فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (Metacognition Questionnaire) به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد.

۳- مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی: مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی برای اسکیزوفرنی (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia) ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت پنج گزینه‌ای پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی آندریاسن (Andriassen) ۰/۵۸ می‌باشد [۲۵]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی و نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی

متغیر	گروه دارای هذیان		گروه دارای توهم		گروه بدون هذیان- توهم	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
اعتماد شناختی	۱۴/۵۷	۵/۴۷	۱۲/۷۸	۳/۹۳	۱۲/۰۱	۳/۵۸
باورهای مثبت نگرانی	۱۴/۷۱	۵/۷۳	۱۲/۳۳	۴/۵۳	۱۰/۶۰	۵/۵۹
خودآگاهی شناختی	۲۰/۷۱	۲/۵۴	۲۰/۲۲	۲/۶۱	۱۶/۲۰	۵/۱۶
باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری فکر و خطر	۱۴/۷۳	۵/۸۸	۱۸/۷۸	۴/۳۸	۱۵/۲۰	۶/۰۱
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	۱۸/۴۳	۴/۹۵	۱۶/۲۲	۲/۹۱	۱۵/۰۱	۳/۲۱
باورهای فراشناختی	۸۱/۳۳	۲۱/۵۲	۸۳/۱۴	۱۳/۲۶	۶۹/۰۱	۱۵/۸۲
نشانه‌های مثبت	۱۱/۴۲	۲/۲۳	۱۲/۳۶	۴/۳۵	۷/۲۰	۱/۶۹
نشانه‌های منفی	۴/۱۸	۱/۴۷	۶/۰۸	۱/۹۵	۳/۳۰	۱/۲۴

روش اجرا

فراشناخت توسط هر بیمار به صورت انفرادی و مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی توسط روانشناس بالینی تکمیل گردید. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیری و تحلیل واریانس یک متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

جهت انتخاب آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی در طول مدت چهارماه به درمانگاه و بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه شد. تشخیص اسکیزوفرنی از طریق روان‌پزشک و مصاحبه بالینی روان‌شناس با بیمار صورت گرفت. وجود یا فقدان توهم‌ها و هذیان‌ها در بیماران بررسی شد. سپس پرسشنامه

جدول ۳: ضریب همبستگی باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی

متغیر	گروه با هذیان		گروه با توهم		گروه بدون هذیان- توهم	
	نشانه مثبت	نشانه منفی	نشانه مثبت	نشانه منفی	نشانه مثبت	نشانه منفی
اعتماد شناختی	**۰/۴۶	۰/۳۰	**۰/۴۸	*۰/۴۳	*۰/۳۹	۰/۰۱
باورهای مثبت نگرانی	*۰/۳۹	۰/۲۴	**۰/۴۴	*۰/۳۶	**۰/۵۱	**۰/۵۳
خودآگاهی شناختی	**۰/۵۱	۰/۲۴	**۰/۶۲	۰/۰۷	۰/۲۵	۰/۳۱
باورهایی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار	**۰/۵۲	۰/۲۹	**۰/۴۵	*۰/۳۸	**۰/۴۱	**۰/۴۱
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	**۰/۵۱	*۰/۳۸	**۰/۶۱	**۰/۵۱	۰/۱۴	۰/۱۰
باورهای فراشناختی	**۰/۵۴	۰/۳۳	**۰/۷۵	**۰/۴۳	**۰/۵۱	**۰/۴۷

*p<۰/۰۵ ** p<۰/۰۱ *** p<۰/۰۰۱

جدول ۴: ضریب رگرسیون چند متغیری مولفه‌های فراشناختی با نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی با روش گام به گام

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش بین	شاخص	SS	df	MS	F (p)	MR	RS	B	t (P)
هذیان	نشانه‌های مثبت	باورهای منفی درمورد کنترل‌ناپذیری افکار	رگرسیون باقیمانده	۷۶/۸۴	۱	۷۶/۸۴	۹/۷۲ (۰/۰۰۱)	۰/۵۲۲	۰/۲۷۲	۰/۵۲	۳/۱۲
توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت درمورد نگرانی	رگرسیون باقیمانده	۳۶۸/۲۲	۱	۳۶۸/۲۲	۴۳/۶۹ (۰/۰۰۱)	۰/۷۶۵	۰/۵۸۵	۰/۷۷	۶/۶۱
هذیان- توهم	نشانه‌های مثبت	خودآگاهی شناختی	رگرسیون باقیمانده	۲۵۱/۲۹	۱	۲۵۱/۲۹	۲۰/۸۷ (۰/۰۰۱)	۰/۶۱۷	۰/۳۸۰	۰/۶۲	۴/۵۷
		باورهایی درمورد نیاز به افکار کنترل	رگرسیون باقیمانده	۴۰۶/۵۲	۲	۲۰۳/۲۶	۲۶/۳۸ (۰/۰۰۱)	۰/۷۸۴	۰/۶۱۵	۰/۵۰	۴/۴۹
		باورهای مثبت در مورد نگرانی	رگرسیون باقیمانده	۴۴۴/۹۵	۳	۱۴۸/۳۲	۲۱/۹۹ (۰/۰۰۱)	۰/۸۲۱	۰/۶۷۳	۰/۲۵	۲/۳۹
بدون هذیان- توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت در مورد نگرانی	رگرسیون باقیمانده	۲۳/۳۰	۱	۲۳/۳۰	۱۰/۹۷ (۰/۰۰۱)	۰/۵۳۱	۰/۲۸۱	۰/۵۳	۳/۳۱

نتایج

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی در بیماران دارای هذیان- توهم نسبت به سایر گروه‌ها بیش‌تر است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی در بیماران دارای هذیان ($r=0/54$)، توهم ($r=0/62$)، هذیان- توهم ($r=0/75$) و بیماران بدون هذیان- توهم ($r=0/47$) رابطه دارد ($p<0/01$) که این رابطه در بیماران دارای هذیان-توهم نسبت به سه گروه دیگر قوی‌تر است.

هم‌چنین باورهای فراشناختی با نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی بیماران دارای توهم ($r=0/43$) و هذیان- توهم ($r=0/51$) رابطه دارد ($p<0/01$). در بیماران دارای هذیان ($r=0/33$) و بدون هذیان- توهم این رابطه معنادار نبود ($r=0/16$).

در جدول شماره ۴ نتایج ضریب رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های فراشناخت بهترین متغیر(های) پیش بین برای نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی در بیماران دارای هذیان باورهای

منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار ($R=0/272$)، در بیماران دارای توهم باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R=0/585$)، در بیماران دارای هذیان-توهم به ترتیب خودآگاهی شناختی ($R=0/380$)، باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل ($R=0/615$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R=0/673$) و در بیماران بدون هذیان- توهم باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R=0/281$) می‌باشد.

در جدول شماره ۵ آزمون ضریب رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های فراشناخت بهترین متغیر(های) پیش‌بینی برای نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی در بیماران دارای هذیان ($R=0/145$) و توهم ($R=0/265$) باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و در بیماران دارای هذیان-توهم به ترتیب باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R=0/261$) و اعتماد شناختی ($R=0/353$) می‌باشد.

در بیماران بدون هذیان-توهم هیچ‌کدام از مؤلفه‌های فراشناختی نشانه‌های منفی را پیش‌بینی نکردند.

جدول ۵: ضریب رگرسیون چند متغیری مولفه‌های فراشناختی با نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی با روش گام به گام

گروه	متغیر ملاک	متغیر پیش بین	شاخص	SS	df	MS	F (p)	MR	RS	B	T (P)
هذیان	نشانه‌های منفی	باورهای در مورد نیاز به افکار کنترل	رگرسیون	۸/۴۵	۱	۸/۴۵	۴/۴۳	۰/۳۸۱	۰/۱۴۵	۰/۳۸	۲/۱۰
				۴۹/۶۵	۲۶	۱/۹۱	(۰/۰۰۱)	۰/۰۵			
توهم	نشانه‌های منفی	باورهای در مورد نیاز به افکار کنترل	رگرسیون	۴۲/۶	۱	۴۲/۰۶	۱۱/۱۷	۰/۵۱۵	۰/۲۶۵	۰/۵۲	۳/۳۴
				۱۱۶/۶۷	۳۱	۳/۷۸	(/۰۰۱)	۰/۰۱			
هذیان- توهم	نشانه‌های منفی	باورهای مثبت در مورد نگرانی اعتماد شناختی	رگرسیون	۳۴/۶۷	۱	۳۴/۶۷	۱۲/۰۲	۰/۵۱۱	۰/۲۶۱	۰/۵۱	۳/۴۷
				۹۸/۰۸	۳۴	۲/۸۹	(/۰۰۱)	۰/۰۱			
				۴۶/۹۱	۲	۲۳/۴۵	۹/۰۲	۰/۵۹۴	۰/۳۱	۲/۱۷	
				۸۵/۸۴	۳۳	۲/۶۰	(/۰۰۱)	۰/۰۴			۰/۰۴

هم‌چنین آزمون LSD نشان داد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نشانه‌های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان- توهم در مقایسه با سه گروه دیگر به طور معناداری بیش‌تر است. همچنین میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نشانه‌های منفی بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان در مقایسه با دو گروه دارای توهم و بدون هذیان- توهم به طور معناداری بیش‌تر است ($p < 0/001$).

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیری نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی [$p = 0/01$ و $(123 و 3) df$ ، $F = 3/74$ ، نشانه‌های مثبت [$p < 0/01$ و $(123 و 3) df$ ، $F = 11/63$ و نشانه‌های منفی [$p < 0/01$ و $(123 و 3) df$ ، $F = 14/23$ در چهار گروه بیماران اسکیزوفرنی (دارای هذیان، توهم، هذیان-توهم و بدون هذیان-توهم) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری بر روی باورهای فراشناختی، نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P
باورهای فراشناختی	بین گروهی	۳۶۱۹/۱۵	۳	۱۲۰۶/۵۰	۳/۷۴	۰/۰۱
	درون گروهی	۳۹۶۷۹/۶۷	۱۲۳	۳۲۲/۶۰		
	کل	۴۳۲۹۹/۱۸	۱۲۶			
نشانه‌های مثبت	بین گروهی	۴۶۹/۵۵	۳	۱۵۶/۵۲	۱۱/۶۳	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۶۵۵/۴۹	۱۲۳	۱۳/۴۶		
	کل	۲۱۲۵/۰۴	۱۲۶			
نشانه‌های منفی	بین گروهی	۱۳۶/۷۵	۳	۴۵/۵۸	۱۴/۲۳	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۳۹۳/۸۸	۱۲۳	۳/۲۰		
	کل	۵۳۰/۶۳	۱۲۶			

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی دارای هذیان و توهم ارتباط معناداری دارد. هرچند بین باورهای فراشناختی و نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی ارتباط وجود دارد اما این رابطه برحسب وجود یا فقدان هذیان و توهم فرق می‌کند. این همبستگی در بیماران دارای هذیان - توهم نسبت به سه گروه دیگر به‌طور معناداری قوی‌تر بود. هم‌چنین این همبستگی در بیماران دارای هذیان نسبت به بیماران دارای توهم و بدون هذیان - توهم بیش‌تر بود. نتایج این پژوهش با دیگر یافته‌های پژوهشی [۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳ و ۲۴] هماهنگی دارد. این پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی با هذیان‌ها و توهمات همبستگی معناداری دارند. در این پژوهش‌ها میزان باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان و توهم مختل‌تر گزارش شده است. این نتیجه ممکن است از این بیان حمایت کند که هذیان‌ها و توهمات با فرایند متمرکز بر خود مرتبط می‌باشند. هم‌چنین این نتایج به‌طور بالقوه با مدل کنش اجرایی خودتنظیمی مرتبط است. طبق این مدل افراد دارای خودتمرکزی بالا آسیب‌پذیری بیش‌تری نسبت به اختلالات دیگر روان‌شناختی دارند.

این نتایج نیز با این بیان بنتال [۱۲] که نقش این باورها و انتظارات ممکن است در شکل‌گیری هذیان‌ها و توهمات مهم باشند، هم‌خوان است. اگر باورهای فراشناختی بر هذیان‌ها و توهمات تأثیر بگذارند این امکان وجود دارد که تنش‌های رفتاری و شناختی در چالش‌انگیزی آن باورهای فراشناختی هدف‌گذاری شوند و به کاهش وقوع چنین هذیان‌ها و توهمات کمک کنند.

هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که به ترتیب خودآگاهی شناختی، باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و باورهای مثبت در مورد نگرانی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فراشناختی هستند که نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی را در بیماران دارای هذیان-توهم مورد پیش‌بینی قرار می‌دهند. در صورتی که مؤلفه باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار در بیماران دارای هذیان و مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی در بیماران دارای توهم و بیماران بدون هذیان - توهم نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی را پیش‌بینی

می‌کنند. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر [۱۹] هماهنگی دارد. این نتیجه حاکی از ارتباط ناهمخوانی شناختی با هذیان‌ها و توهمات در بیماران اسکیزوفرنی است.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که نشانه‌های مثبت در بیماران اسکیزوفرنی به عنوان افکار، تصورات یا تکانه‌های تکراری می‌باشند که غیرقابل پذیرش و ناخواسته هستند. برخی مطالعات تشابهاتی در شکل و محتوای بین افکار مزاحم از یک سو، و توهمات و هذیان‌ها از سوی دیگر به‌دست آورده‌اند. برای مثال افکار، تصورات یا تکانه‌های تکراری هر سه با هم تجربه می‌شوند و معمولاً با آشفتگی روانی و ذهنی همراه هستند، غیرقابل کنترل‌اند و ممکن است موجب افزایش مسائلی بیرونی مانند استرس و رویدادهای زندگی شوند. این ویژگی‌ها مشخص‌ترین افکار مزاحمی هستند که به‌طور بالقوه‌ای در تبیین نشانه‌های مثبت (مانند هذیان‌ها و توهمات) سودمند و مؤثر می‌باشند. به‌طور اختصاصی‌تر افکار مزاحم ممکن است با هذیان‌ها و توهمات از جمله با انتشار فکر، کناره‌گیری فکر، تزریق فکر یا هذیان‌های کنترل مرتبط باشند. از این‌رو تا زمانی که هذیان‌ها به عنوان اشکالی از افکار مزاحم در نظر گرفته شوند ممکن است مسئول مکانیزم‌های مشابه توهمات باشند [۹]. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی مختل زمینه آسیب‌شدید شناختی و ادراکی را در بیماران مهیا می‌سازد، لذا در درمان این بیماران توجه به اصلاح فراشناخت کمک‌کننده و اساسی است. این نتایج بیانگر اهمیت عوامل فراشناختی در تبیین تجربیات توهمی و هذیانی بیماران اسکیزوفرنی است. هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی دارای هذیان و توهم ارتباط معناداری دارد. به علاوه همبستگی باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت قوی‌تر می‌باشد. با توجه به نتایج فوق به‌نظر می‌رسد که نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی به یکدیگر مربوط نیستند و بیانگر فرایندهای متفاوتی می‌باشند که ممکن است به‌طور هم‌زمان رخ دهند [۴]. به‌نظر می‌رسد که بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان و توهم اشکال مشابهی در تفسیر افکارشان داشته باشند.

مدل ولز و متیوز [5] فراهم کند. با توجه به این که کنترل دقیقی در مورد همتا کردن آزمودنی‌ها بر اساس سن، جنسیت و تحصیلات، نوع درمان و طول درمان صورت نگرفته است، احتمال دارد نتایج پژوهش تحت تاثیر این متغیرها قرار گیرد. لذا ممکن است نتایج پژوهش را تا حدودی با دشواری و محدودیت مواجه سازد.

تشکر و قدردانی

از زحمات و مساعدت‌های مسئولین مجموعه روان‌پزشکی و علوم رفتاری بیمارستان امام حسین (ع) به ویژه آقای چنگیز ایرانپور روان‌شناس آن مرکز تشکر و قدردانی می‌گردد.

نتایج نیز نشان داد که مؤلفه باورهای در مورد نیاز به افکار کنترل در بیماران دارای هذیان و توهم و مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی در بیماران دارای هذیان- توهم به عنوان بهترین پیش‌بینی کننده‌های نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی می‌باشند. با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد که احتمالاً باورهای شناختی مختل نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی را نسبت به نشانه‌های منفی بهتر مورد پیش‌بینی قرار می‌دهند.

نتایج این مطالعه حمایت بیشتری برای مدل کنش اجرایی خود تنظیمی از اختلالات روان شناختی فراهم می‌کند و این نتایج بیانگر کاربرد مفاهیم فراشناختی در ایجاد و تحول هذیان‌ها و توهمات در بیماران اسکیزوفرنی می‌باشد. این نتایج نیز می‌تواند شواهدی برای حمایت از

منابع

1. کاپلان، هارلود؛ سادوک، بنیامین و گروپ، جک (۱۳۷۵) خلاصه روان‌پزشکی، پور افکاری، نصرت الله. تهران: انتشارات شهر آب.
2. ساراسون، ایروین- جی. و ساراسون، باربارا- آر. (۱۳۷۴). روانشناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاریان و محمدعلی اصغری مقدم. تهران: انتشارات رشد.
3. Hinton, M. Pithers, W. (1991). Selective attention and levels of coding in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*. VOL 30: PP.139-149.
4. Flavell, J.H. & Miller P. (1998) Social cognition. In W. Doman(Series Ed.) & D. Kuhn & R. Siegler(Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition. Perception, and language*(5th ed.,pp. 951-898). New York: Wiley.
5. Wells, A. & Morrison, A.P. (1994) Qualitative dimension of normal worry and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. VOL 32: PP. 867-870.
6. Certwight- Hatton, S. & Wells, A. (1997) Beliefs about worry and intrusions. *Journal of Anxiety Disorders*., VOL 8: PP.279- 296.
7. Wells, A. & papageorgious, C. (1998) Relationships between worry, obsessive- Compulsive Symptoms and meta- cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. VOL 36: PP. 899- 913
8. Morrison, A.P. (1998) A cognitive analysis of auditory hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. VOL 26: PP. 289- 302.
9. Wells, A. & Matthews, G. (1996) Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*. VOL 34: PP.881- 888.
10. Wells, A. (2000) *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK: Wiley. *Therapy*. VOL 32: PP. 867- 870.
11. Morrison, A.P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995) Intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherap*. VOL 23: PP. 265- 280.
12. Bentall, R.P. (1990) The syndromes and symptoms of psychosis: In R. P. Bentall(Ed). *Reconstructing Schizophrenia*. London: Routledge
13. Jakes, S. & Hemsley, D.R. (1986) Individual differences in reaction to brief exposure to unpatterned stimulation. *Person- individ- Diff*. VOL 7: PP. 121-123.
14. Chadwick, P. & Birchwood, M. (1994) The omnipotence of voices. *British Journal of Psychiatry*. VOL 164: PP. 190- 201.
15. Baker C. & Morrison, A.P. (1998) Cognitive Processes in auditory hallucinations. *Psychological Medicine*. VOL 28: PP.119- 128
16. Freedman, D. & Garety, P. (1999) Worry, Worry, Processes and dimensions of delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. VOL 27: PP. 47- 62.
17. Lobban, F., Haddock E., Kinderman, p. & Wells, A. (2002) The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and individual Differences*. VOL 32: PP. 1351- 1363.
18. Morrison, A.P. & Wells, A. (2003) A comparison of metacognitions in patient with hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*. VOL 41: PP. 251- 256.
19. Laria, F. & Linden, M. (2005) Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*; 43:1425-1441.
20. Morrison AP. Nothard S. Bove SE. wells A. (2004) Interpretions of voices in patients with hallucinations and non- patient controls. *Behaviour Research and Therapy*. VOL 42: PP. 1315- 23.

- disorder. Behaviour Research and Therap. VOL 44: PP. 1091-1104.
24. Wells, A. Certwright- Hatton S. (2004) A short form of metacognitions puestionnaire. Behaviour Research and Therapy. VOL 42:PP. 385- 396.
25. Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (1986) The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia , Scizohprenia Bull. VOL 13: PP. 261-76.
21. Congas, A.J., Errasti, J.M., Alvarez, M. & Ruiz, R. (2006) Metacognitive factors and alterations related to predispositon to hallucination. Personality and individual Differenses. VOL 40: PP. 487- 496.
22. Ongur, D. & Goff, D.C. (2005). Obsessive-compulsion symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research. VOL 75: PP. 349-362.
23. Monets, J. & Alvarez, M. (2006) metacognitons in patients with hallucinationa and obsessive-compulsive

