

مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار^۱

عباس ابوالقاسمی (PhD)*، آذر کیامرثی (MSc)**، جنکیز ایرانپور (MSc)***

* - استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

** - مربی گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد اردبیل

*** - کارشناس امور روانی بیمارستان، بیمارستان امام حسین (ع) تهران

چکیده

- زمینه و هدف: نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روانشناختی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و میتوز توسعه یافته است. هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار می باشد.
- مواد و روشها: با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۸۰ بیمار (۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر) و از بین افراد مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی روانپزشکی دانشگاهی تهران ۴۰ نفر بهنجار به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. باورهای فراشناختی آزمودنی ها با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت Wells و اطلاعات خام به وسیله نرم افزار SPSS و اجرای آزمون ANOVA انجام شد.
- یافته ها: بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و گروه بهنجار، تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=37/44$ ، $P<0/001$) که میانگین نمرات باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی نسبت به اختلال اضطراب منتشر و آزمودنی های بهنجار، و بیماران دارای اختلال اضطراب منتشر نسبت به بهنجار به طور معنی داری بیشتر است ($P<0/01$).
- نتیجه گیری: این نتایج با یافته های تحقیقی دیگر همخوانی داشته و بر باورهای فراشناختی در درمان های روانشناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال اضطراب منتشر تاکید دارد.
- کلید واژه ها: باورهای فراشناختی، اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر

وصول مقاله: ۸۴/۹/۱۶ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۱/۱۰

نویسنده مسئول: اردبیل، انتهای خیابان دانشگاه محقق اردبیلی، معاونت پژوهشی دانشگاه - صندوق پستی ۱۷۹

تلفن: ۰۴۵۱-۵۵۱۰۱۳۵-۵۵۱۲۸۰۱ همراه: ۰۹۱۳۴۵۴۹۶۰۴

Email: anahid_1385@yahoo.com

● مقدمه

نقش مهم و اساسی داشته باشند (۴). ولز و کارتر طی تحقیقی بیان کردند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، باورهای فراشناختی و فرانتگرانی مختل‌تری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، فوبیای اجتماعی، اختلال پانیک و گروه بهنجار دارند. باکر و موریسون نیز در پژوهشی اظهار کردند، بیماران که توهم را تجربه می‌کردند در مقایسه با بیماران فاقد توهم و گروه کنترل غیر سایکوتیک، نمرات بالاتری را در باورهای فراشناختی به ویژه در مؤلفه‌های کنترل ناپذیری و باورهای مثبت در مورد نگرانی داشتند (۶). تحقیقات لوبان، هدوک، کیندرمن و ولز نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران اضطرابی و گروه بهنجار باورهای فراشناختی نامناسب‌تری داشتند. بیماران دارای توهم و گروه کنترل اضطرابی، اعتماد شناختی پایین‌تری در مقایسه با اسکیزوفرن‌های فاقد توهم و گروه کنترل بهنجار داشتند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که فراشناخت در تحول علایم بیماران سایکوتیک نقش مهمی دارد (۷). پژوهش موریسون و ولز نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی دارای توهم در مقایسه با بیماران پانیک، باورهای فراشناختی نامناسب‌تری دارند. همچنین باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان و بیماران پانیک نسبت به گروه بهنجار دارای اختلال بیشتری بود. بیماران اسکیزوفرنی مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، اعتماد شناختی و باورهای منفی مرتبط با خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری بیشتری داشتند (۸). لاریا و لیندن در پژوهشی نشان دادند که باورهای فراشناختی پیش بینی کننده‌های بسیار خوبی جهت آمادگی بر توهمات و هذیان‌ها می‌باشند (۹). مونتز، آلوارس و کانگاس با بررسی بیماران اسکیزوفرنی، اختلال وسواس و گروه‌های کنترل بالینی و غیر بالینی به

فراشناخت دانش یا فرآیند، شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. فراشناخت یکی از متغیرهای اساسی است که در جریان بیماری مختل می‌گردد و نقش عمده‌ای بر تحول و تشدید نشانه‌های بیماری‌های روانی دارد.

نقش باورهای فراشناختی (Meta-cognitive beliefs) در اختلالات روانشناختی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و متیوز توسعه یافته است (۱). در مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی، آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانشناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی توجهی که با تمرکز بر خود بسا، بازبینی تهدید، پردازش نشخواری، فعال سازی باورهای مختل و راهبردهای خود تنظیمی مشخص می‌شود، مرتبط است. این مدل، نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همسان با این دیدگاه، بین باورهای فراشناختی و اختلال هیجانی ارتباط معنی‌داری به دست آمده است (۲ و ۳).

باورهای فراشناختی، توهمات و هذیان‌های بیماران اسکیزوفرنی را به طور جدی تحت تاثیر قرار می‌دهد. در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماری‌های روانشناختی دیگر، باورهای فراشناختی بیشتر مختل می‌شود. همچنین باورهای فراشناختی در تداوم، تشخیص و درمان بیماران سایکوتیک اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد. این متغیر نیز نقش بسیار مهمی در اکتساب، حفظ و تداوم توهمات و هذیان‌های بیماران اسکیزوفرنی ایفا می‌کند (۱).

بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی چندین نظریه پرداز اقدام به شناسایی و بررسی فراشناخت‌های بیماران اسکیزوفرن کرده‌اند. موریسون، هدوک و تاریرر معتقدند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول توهمات و هذیان‌ها

منفی درصد بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند (۱۲).

در پژوهش‌های قبلی به نظر می‌رسد که مقایسه بین باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی و اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار کمتر بررسی شده است. با توجه به اهمیت نقش باورهای فراشناختی در تحول، تشخیص و درمان بیماری‌های روانی به ویژه اسکیزوفرنیا و اختلال اضطراب منتشر، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد به طور کلی در این پژوهش، فرض اساسی این بود که باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر دارای اختلال بیشتری است.

• مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پس رویدادی است که در آن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و گروه کنترل بهنجار مقایسه شدند. در این پژوهش متغیر مستقل ابتلا و عدم ابتلا به بیماری است که در سه سطح اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و بهنجار می‌باشد است. متغیرهای وابسته این پژوهش فراشناخت و مؤلفه‌های آن می‌باشند.

جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران اسکیزوفرنی و اختلال اضطراب منتشر مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان پزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و طالقانی شهر تهران در سال ۱۳۸۴ تشکیل می‌دهند. نمونه این پژوهش شامل ۸۰ بیمار (۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر) است که از بین افراد مراجعه کننده به درمانگاهها در روزهای فرد بر اساس ملاک‌های DSM-IV انتخاب شدند. همچنین ۴۰ نفر آزمودنی بهنجار به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. چون آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال اضطراب منتشر به صورت

این نتیجه رسیدند که عوامل فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران دیگر متفاوت می‌باشد. بیماران اسکیزوفرنی در دو مؤلفه باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر و کنترل افکار نمرات بالاتری داشتند. نتایج این پژوهش نیز حاکی است که باورهای فراشناختی مختل، نقش مهمی در باورهای خرافی و افکار جادویی بیماران اسکیزوفرنی دارد (۱۰).

مدل اختلال اضطراب منتشر توسط ولز تحول یافته است. ویژگی اصلی این مدل اختلال، نگرانی غیر قابل کنترل و تعمیم یافته می‌باشد. در این مدل، باورها ارزیابی‌ها و راهبردهای کنترلی، عوامل اصلی در تحول، حفظ و پایداری اختلال هستند. این مدل با تاکید بر نقش فراشناخت، نسبت به نقش باورهای ناسازگار در مورد جهان به عنوان یک محل خطرناک، از دیگر مدل‌های شناختی اختلال اضطراب منتشر متفاوت است. بنابراین، نگرانی صرفاً یک پیامد نشانه شناختی اضطراب نیست، بلکه یک سبک فعال و برانگیخته ارزیابی و مقابله با تهدید است که از باورهای شخص نشأت می‌گیرد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، نگرانی را به منظور مقابله با خطرات و تهدیدات مورد انتظار به کار می‌برند (۱۱).

به اعتقاد ولز و کارتر باورهای فراشناختی تاثیر مهمی در علائم اختلال اضطراب منتشر دارند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر باورهای مثبت انعطاف ناپذیری در مورد مزایای استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد رویارویی دارند؛ لذا نگرانی را به عنوان یک ابزار تولید راه‌حل‌های بالقوه و فاجعه آمیز انتخاب می‌کنند (۵). روسیویو و بورکوک در پژوهشی نشان دادند که آزمون‌های دارای اختلال اضطراب منتشر، کنترل کمتری روی افکار مزاحم منفی داشتند و بیش انگیزگی زیادتیری را در اثر نگرانی مرضی گزارش می‌کردند. همچنین باورهای

آمده است. بر اساس گزارش‌های به عمل آمده، ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیل برگر ($r = 0/53$) پرسشنامه نگرانی حالت پن ($r = 0/54$) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری- عملی پادو ($r = 0/49$) معنی دار می‌باشد (۱۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/88$ به دست آمد. روش اجرا: بعد از هماهنگی، پژوهشگر به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و طالقانی وابسته به دانشگاه شهید بهشتی تهران مراجعه و بیماران را با توجه به تشخیص روانپزشک انتخاب کرد.

ابتدا با یک مصاحبه بالینی از تشخیص قطعی اطمینان حاصل نمود. سپس در شرایط و مکان مناسب، پرسشنامه فراشناخت توسط بیماران به مدت تقریبی ۱۰ دقیقه تکمیل شد. آزمودنی‌های بهنجار نیز تا حد امکان در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۲ سال و تحصیلات بالای دبیرستان انتخاب شده و پرسشنامه پژوهش را تکمیل کردند. سرانجام داده‌های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک متغیری و آزمون چند مقایسه‌ای LSD استفاده شد.

• یافته‌ها

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی در آزمودنی‌های اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و بهنجار

بهنجار	اختلال اضطراب منتشر		اسکیزوفرنی		باورهای مثبت فراشناختی	
	SD	X	SD	X	SD	X
۳/۱۹	۹/۷۲	۴/۸۹	۱۱/۷۸	۴/۴۲	۱۴/۹۲	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۵/۲۹	۱۰/۹۲	۶/۳۱	۱۴/۴۵	۶/۵۰	۱۶	اعتماد شناختی
۲/۸۷	۱۲/۱۸	۴/۲۱	۱۶/۹۰	۲/۴۵	۲۲/۱۳	خودآگاهی شناختی
۲/۹۷	۱۲/۸۲	۲/۳۶	۲۰	۵/۵۶	۲۴/۴۵	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار
۲/۸۷	۱۱/۰۵	۴/۹۸	۱۷/۳۷	۴/۰۲	۱۷/۹۸	باورهای در مورد نیاز به افکار کنترل
۸/۹۴	۵۷/۱۹	۱۲/۵۷	۸۰/۸۰	۱۹/۳۲	۹۵/۱۸	کل

موردی از مراکز درمانی فوق بوده، نمونه پژوهش بر اساس امکان دسترسی به بیمار انتخاب شدند. آزمودنی‌ها تا حد امکان در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۲ سال و تحصیلات بالای دبیرستان انتخاب گردیدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران اسکیزوفرنی ($28/8 \pm 3/29$)، بیماران مضطرب ($27/89 \pm 4/89$) و آزمودنی‌های بهنجار ($28/56 \pm 4/3$) می‌باشد.

ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی سازمان یافته: با توجه به تشخیص روان پزشکی، مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV صورت پذیرفت. این مصاحبه برای اطمینان از تشخیص روانپزشک انجام گردیده است.

۲- پرسشنامه فراشناخت: فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (Meta cognition Questionnaire) توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم، تا حدودی موافق هستم، به طور متوسط موافق هستم و خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد، به این گزینه‌ها به ترتیب نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ تعلق می‌گیرد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مؤلفه دارد و هر مؤلفه ۶ آیتم دارد. این پنج مؤلفه، عبارتند از:

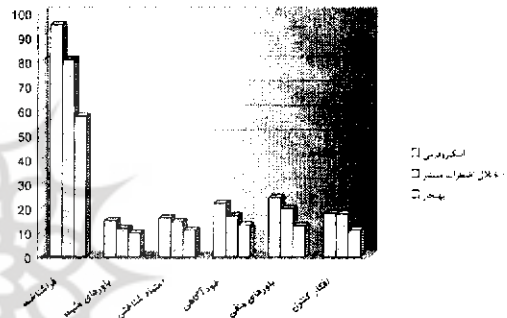
۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- اعتماد شناختی ۳- خودآگاهی شناختی ۴- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار ۵- باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از $0/72$ تا $0/93$ گزارش شده است. ضریب پایانی بازآزمایی (بعد از یک ماه) پرسشنامه فراشناخت $0/78$ به دست

اضطراب منتشر و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 37/44, P < 0/001$).

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مختلف با آزمون LSD

گروه بهنجار	گروه مضطرب		گروه	باورهای فراشناختی
	تفاضل میانگین	سطح معناداری		
۰/۰۱	۵/۲۰	۰/۰۵	۲/۱۵	اسکیزوفرنی
۰/۰۵	۲/۰۶	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۵	-۲/۰۶	بهنجار
۰/۰۱	۵/۰۸	۰/۰۵	-۲/۵۵	اسکیزوفرنی
۰/۰۱	۲/۵۲	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۱	-۳/۵۲	بهنجار
۰/۰۱	۸/۶۵	۰/۰۱	۵/۲۳	اسکیزوفرنی
۰/۰۱	۳/۷۲	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۱	-۳/۷۲	بهنجار
۰/۰۱	۱۱/۳۳	۰/۰۱	۷/۲۳	اسکیزوفرنی
۰/۰۱	۷/۱۸	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۱	۷/۱۸	بهنجار
۰/۰۱	۷/۶۲	۰/۰۱	۷/۸۶	اسکیزوفرنی
۰/۰۱	۷/۷۲	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۱	۷/۶۲	بهنجار
۰/۰۱	۳۷/۱۹	۰/۰۱	۱۱/۲۸	اسکیزوفرنی
۰/۰۱	۲۲/۱۱	-	-	اضطراب
-	-	۰/۰۱	-۲۲/۱۱	بهنجار

همانطور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب $X = 95/18$ ($SD = 19/32$)، $X = 80/80$ ($SD = 12/07$) و $X = 57/69$ ($SD = 8/94$) می‌باشد. نمودار زیر مقایسه میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن را در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار نشان می‌دهد.



نمودار (۱): میانگین نمرات باورهای فراشناختی در آزمودنی‌های اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و بهنجار

همچنین نتایج آزمون LSD نشان داد که میانگین نمرات هر یک از مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار بیماران «اسکیزوفرنی از اختلال اضطراب منتشر»، «اسکیزوفرنی از گروه بهنجار» و «اختلال اضطراب منتشر از گروه بهنجار» بیشتر است. نتایج نیز نشان داد که میانگین نمرات اعتماد شناختی بیماران «اسکیزوفرنی از گروه بهنجار» و «اختلال اضطراب منتشر از گروه بهنجار» بیشتر است ($P < 0/01$).

جدول (۲): خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری بر روی باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار

باورهای فراشناختی	منبع تغییرات	مجموع معادلات	درجه آزادی	میانگین معادلات	(P)
باورهای مثبت در مورد نگرانی	بین گروهی - درون گروهی کل	۵۳۷/۵۵ ۱۸۸۳/۱۷	۲ ۱۱۶	۲۶۸/۲۷۵ ۱۶۳/۱۶۱	۰/۰۰۱ (۰/۰۰۱)
اعتماد شناختی	بین گروهی - درون گروهی کل	۵۳۷/۵۵ ۳۰۱۰/۶۱	۲ ۱۱۶	۲۶۸/۲۷۵ ۲۵۹۵/۵۱	۰/۰۱ (۰/۰۰۱)
خودآگاهی شناختی	بین گروهی - درون گروهی کل	۱۵۵۵/۴۱ ۱۶۷۷/۶۸	۲ ۱۱۶	۷۷۷/۲۰۵ ۱۴۳۸/۳۴	۰/۰۱ (۰/۰۰۱)
باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار	بین گروهی - درون گروهی کل	۳۱۵/۵۵ ۱۸۸۳/۱۷	۲ ۱۱۶	۱۵۷/۷۷۵ ۱۶۳/۱۶۱	۰/۰۱ (۰/۰۰۱)
باورهای مثبت در مورد نیاز به افکار کنترل	بین گروهی - درون گروهی کل	۱۱۱۲/۳۶ ۱۸۵۰/۸۸	۲ ۱۱۶	۵۵۶/۱۸ ۱۶۳/۱۶۱	۰/۰۱ (۰/۰۰۱)
کل	بین گروهی - درون گروهی کل	۳۷۱۳/۳۴ ۱۴۰۳۷/۴	۲ ۱۱۶	۱۸۵۶/۶۷ ۱۶۳/۱۶۱	۰/۰۰۱ (۰/۰۰۱)

همانطور که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال

• بحث و نتیجه گیری

همان طور که مشاهده شد میانگین نمرات باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از اختلال اضطراب منتشر و آزمودنی‌های گروه بهنجار بیشتر بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) همخوانی دارد.

شناختی و ادراکی را در بیماران فراهم می‌سازد، لذا در درمان این بیماران توجه به اصلاح این باورها کمک کننده و اساسی است.

همچنین نتایج نشان داد که در مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، خودآگاهی شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار بیماران اسکیزوفرنی نمرات بالاتری را در مقایسه با بیماران دارای اختلال اضطراب منتشر و آزمودنی‌های غیر بیمار کسب کردند. در صورتی که بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلال اضطراب منتشر در مؤلفه‌های اعتماد شناختی و کنترل افکار تفاوت معنی داری به دست نیامد. این نتایج تا حدودی با یافته‌های پژوهشی دیگر متفاوت است (۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰). باکر و موریسون نشان دادند که بیماران سایکوتیک نمرات بالاتری در باورهای فراشناختی به ویژه در مؤلفه‌های کنترل ناپذیری و باورهای مثبت در مورد نگرانی دارند (۶). لوبان و همکاران در تحقیقات خود، اظهار کردند که بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران اضطرابی و گروه بهنجار باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. در اعتماد شناختی، تفاوت معنی داری بین دو گروه به دست نیامد (۷). موریسون و ولز در پژوهشی بیان کردند که باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی نسبت به گروه بهنجار اختلال بیشتری داشت. بیماران اسکیزوفرنی در مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، اعتماد شناختی و باورهای منفی مرتبط با خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری بیشتری داشتند (۸). لاریا و لیندن در پژوهشی نشان دادند که باورهای فراشناختی، پیش‌بینی کننده‌های بسیار خوبی جهت آمادگی برای توهمات و هذیان‌ها بودند (۹). مونتز، آلواس و کانگاس نشان دادند که عوامل فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه

یافته‌های پژوهشی موریسون و همکاران (۴)، ولز و همکاران (۱۱)، باکر و همکاران (۶)، لوبان و همکاران (۷)، موریسون و همکاران (۸)، لاریا و همکاران (۹) و مونتز و همکاران (۱۰) حاکی است که باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با سایر بیماری‌های روانی و افراد بهنجار بیشتر مختل است. این نتایج بیان می‌کند که نقش این باورها و انتظارات ممکن است در شکل‌گیری هذیان‌ها و توهمات مهم باشند. چنانچه باورهای فراشناختی بر هذیان‌ها و توهمات تأثیر بگذارند، این امکان وجود دارد که تنش‌های رفتاری شناختی در چالش‌انگیزی آن باورهای فراشناختی هدف‌گذاری شوند و به کاهش وقوع چنین هذیان‌ها و توهمات کمک کنند.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که نشانه‌های مثبت در بیماران اسکیزوفرنی به عنوان افکار، تصورات یا تکانه‌های تکراری می‌باشند که غیر قابل پذیرش و ناخواسته هستند. برخی مطالعات تشابهاتی در شکل و محتوای بین افکار مزاحم از یک سو، و توهمات و هذیان‌ها از سوی دیگر به دست آورده‌اند. برای مثال افکار، تصورات یا تکانه‌های تکراری هر سه با هم تجربه می‌شوند و معمولاً با آشفتگی روانی و ذهنی همراه هستند. غیر قابل کنترل هستند و ممکن است موجب افزایش مسائل بیرونی مانند استرس و رویدادهای زندگی شوند. این ویژگی‌ها، مشخص‌ترین افکار مزاحمی هستند که به طور بالقوه در تبیین نشانه‌های مثبت (مانند هذیان‌ها و توهمات) سودمند و مؤثر می‌باشند. به طور اختصاصی‌تر، افکار مزاحم ممکن است با هذیان‌ها و توهمات مرتبط باشند. بنابراین تا زمانی که هذیان‌ها به عنوان اشکالی از افکار مزاحم در نظر گرفته شوند، ممکن است مسئول مکانیزم‌های مشابه توهمات باشند. همچنین نتایج، حاکی است که باورهای فراشناختی مختل زمینه آسیب شدید

با بیماران دیگر متفاوت می‌باشد. بیماران اسکیزوفرنی در دو مؤلفه باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر و کنترل افکار، نمرات بالاتری داشتند (۱۰).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی بیماران اختلال اضطراب منتشر نسبت به افراد بهنجار دارای اختلال بیشتری است. بیماران دارای اختلال اضطراب منتشر نیز در تمام مؤلفه‌های باورهای فراشناختی، نمرات بالاتری را در مقایسه با گروه بهنجار به دست آوردند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که فراشناخت‌ها، عواملی زیر بنایی هستند که در تحول و پایداری پریشانی روان شناختی درگیر هستند و می‌توانند شواهدی در حمایت از مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی باشند. این تحقیق با پژوهش‌های انجام شده در مورد اختلالات روان شناختی نظیر نگرانی مرضی و اختلال اضطراب منتشر (۵ و ۱۲)، اختلال وسواس (۳)، خود بیمار انگاری (۱۴) و اختلال استرس پس از ضربه (۱۵) هماهنگ است. ولز و کارتر نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی باورهای فراشناختی مختل‌تری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب

منتشر، فویای اجتماعی و اختلال پانیک دارند (۵). این نتایج بیانگر روابط علمی بین عوامل فراشناختی و آشفتگی روانشناختی می‌باشد. در مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی، سندرم توجهی- شناختی به پریشانی هیجانی یاری می‌رساند. این افکار منفی تکراری به شکل نشخوار یا نگرانی به عنوان راهبردهای مقابله‌ای دارای اثرات زیان بخش، منجر به تداوم اختلالات هیجانی می‌شوند. هر چه شدت اضطراب بالاتر می‌رود، مکانهیزم‌های فراشناختی خاصی مانند درگیری توجهی، ویژگی‌های انگیزشی و ارزیابی‌های فراشناختی مرتبط با پریشانی هیجانی، بیشتر مورد استفاده بیمار قرار می‌گیرند.

همچنین این نتایج نشان می‌دهد که فراشناخت‌ها عوامل مهم و اساسی در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب منتشر می‌باشند که در تحول و پایداری این اختلالات نقش مهمی دارند و این نتایج می‌تواند شواهدی برای حمایت از مدل ولز در مورد اختلال اضطراب منتشر فراهم کند.

محدود بودن نمونه پژوهش به دو بیمارستان در تهران، عدم توجه به جنسیت و متغیر بودن طول درمان در بیماران از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا در تعمیم پذیری نتایج بایستی احتیاط کرد.

• منابع

- 1- Wells A, Matthews G. Modeling cognitive in emotional. Behavior Research and Therapy 1996; 34: 881- 888.
- 2- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusion: The Met cognitions Questionnaire. Journal of Anxiety Disorder 1997; 11: 279-315.
- 3- Wells A, papageorgious C. Relationships between worry, obsessive- Compulsive Symptomsead Meta-cognitive beliefs. Behavior Research and Therapy 1998; 36: 899- 913.
- 4- Morrison A, Haddock G, TARRIER N. Intrusive thoughts and ausitory hallucinations. Behavioral and Cognitive Psychotherapy 1995; 23: 265- 280.
- 5- Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD and PD. Behavior Therapy 2001; 34: 881- 888.
- 6- Baker C, Morrison AP. Cognitive Processes in auditory hallucinations. Psychological Medicine 1998; 28:119- 128.
- 7- Lobban F, Haddock E, Kinderman, Wells A. The role of Meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. Personality and individual Differences 2002; 32: 1351- 1363.

- 8- Morrison AP, Wells A. A comparison of met cognitions in patent witty hallucinations and delusions. Behavior Research and Therapy 2003; 41: 251- 256.
- 9- Laroï F, Linden M. Met cognitions in proneness towards hallucinations and delusions. Behavior Research and Therapy 2005; 43:1425-1441.
- 10- Monets, J., & Alvarez, M. Metacognitons in patients with hallucination and obsessive-compulsive disorder. Behavior Research and Therapy 2006; 44:1091-1104.
- 11- Wells A. Emotional disorders and metacognition. Chichester, UK: Wiley. Therapy 2000; 32: 867- 870.
- 12- Ruscio AM, Borkovec TD. Experience and appraisal of worry among high worriers with and without GAD. Behavior Research and Therapy 2003; 42:1469-1482.
- 13- Wells A, Cartwright- Hatton SA. Short form of met cognitions questionnaire. Behavior Research and Therapy 2004; 42: 385- 396.
- 14- Bouman TK, Meijer KJ. A preliminary study of worry and met cognitions in hypochondria sis. Clinical Psychology and Psychotherapy 1999; 6: 96-101.
- 15- Holeva V, Tarrrier NT, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. Behavior Therapy 2001; 32: 65-83.

