

## مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسرده و گروه بهنجار

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۲

سیده زهرا ساداتی\*

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای فراشناختی در ۳ گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال افسردگی و افراد بهنجار انجام گرفت.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۹۰ آزمودنی (۳۰ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، ۳۰ نفر اختلال افسردگی و ۳۰ نفر گروه بهنجار از هر گروه ۱۵ مرد و ۱۵ زن) تشکیل دادند. دو گروه بیماران شرکت کننده در این پژوهش از بین بیماران بستری در مرکز روان‌پزشکی «روزبه تهران» و «زارع ساری» در سال ۱۳۸۸، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آنها توسط یک روان‌پزشک و دو دستیار و یک روان‌شناس بالینی مصاحبه و تشخیص داده شده بودند. همچنین افراد بهنجار به روش تصادفی انتخاب شدند. پس از تشخیص روان‌پزشک، هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه فراشناخت فرم بلند ارزیابی شدند و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و گروه بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خودآگاهی شناختی در بین بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به بیماران افسرده و آزمودنیهای بهنجار بیشتر می‌باشد. همچنین نمرات باورهای فراشناختی بیماران دارای اختلال افسردگی نسبت به گروه بهنجار به طور معناداری بیشتر به دست آمده است.

**نتیجه‌گیری:** افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی در پرسشنامه فراشناخت در مقایسه با گروه بهنجار میانگین نمرات بیشتری را کسب کردند. بیماران اسکیزوفرنی نسبت به سایر گروه‌ها، از باورهای فراشناختی مختل بیشتری برخوردار بودند.  
**واژه‌های کلیدی:** باورهای فراشناختی، اسکیزوفرنی، افسردگی

## مقدمه

به وسیله ولز و ماتیوس<sup>۳</sup> توسعه یافته است که در الگوی کارکرد اجرایی خود تنظیمی<sup>۴</sup>، آسیب پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی- توجهی<sup>۵</sup> مرتبط است [۸]. سندرم شناختی- توجهی شامل اختلالی مداوم برای کنترل فکر است و به صورت نگرانی و نشخوار بروز می‌کند [۹]. اسکیزوفرنی اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد می‌گذارد. میزان شیوع این اختلال حدود ۱ درصد گزارش شده است. طبق برآوردها حدود ۱۶ درصد از بیماران روانی جهان را اسکیزوفرن‌ها تشکیل می‌دهند و معمولاً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را این بیماران اشغال می‌کنند [۱۰]. صاحب نظران معتقدند که رفتار اسکیزوفرنی می‌تواند به واسطه‌ی گستره‌ای از عوامل ایجاد شوند. از طرف دیگر اسکیزوفرنی اختلالی است که به واسطه دو مقوله از نشانه‌های مثبت و منفی مشخص می‌شود. نشانه‌های مثبت آنهایی هستند که با حضورشان خود را می‌شناسانند، این نشانه‌ها شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتار عجیب و غریب و اختلال‌های فکری هستند. افراد اسکیزوفرن در آرایش منطقی افکار خود و در نتیجه‌گیری‌های قابل قبول و معقول مشکل فراوانی دارند، باورهایشان با واقعیت در تضاد می‌باشد و محرک‌هایی که وجود خارجی ندارند را ادراک می‌کنند. نشانه‌های منفی به واسطه نقایص رفتاری شناخته می‌شوند و پاسخ هیجانی کم عمق، فقر گفتار، فقدان ابتکار و پایداری، عاطفه سطحی، ناتوانی در کسب لذت، انزوا و نقص توجه را در بر می‌گیرد [۱۱]. علائم منفی و شاخص‌های رفتاری متعددی و به یکدیگر مربوط هستند. با این وجود به نظر می‌رسد که نشانه‌های مثبت و منفی به هم مربوط نیستند و بیانگر فرایندهای متفاوتی می‌باشند که ممکن است به طور هم زمان رخ دهند [۱۲]. تلاش پژوهشگران برای تبیین روان‌شناختی اسکیزوفرنیا و نشانه‌های وابسته به آن در اواخر دهه‌ی ۱۹۵۰ میلادی سبب انجام تحقیقات متعددی در این زمینه شده است. طبق یافته‌های پژوهشی فرایندهای شناختی بیماران

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده‌ی دانش (باورها)، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند [۱، ۲]. در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بررسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است [۳، ۴، ۵]. بر اساس نظریه‌های ولز<sup>۱</sup> و پاپاگوریو<sup>۲</sup> فراشناخت می‌تواند عامل مهمی در رشد اختلال‌های روان‌شناختی باشد. اساس نظریه‌های جدید این است که در اختلال‌های روان‌شناختی باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل شده و کارکرد تفکر و سازگاری را هدایت می‌کنند. همچنین، محتوای تفکر در تبیین ماهیت اختلال روان‌شناختی اهمیت دارد؛ این نکته که مردم چگونه فکر می‌کنند، نقش مهمی در شناخت اختلال روان‌شناختی و درمان آن دارد. یکی از مؤلفه‌های مهم در این زمینه، نگرانی و باورهای مثبت و منفی در مورد آن است [به نقل از ۶]. اغلب نظریه پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده‌اند [۲، ۳] دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آنها اثر می‌گذارد. نظارت فراشناختی به تعدادی از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد [۳]. همین طور باورهای فراشناختی شامل دو حیطه محتوایی گسترده هستند. باورهای فراشناختی مثبت اعتقاد به این باورند که (نگرانی درباره‌ی آینده به من کمک می‌کند که برای آینده‌ی بهتر برنامه‌ریزی کنم) باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. از جمله باورهای فراشناختی منفی عبارت است از: ناتوانایی در به خاطر سپردن اسامی، نشانه حافظه ضعیف من است [به نقل از ۷]. فراشناخت یکی از متغیرهای مهم می‌باشد که در جریان بیماری مختل می‌شود و نقش زیادی بر تشدید نشانه‌ی بیماری‌های روانی دارد. نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات

3- Mathews

4- self- regulatory executive function mode

5- cognitive attentional syndrome

1- Wells

2- Papageorgiou

روان‌پریشی در مقایسه با بیماران در معرض روان‌پریشی، باورهای فراشناختی مثبت بیشتری نشان دادند که نشانگر دامنه‌ی وسیعی از فراشناخت‌های ناکارآمد و غیر سودمند است [۱۷]. لاریا<sup>۹</sup> و واندر لیندن<sup>۱۰</sup> در پژوهشی درباره‌ی فراشناخت و آمادگی توهم و هذیان، دریافتند که آزمودنیهای مستعد توهم و هذیان، در مقایسه با شرکت کنندگان غیر مستعد، در بعضی زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌ی فراشناخت به طور معناداری نمرات بالاتری کسب کرده‌اند [۱۸]. بینش شناختی مفهوم بالینی مهمی است که به نظر می‌رسد با فراشناخت مرتبط باشد. بینش شناختی عبارت است از توانایی ارزیابی و تصحیح باورهای تحریف شده و تفسیرهای نادرست. این ارزیابی‌ها بر اساس سطوح بالاتر فرآیندهای شناختی (نظیر توانایی تفکیک خود از سوء تعبیرها و ارزیابی مجدد آنها) استوار است که گاهی اوقات فراشناخت نامیده می‌شود [۱۹]. اختلال بینش شناختی در طیف بیماری‌های روانی مورد بررسی قرار گرفت، اغلب آنها نشان داده‌اند که بیماران دچار اختلالات طیف روان‌پریشی (اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، افسردگی عمده با علائم روان‌پریشی و ...) در مقایسه با بیماران بدون علائم روان‌پریشی نقایص شناختی بیشتری دارند [۲۰]. نتایج حاصل از مطالعات همه‌گیر شناسی، افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند [۲۱]. از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان‌شناختی آشکار می‌شود [۲۲]. افسردگی برای هر کس معنایی دارد و می‌تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند [۲۳]. بر طبق نظر بک<sup>۱۱</sup> موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌های گذشته است. این افکار باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود [۲۴]. نظریه بک در تاریخچه نظریات شناختی از آن جهت حائز اهمیت است که به تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار

اسکیزوفرنی نارسا و مختل است [۱۳]. به اعتقاد فلاول<sup>۱</sup> فراشناخت یکی از متغیرهای اساسی است که در جریان بیماری اسکیزوفرنی مختل می‌گردد و تأثیر مهمی بر توهمات و هذیان‌های بیماران می‌گذارد [۱۴]. همچنین باورهای فراشناختی در تداوم، تشخیص و درمان بیماران سایکوتیک قابل ملاحظه‌ای دارد. این متغیر نیز نقش مهمی در اکتساب، حفظ و تداوم توهمات و هذیان‌های بیماران اسکیزوفرنی ایفا می‌کند [۸]. بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی، چندین نظریه پرداز اقدام به شناسایی و بررسی فراشناخت‌های بیماران اسکیزوفرنی کرده‌اند. موریسون<sup>۲</sup>، هدوک<sup>۳</sup> و تاریر<sup>۴</sup> معتقدند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول توهمات و هذیان‌ها نقش مهم و اساسی داشته باشند. ولز و کارتر<sup>۵</sup> طی تحقیقی بیان کردند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، باورهای فراشناختی و فرانگری مختل بیشتری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، فوبیای اجتماعی، اختلال پانیک و گروه بهنجار دارند [به نقل از ۱۵]. لوبان<sup>۶</sup>، هدوک، هدوک، کیندرمن<sup>۷</sup> و ولز در دریافتند که بیماران اسکیزوفرنی دارای توهم و فاقد توهم در مقایسه با بیماران اضطرابی و گروه غیر بیمار، باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. بیماران دارای توهم و گروه کنترل اضطرابی اعتماد پایین‌تری در فرایندهای شناختی در مقایسه با اسکیزوفرن‌های فاقد توهم و گروه کنترل بهنجار داشتند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که فراشناخت در تحول علائم بیماران سایکوتیک نقش مهمی دارد [۱۶]. موریسون، فرنچ<sup>۸</sup> و ولز در پژوهشی به بررسی و مقایسه مؤلفه‌های فراشناختی در اختلالات طیف روان‌پریشی پرداختند. نتایج آنها نشان داد که بیماران دارای تشخیص روان‌پریشی (اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و اسکیزوفرنی شکل) و بیماران در معرض خطر روان‌پریشی، در مقایسه با گروه غیر بیمار، در مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نمرات بالاتری کسب نمودند. همچنین بیماران دارای تشخیص

- 1- Flavell
- 2- Morrison
- 3- Haddock
- 4- Tarrier
- 5- Carter
- 6- Lobban
- 7- Kinderman
- 8- French

9- Lari  
10- Vander Linden  
11- Beck

تأکید می‌کند و به تأثیر تفکر بر خلق می‌پردازد [۲۵]. شپارد<sup>۱</sup> و تیزدل<sup>۲</sup> تفکر ناکارآمد در اختلال افسردگی اساسی را نوعی نقص در بازبینی فراشناختی می‌دانند [۲۶] و به همین دلیل تیزدل بین دانش فراشناختی و بینش فراشناختی تمایز قائل شده است. در دانش فراشناختی فرد می‌داند که افکارش لزوماً صحیح نیستند اما در بینش فراشناختی فرد به جای اینکه افکارش را بازنمایی مستقیم واقعیت بدانند، آنها را به عنوان وقایعی در حوزه هوشیاری تجربه می‌کند. تیزدل و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باورهای فراشناختی میزان عود را در بیماران افسرده پیش بینی می‌کنند [به نقل از ۲۷]. بر این اساس فراشناخت از دانش‌ها و باورهای فرد درباره‌ی خود، تجارب فراشناختی (مثل نگرانی از نگرانی) و راهبردهای فراشناختی (مثل سرکوب افکار یا استفاده از روش‌های حواس پرتی) تشکیل شده است. بر اساس نظریه فراشناختی آسیب‌پذیری هیجانی و الگوی پاسخ‌هایی که نظام شناختی برای مقابله از خود نشان می‌دهد و از آنها تعبیر به نشانگان شناختی توجهی می‌شود در نشانه‌شناسی و ضابطه‌مندی اختلالات هیجانی اعم از افسردگی و اختلالات اضطرابی نقش اصلی را دارد [۱]. یافته‌های پژوهش دیگری نشان داده که فراشناخت ارتباط مثبت و معنی‌داری با هیجان منفی (افسردگی و اضطراب) دارد [۲۸]. الگوی کارکرد اجرایی خود تنظیمی به ایجاد مدل‌های تبیینی و درمان‌های ویژه‌ی اختلال افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از سانحه منجر شده است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده است که باورهای فراشناختی با افسردگی، سایکوز، اختلال استرس پس از سانحه، الکلیسم، علائم اختلال وسواس، وابستگی به سیگار و اضطراب امتحان مرتبط است [۳]. پاپاجورجیو و ولز [۶] پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده‌ی عود کننده انجام دادند. این پژوهش شواهدی برای این که افراد با اختلال افسردگی عمده‌ی عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده کننده را حفظ می‌کنند، مهیا کرده است که تکرار این عقاید،

با مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی ولز و ماتیوس سازگار است [۴]. در این مدل افکار نشخواری بر حسب فعالیت عقاید فراشناختی مثبت و منفی در مورد افکار منفی پایدار و تکراری (نشخوار ذهنی) تبیین می‌شود و در درمان فراشناختی به این مسأله تأکید شده است [۳]. در پژوهشی نشان داده شد که فقدان اعتماد به مهارت‌های شناختی با افسردگی مرتبط است. در این مطالعه تلاش شده اثرات افسردگی روی مهارت‌های شناختی و فراشناختی تشخیص داده شود و نتایج پژوهش نشان داد که افسردگی شدید با نواقص عملکردی واقعی و همچنین با ناکارآمدی در دانش فراشناختی و بازبینی عملکرد ارتباط دارد [به نقل از ۲۹]. در نظریه‌های حوزه فراشناخت، اگر فراشناخت ضعیف، ناسالم یا منفی باشد، از عهده کنترل و نظارت درست بر پردازش‌های شناختی بر نیامده و در نهایت هیجان منفی به شکل اضطراب و نگرانی ایجاد می‌شود. در ارتباط با این یافته‌ها، راهبردهای درمانی متعددی توسعه یافته‌اند تا باورهای فراشناختی ناسازگار را تغییر دهند [۳]. در دهه‌ی اخیر باورهای فراشناختی بیماران روانی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به مطالب گفته شده هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرن، افسرده و گروه بهنجار می‌باشد. وجود تفاوت‌های بارز در باورهای فراشناختی در بیماران، می‌تواند راهنمایی برای روان‌درمان‌گرانی باشد که از درمان فراشناختی استفاده می‌کنند. در این پژوهش باورهای فراشناختی با توجه به مؤلفه‌های آن در سه گروه از بیماران اسکیزوفرنی، بیماران افسرده و گروه بهنجار (زنان و مردان) مورد بررسی قرار گرفته است. در این تحقیق محققین به دنبال آزمون این فرضیه‌اند که بین باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بیماران مبتلا به افسردگی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین فرضیه دیگری که در این تحقیق به آن پرداخته می‌شود آن است که بین باورهای فراشناختی مردان و زنان گروه بیماران اسکیزوفرنیا، بیماران افسرده و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است و یک مطالعه‌ی پس‌رویدادی به شمار می‌رود.

1- sheppard

2- Teasdale

سنی ۳۰-۲۵، (۰/۵۳) در دامنه‌ی ۳۵-۳۱ و (۰/۱۷) در گستره‌ی ۴۰-۳۶ قرار داشتند و در آزمودنیهای بهنجار نیز (۱۳/۵) بین ۴۰-۳۶، (۰/۷۳) در گستره‌ی ۴۵-۴۱ سال و (۱۳/۵) نیز در دامنه‌ی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند.

#### ابزار:

پرسشنامه فراشناخت: فرم بلند این پرسشنامه توسط ولزوکارتایت<sup>۱</sup> برای سنجش فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۶۵ سؤال و ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی<sup>۲</sup>، (۱۹ سؤال) ۲- باورها در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر<sup>۳</sup>، (۱۶ سؤال) ۳- باورهایی در مورد اطمینان شناختی<sup>۴</sup>، (۱۰ سؤال) ۴- باورهایی منفی درباره نیاز به کنترل افکار<sup>۵</sup> (شامل مسئولیت پذیری، تنبیه و خرافات) (۱۳ سؤال) ۵- خود آگاهی شناختی<sup>۶</sup> (۷ سؤال). شیوه نمره گذاری سؤالها در مقیاس لیکرت به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم، تا خیلی زیاد موافق هستم) در نظر گرفته شد. به هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳، ۴ تعلق گرفت. [۳] ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۵ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی پژوهشگر با مرکز روان پزشکی روزه تهران و زارع ساری بیماران با توجه به تشخیص روان پزشک انتخاب گردیدند. پس از مصاحبه ساختارمند از تشخیص اطمینان حاصل شد. سپس در یک مکان مناسب پرسشنامه فراشناخت توسط بیماران تکمیل شد و گروه بهنجار هم پرسشنامه را تکمیل نمودند. سرانجام داده‌های جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار آماری SPSS مورد استفاده انجام گرفت.

#### یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی هر یک از ابعاد باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار، اطمینان شناختی، باورهای

آزمودنیها: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را ۳۰ نفر مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و ۳۰ نفر گروه بهنجار از هر گروه (۱۵ مرد و ۱۵ زن) تشکیل دادند. دو گروه بیمار شرکت کننده در این پژوهش از بین بیماران بستری در مراکز روان پزشکی «روزبه تهران» و «زارع ساری» در پاییز و زمستان سال ۱۳۸۸، به روش نمونه‌گیری در دسترس به دفعات متوالی انتخاب شدند. آنها توسط یک روان پزشک و دو دستیار و یک روان شناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال اسکیزوفرنی و اختلال افسردگی دریافت کرده بودند. با همه‌ی بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنی و اختلال افسردگی هر دو مرکز روان پزشکی مصاحبه‌ی تشخیصی ساختارمند با هدف اطمینان از تشخیص روان پزشک و مشخص ساختن وضعیت روانی بیمار صورت گرفت. به منظور اجرای مصاحبه ساختارمند دو مصاحبه‌گر آموزش دیده به دو بیمارستان مراجعه کردند و پس از مطالعه کامل پرونده‌های بیماران بستری، در صورتی که تشخیص در پرونده‌ی هر بیمار با اختلال‌های مورد نظر در این پژوهش انطباق داشت، مصاحبه‌ی ساختار یافته در مورد آنها اجرا می‌شد. در این روش مصاحبه کننده به مدت کمتر از یک ساعت از بیماران مصاحبه به عمل می‌آورد. بدین صورت که مصاحبه کننده سؤالات را از قبل تهیه کرده بود، در هنگام مصاحبه از آنها می‌پرسید و به جزئیات رفتار شخص پی می‌برد. مصاحبه‌گر افراد را در یک محیط آرام و بدون اضطراب مصاحبه به عمل آورد. بعد از کسب اطلاعات در هر دو مرکز با استفاده از مصاحبه ساختارمند بر پایه‌ی ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله‌ی بعد پرسشنامه فراشناخت توسط هر بیمار به صورت انفرادی تکمیل گردید. همچنین افراد بهنجار از طریق همتا سازی با گروه‌های بیمار در متغیرهایی مانند: جنس، سن، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات از میان کارکنان بیمارستان روزه تهران و بیمارستان زارع ساری به شیوه تصادفی انتخاب شدند. آزمودنیها در محدوده‌ی سنی ۲۵-۵۰ سال و تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس بودند. (۰/۳۰) بیماران در محدوده‌ی

- 1- cartwright and wells
- 2- positive worry beliefs
- 3- beliefs about uncontrollability and danger
- 4- beliefs about cognitive competence
- 5- general negative beliefs (including responsibility, superstition and punishment)
- 6- cognitive self-consciousness



گروه‌های (اسکیزوفرنی- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) و میانگین نمرات باورهای منفی گروه‌های (اسکیزوفرنی- افسرده)، (اسکیزوفرنی- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. در بررسی به دست آمده بین میانگین نمرات خود آگاهی شناختی بیماران اسکیزوفرن، اختلال افسردگی و گروه بهنجار مرد در این پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد. میانگین نمرات باورهای فراشناختی آزمودنیهای مرد در گروه‌های (اسکیزوفرنی- افسرده)، (اسکیزوفرنی- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین برای بررسی تفاوت متغیرهای مورد مطالعه در گروه زنان از آزمون تحلیل واریانس به شرح ذیل استفاده شد.

با توجه به یافته‌های مندرج در جدول ۲ حداقل بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خود آگاهی شناختی، در دو گروه از سه گروه اسکیزوفرنی افسرده و افراد بهنجار مرد تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد و نتایج آن نشان داد که بین میانگین نمرات باورهای نگرانی ساز مثبت در گروه‌های (اسکیزوفرنی- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین نمرات باورهای منفی درباره‌ی کنترل ناپذیری افکار در گروه‌های (اسکیزوفرنی- افسرده)، (اسکیزوفرنی- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین نمرات اطمینان شناختی

جدول ۳) نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک متغیری باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، افسرده و افراد بهنجار آزمودنیهای زن

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	شاخص‌ها	باورهای فراشناختی
۰/۰۰۱	۶۹/۱۸۴	۳۱۳۴/۱۵۶ ۳۰۲۴۵	۲ ۴۲ ۴۲	۶۲۶۸/۳۱۱ ۱۹۰۲/۶۶۷ ۸۱۷۰/۹۷۸	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۰/۰۰۱	۳۹/۴۸۵	۱۰۳۹/۰۲۲ ۲۶/۳۱۴	۲ ۴۲ ۴۲	۲۰۷۸/۰۴۴ ۱۱۰۵/۲۰۰ ۳۱۸۳/۲۴۴	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار
۰/۰۰۱	۳۱/۸۲۴	۷۰۲/۱۵۶ ۲۲/۰۶۳	۲ ۴۲ ۴۲	۱۴۰۴/۳۱۱ ۹۲۶/۶۶۷ ۲۳۳۰/۹۷۸	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	اطمینان شناختی
۰/۰۰۱	۲۴/۴۲۵	۸۰۶/۸۶۷ ۳۳/۰۳۵	۲ ۴۲ ۴۲	۱۶۱۳/۷۳۳ ۱۳۸۷/۴۶۷ ۳۰۰۱/۲۰۰	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	باورهای منفی درباره نیاز به کنترل
۰/۳۸۳	۰/۹۸۲	۶/۴۸۹ ۶/۶۱۰	۲ ۴۲ ۴۲	۱۲/۹۷۸ ۲۷۷/۶۰۰ ۲۹۰/۵۷۸	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	خود آگاهی شناختی
۰/۰۰۱	۱۱۳/۵۷۵	۹۲۰۸/۸۸۹ ۱۶۹/۱۳۰	۲ ۴۲ ۴۲	۳۸۴۱۷/۷۷۸ ۷۱۰۳/۴۶۷ ۴۵۵۲۱/۲۴۴	واریانس بین گروهی واریانس درون گروهی واریانس کل	باورهای فراشناختی (کل)

واریانس‌ها در مؤلفه باورهای نگرانی ساز مثبت، باورهای کنترل ناپذیری و احساس خطر، توانایی شناختی و خود آگاهی شناختی مورد تأیید قرار گرفت. لذا از آزمون تعقیبی دانت استفاده شده است. نتایج حاصل از مقایسه‌ی چند گانه نشان داد معناداری اختلاف میانگین نمرات مؤلفه‌های

با توجه به یافته‌های مندرج در جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت حداقل بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خود آگاهی شناختی در دو گروه از سه گروه آزمودنی مورد بررسی زن تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه با آزمون همگنی واریانس، غیر یکسانی

فراشناختی گروه زنان به قرار زیر است: اختلاف میانگین نمرات باورهای نگرانی ساز مثبت گروه‌های (اسکیزوفرن- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین نمرات باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار در گروه‌های (اسکیزوفرن- افسرده)، (اسکیزوفرن- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. نمرات توانایی شناختی گروه‌های (اسکیزوفرن- بهنجار) و (افسرده- بهنجار) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اختلاف میانگین نمرات خود آگاهی شناختی بین گروه‌ها در این پژوهش معنادار نمی‌باشد.

#### بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی در بین بیماران اسکیزوفرنی، بیماران افسرده و افراد بهنجار بود. همان‌طور که ملاحظه گردید، نتایج نشان داد که بین سه گروه از افراد مورد بررسی یعنی بیماران اسکیزوفرنی، افسرده‌ها و گروه بهنجار از لحاظ نمرات باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مشاهده شد که بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خود آگاهی شناختی در دو گروه (زن و مرد) از سه گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، بیماران مبتلا به افسردگی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج این پژوهش از مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی در اختلال‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند و با یافته‌های کارت رایت-هاوتون و ولز مبنی بر وجود همبستگی بین باورهای فراشناختی مثبت و منفی اختلالات هیجانی هماهنگ است. نتایج نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی مختل زمینه‌ی آسیب شدید 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 می‌باشد [۳۰]. با توجه به نتایج آماری بیماران گروه اسکیزوفرنی در زیر مقیاس پرسشنامه فراشناخت (باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار و احساس خطر، توانایی شناختی و باورهای منفی نیاز به کنترل) از گروه بیماران افسرده و گروه بهنجار نمرات بیشتری کسب کردند. گروه افسرده نیز نسبت به گروه بهنجار نمرات بیشتری را

کسب نمودند. این نکته ناشی از بی‌نظمی‌های شناختی گسترده‌ای می‌باشد که بیماران اسکیزوفرنی نسبت به سایر گروه بیماران، از اختلال و بد کارکردی فراشناخت بیشتری برخوردار می‌باشند. در پژوهش حاضر اختلال باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی با تکیه بر نتایج تحلیل مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] همسو می‌باشد. همچنین گروه افسرده نسبت به گروه بهنجار نمرات بیشتری را کسب نمودند. این یافته با نتایج یافته [۲۹] هماهنگ می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با سایر بیماری‌های روانی و افراد بهنجار بیشتر مختل می‌باشد. همچنین بین باورهای فراشناختی و تجارب روان‌پریشی (توهم و هذیان) و شدت اختلال فراشناخت در این طیف از بیماران رابطه وجود دارد. چرا که در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی سطح بالاتری از اختلال در مؤلفه‌های فراشناختی را نشان دادند. همچنین در پژوهشی دیگر [۳۱] باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی نسبت به گروه بهنجار اختلال بیشتری را نشان دادند. بیماران اسکیزوفرنی در مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، اعتماد شناختی و باورهای منفی مرتبط با خرافات، تنبیه و مسئولیت‌پذیری نمرات بیشتری داشتند که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین در پژوهش حاضر بیماران افسرده نسبت به گروه بهنجار نمرات بیشتری در این مؤلفه‌ها به دست آوردند. در تبیین این یافته باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، می‌توان گفت که باور منفی در مورد کنترل ناپذیری و احساس خطر به باورهای فرد در مورد کنترل ناپذیری افکار و این که افکار باید به منظور عملکرد خوب و بهره‌مندی از سلامتی کنترل شوند، مربوط می‌شود. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود که افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر باعث می‌شود که افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد



بودند. ولز و کارتر [۳۴] نشان دادند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی باورهای فراشناختی مختل تری در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، فوبیای اجتماعی و اختلال پانیک دارند این نتایج بیانگر روابط علی بین عوامل فراشناختی و آشفتگی روان شناختی می باشد. در مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی، سندرم توجهی - شناختی به پریشانی هیجانی یاری می رساند. این افکار منفی تکراری به شکل نشخوار ذهنی یا نگرانی به عنوان راهبردهای مقابله ای دارای اثرات زیان بخش، منجر به تداوم اختلالات هیجانی می شود. همچنین این نتایج نشان می دهد که فراشناخت ها به عنوان عوامل مهم و اساسی در اختلالات روان پریشی و اختلال افسردگی مطرح می باشد. راهبردهای درمانی فراشناختی [۳] باید به عنوان یک روش مفید و سودمند بر مجموعه تکنیک های درمان گران افزوده شود تا باورهای فراشناختی و نشخوارهای ذهنی اصلاح شود و کنترل اجرایی بر توجه، بهبود یابد. محدود بودن نمونه پژوهش در دو بیمارستان و دو استان مدت زمان زیادی را به خود اختصاص داد.

#### منابع

- 1- wells A. metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford press; 2009.
- 2- Flavell JH. Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am J Psychol. 1979; (34): 906-911.
- 3- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester. UK: Wiley & sons; 2000.
- 4- Wells A, Matthews G. Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- 5- Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behav Cogn Psychother. 1995; (23): 301-320.
- 6- Hakim-javadi M, Gholamali-lavasani M, Haghghatgoo M. Metacognition, anxiety and depression among mothers of deaf and normal preschool and elementary students. Adv in cogn Sci. 2011; 2(13): 35-46. [persian].
- 7- Mohammadkhani Sh, farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. J Clin Psychol. 2009; 3(1): 35-51. [persian].
- 8- Wells A, Mathews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther. 1996; (34): 881-888.
- 9- wells A. cognition about cognition: metacognitive therapy and change in Generalized

[۳۲]. نتایج نشان داد که در گروه مردان بین میانگین نمرات باورهای مثبت درباره نگرانی و باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار، اطمینان شناختی و باورهای منفی عمومی در گروه های اسکیزوفرنی - بهنجار، افسرده - بهنجار و اسکیزوفرنی - افسرده تفاوت وجود دارد. در ضمن بین میانگین نمرات خود آگاهی شناختی بیماران اسکیزوفرن و افسرده با گروه بهنجار تفاوت معنی دار وجود نداشت. همچنین نتایج نشان داد که نمرات باورهای فراشناختی مردان در گروه های اسکیزوفرنی - افسرده، اسکیزوفرنی - بهنجار و افسرده - بهنجار تفاوت دارند. به دست آوردن اطلاعات در زمینه خود آگاهی شناختی بیماران درباره وضعیت خودشان به ویژه بیماران طیف روان پریشی می تواند در زمینه فهم و شناخت فرایندهای ذهنی این بیماران و ملاحظات درمانی مهم و تأثیر گذار باشد. چرا که قضاوت ها و نگرش های حاکم بر بیمار در سیر بیماری و درمان آن اثر گذار می باشد. مونتز، آواس و کانگاس<sup>۱</sup> [۳۳] با بررسی بیماران اسکیزوفرنی به این نتیجه رسیدند که عوامل فراشناختی بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با بیماران دیگر متفاوت می باشد. بیماران اسکیزوفرنی در دو مؤلفه باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری احساس 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. که با پژوهش حاضر همسو می باشد. همچنین نتایج حاصل از مقایسه آزمون همگنی واریانس در گروه زنان نشان دهنده عدم برابری واریانس ها در مؤلفه های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار و اطمینان شناختی، و خود آگاهی شناختی بود لذا از آزمون تعقیبی دانت استفاده شد. میانگین نمرات مؤلفه های فراشناختی آزمودنی های زن در بین باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار در گروه های اسکیزوفرن - افسرده، اسکیزوفرن - بهنجار و افسرده - بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد و نمرات توانایی شناختی گروه های اسکیزوفرن - بهنجار و افسرده - بهنجار تفاوت دارند. هر دو گروه بیماران در مؤلفه خود آگاهی شناختی و تفکرات ذهنی تا حدودی از آگاهی برخوردار

1- Monets, Alvarez & Cangas

- 25- Papageorgiou C, Wells A. Depressive Rumination. uk: chichester, wiley&sons; 2004.
- 26- Sheppard LD, Teasdal JD. Dysfunctional thinking in major depressive disorder: a deficit in metacognitive monitoring. *J Abnorm Psychol.* 2000; (100): 462-771.
- 27- Abolghasemi A, Gholami H, Narimani M, Ganji M. Efficacy of beck cognitive therapy and Teasdale mindfulness-based cognitive therapy in reduction of depressive symptoms and modification of metacognitive beliefs in dysthymic patients *Psychol Res.* 2008; 1&2(11): 11-26. [persian].
- 28- Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *pers indiv diff.* 2008; 44(5): 1172-1181.
- 29- Farnam AR, Gholizadeh H, Pirzadeh J, Hekmati I, Rasolvand Sadeghi A. Comparison of metacognitive beliefs in depressed, obsessive-compulsive patients and healthy Groups *J Med Sci of Kerman Univ.* 2011; 4(18): 339-348. [persian].
- 30- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997; (11): 279-315.
- 31- Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patient witty hallucinations and delusions. *Behav Res Ther.* 2003; (41): 251-256.
- 32- Ashoori A, Vakili Y, Ben-Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *J fundam ment Heal.* 2009; 11(1): 15-20.
- 33- Monets J, Alvarez M. Metacognitons in patients with hallucination and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2006; (44): 1091-1104.
- 34- Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD and PD. *Behav Res Ther.* 2001; (34): 881-888.
- Anxiety Disorder and social phobia. *J Cogn Behave Pract.* 2007; (14): 18-25.
- 10- Kaplan H, Sadock B, Grep J. synopsis of Psychiatry. Pourafkar, N. Tehran: Share Ab; 1997. [persian].
- 11- Carlson NR. physioio of Behavior, Allyn & Bacon, boston; 2007.
- 12- Sarason I, Sarason J, Barbara Ar. Morbid psychology. Translation by Najarian, B, Asgharimoghadam, M. Tehran: Roshd; 1996. [persian].
- 13- hinton M, pithers W. selective attention and Levels of coding in schizophrenia. *Br J Clin Psychol.* 1991; (30): 139-149.
- 14- flavell JH, miller P. social cognition inw. Doman (series Ed) & D Kuhn & R. (vol, Eds), Handbook of child psychology: vol 2 cognition. Perception. And language (5rh ed.pp898-951). New york: wiley; 1998.
- 15- Abolghasemi A, Kiamarie A, Iranpour Ch. Compariason of metacognitive beliefs in schizophrenia illnesses generalized anxiety disorder and normal people. *J ResBehave Sci.* 2006; 2(3): 12-19. [persian].
- 16- Lobban F, Haddock E, Kinderman P, wells A. The role of meta copintive beliefs in auditory hellucinotions. *Pers Indiv Differ.* 2002; 32(6): 1351-1361.
- 17- Morrison AP, French P, Wells A. Meta cognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorder, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behav Res Ther.* 2007; (45): 2241-2246.
- 18- Lari F, Vander-Linden M. Metacognitions in proneness towards hallucination and delusions. *Behav Res Ther.* 2005; (43): 1425-1441.
- 19- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the beck cognitive insight scale. *Schizophr Res.* 2004; (68): 319-329.
- 20- Yousefi R, Arizi H, Sadeghi S. Assessment of cognitive insights among psychiatric patients. *J Sci Res Psychol.* 2007; 4(11): 381-393. [persian].
- 21- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York: the Guilford press; 2002.
- 22- Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry Behavior and science clinical psychiatry. 9ed. newYork: Lippincott willams and wilkins; 2003.
- 23- Castel AD, Balota DA, Hutchison KA, Logan JM, Yap MJ. Spatial attention and response control in healthy younger and older adults and Individuals with Alzheimer's disease: Evidence for disproportionate selection impairments in the simon task. *Neuropsychol.* 2007; (21): 170-182.
- 24- Beck AT. Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New YOrk: Hoerber; 1967.