

## مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسه فراشناخت‌ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اختلال اضطرابی و گروه کنترل غیربیمار

رحیم یوسفی<sup>۱</sup>

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه  
شهید بهشتی

دکتر حمید جنگی اقدم

ارومیه

مجید سیوانی زاده

کارشناس ارشد روانشناسی

الهام ادهمیان

کارشناس علوم تربیتی

**هدف:** پژوهش حاضر به بررسی این فرضیه پرداخته است که فراشناخت‌ها یکی از عوامل آسیب‌پذیری در اختلالات روانشناختی هستند. به نظر می‌رسد که بیماران دچار اسکیزوفرنیا و بیماران دچار اختلال اضطرابی، در مقایسه با گروه غیربیمار، در مقیاس‌های نقایص فراشناخت نمرات بالاتری کسب می‌کنند. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی - مقایسه‌ای بود که به صورت مقطعی انجام شد. دو گروه بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه از بین بیماران بستری در مرکز روانپزشکی، و مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانپزشکی و روان‌درمانی انتخاب شده، که به وسیله روانپزشکان و روانشناسان بالینی براساس ملاک‌های DSM-IV-TR تشخیص اسکیزوفرنیا ( $n=32$ ) و اختلالات اضطرابی (فوبی اجتماعی ( $n=26$ ) و سواس فکری - عملی ( $n=28$ )) دریافت کرده بودند. به منظور افزایش اعتبار تشخیص‌ها، با این بیماران بر اساس DSM-IV مصاحبه تشخیصی شد و سپس همراه با گروه غیربیمار ( $n=30$ ) به وسیله پرسشنامه فراشناخت‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** بیماران دچار اسکیزوفرنیا در مقایسه با سایر گروه‌ها، سطوح بالاتری از باورهای فراشناختی ناسازگارانه را نشان دادند. گروه بیماران دچار اختلال اضطرابی در مقایسه با گروه بیماران اسکیزوفرنیا نمرات پایین‌تر و در مقایسه با گروه غیربیمار نمرات بالاتری گرفتند. همچنین، گروه غیربیمار در مقایسه با گروه بیماران، باورهای فراشناختی سالم‌تر و سازگارانه‌تری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** باورهای فراشناختی از عوامل آسیب‌پذیری معمول در طیف اختلالات روانشناختی، به‌ویژه اختلالات روانپریشی هستند.

کلید واژه‌ها: فراشناخت، اسکیزوفرنیا، سواس فکری - عملی، فوبی اجتماعی

سروکار دارند. بر اساس نظریه‌پردازی‌های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالات روانشناختی است (ولز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ ولز و متیوز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). به‌ویژه مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۵</sup> (ولز، ۲۰۰۰؛ ولز و متیوز، ۱۹۹۶؛ ولز و

فراشناخت<sup>۲</sup> به ساختارها، دانش و فرایندهای روانشناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت‌ها

2- metacognition  
4- Matthews

3- Wells  
5- Self-Regulatory Executive Function

می‌گیرند. لاری<sup>۵</sup> و وان‌درلیندن<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی درباره فراشناخت‌ها و آمادگی توهم و هذیان، دریافتند که آزمودنی‌های مستعد توهم و هذیان، در مقایسه با شرکت‌کنندگان غیرمستعد، در بعضی زیر مقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت‌ها به‌طور معناداری نمرات بالاتری کسب کرده‌اند.

فیشر<sup>۷</sup> و ولز (۲۰۰۵) مطرح می‌کنند که باورهای فراشناختی مربوط به معنا و اهمیت تهدیدکنندگی افکار مزاحم از عوامل اساسی توسعه و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی است. آنها خاطر نشان می‌کنند که کاهش باورهای فراشناختی مربوط به عوامل مزاحم و تحمیلی، به کاهش اضطراب و وسواس‌های عملی منجر خواهد شد. ولز (۲۰۰۰) می‌افزاید که یکی از اشکال وسواس-فکری عملی تمایل به تمرکز توجه بر فرآیندهای تفکر است. این فرآیندهای تفکر باعث افزایش خودآگاهی شناختی و کشف افکار ناخواسته یا شروع افکار مزاحم می‌شوند. افکار وسواسی باورهای فراشناختی مربوط به معنای فکر را فعال می‌کنند. در چنین موقعیتی، افراد باورهایی درباره مفید بودن پاسخ‌های رفتاری پیدا می‌کنند و معتقد می‌شوند که این پاسخ‌ها به آنها کمک می‌کنند تا خطرهای ارزیابی‌شده ناشی از افکار وسواسی را به حداقل برسانند. به نظر ولز و پاپاجورجیو<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، در مقایسه با جمعیت غیربیمار، دارای انحرافات است. این بیماران به افکار خودارزیابی-کننده منفی توجهی افراطی و متمرکز دارند که این توجه به وسیله فرآیندهای فراشناختی راه‌اندازی می‌شوند. ولز و کارتر<sup>۹</sup> (۲۰۰۱)، ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را با گروه‌هایی از بیماران دارای تشخیص فوبی اجتماعی، اختلال پانیک و غیربیمار را بر اساس باورهای فراشناختی منفی و نگرانی مقایسه کرده و دریافتند که بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با سایر گروه‌ها در این دو زمینه نمرات بیشتری کسب می‌کنند. راسیز<sup>۱۰</sup> و ولز (۲۰۰۶) با بررسی نقش و تأثیر باورهای فراشناختی و راهبردهای مقابله‌ای

متیوز، (۱۹۹۴) از عوامل فراشناختی به عنوان مؤلفه‌های پردازش اطلاعات (که با گسترش و تداوم اختلال روانی مرتبط می‌باشد)، مفهوم‌سازی مبسوطی فراهم آورده است. انگاره اصلی در این رویکرد این است که باورها در اختلال روانشناختی از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شوند که هدایت‌کننده کنش‌وری تفکر و سبک مقابله‌اند و از آن تأثیر می‌پذیرند. در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، آسیب‌پذیری نسبت به اختلال روانشناختی و تداوم اختلال با یک نشانگان شناختی-توجهی همراه است که این نشانگان با توجه شدیدشده متمرکز بر خود، بازبینی تهدید، پردازش نشخوارگرانه، فعال‌سازی عقاید ناسازگارانه و راهبردهای خودتنظیمی ناکارآمد مشخص می‌شود. این نشانگان به وسیله باورهای فراشناختی شخصی برانگیخته می‌شود، و در تفسیر و کنترل رویدادهای شناختی فرد به‌عنوان منبع و مرجع عمل می‌کند (ولز، ۲۰۰۰). این مدل درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری، توسعه و تداوم حالت‌های آسیب‌شناختی پیش‌بینی می‌کند. هماهنگی با این دیدگاه بین باورهای فراشناختی مثبت و منفی، و اختلالات هیجانی همبستگی مثبتی پیدا شده است (کارت رایت<sup>۱</sup> و ولز، ۱۹۹۷).

موریسون<sup>۲</sup>، فرنچ<sup>۳</sup> و ولز (۲۰۰۷) 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 غیربیمار، در مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نمرات بالاتری کسب کردند. همچنین بیماران دارای تشخیص روانپریشی در مقایسه با بیماران در معرض روانپریشی، باورهای فراشناختی منفی بیشتری نشان دادند که نشانگر دامنه وسیعی از فراشناخت‌های ناکارآمد و غیرسودمند است. بیکر<sup>۴</sup> و موریسون (۱۹۹۸) نشان دادند که بیماران دچار اسکیزوفرنیا بدون تجربه توهم در اطمینان شناختی کاهش یافته و باورهای منفی (خرافات، تنبیه و مسئولیت)، از گروه غیربیمار، نمرات بیشتری

1- Cartwright  
3- French  
5- Lari  
7- Fisher  
9- Carter

2- Morrison  
4- Baker  
6- Van der Linden  
8- Papageorgiou  
10- Roussis

فراشناخت‌ها<sup>۱</sup> نمرات بیشتری کسب کنند که این نمرات نشان‌دهنده اختلال بیشتر در باورهای فراشناختی است. همچنین پیش‌بینی شده است که بیماران دچار اختلال اضطرابی (فوبی اجتماعی و وسواس فکری- عملی) باید در مقایسه با گروه غیربیمار در زیرمقیاس‌های فراشناختی نمرات بیشتری کسب کنند.

## روش

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی - مقایسه‌ای بود که به صورت مقطعی انجام شد. سه گروه از بیماران شامل افراد دچار اسکیزوفرنیا (n=۳۲) و افراد دچار اختلال اضطرابی (فوبی اجتماعی n=۲۶ و وسواس فکری - عملی n=۲۸)، و همچنین گروه کنترل غیربیمار (کارمندان شاغل در بخش‌های بیمارستانی n=۳۰) به عنوان گروه نمونه در مطالعه شرکت داشتند. تمامی بیماران دچار اسکیزوفرنیا در مراکز روانپزشکی آزادی ارومیه و بخش روانپزشکی بیمارستان مدنی خوی بستری بودند و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و به وسیله روانپزشکان تشخیص اسکیزوفرنیا دریافت کرده بودند. یک روانشناس بالینی و یک روانپزشک بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-IV با تمام بیماران دارای تشخیص فوبی اجتماعی و وسواس فکری - عملی (که از مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانپزشکی و روان‌درمانی خصوصی شهر خوی بودند) مصاحبه تشخیصی می‌کردند و چنانچه آنها را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR مبتلا به فوبی اجتماعی و وسواس فکری - عملی تشخیص می‌دادند، وارد مطالعه می‌کردند. در صورت عدم تطابق تشخیص‌ها، فرد مورد نظر از مطالعه حذف می‌شد. تمامی گروه بیماران به شیوه در دسترس و در دفعات متوالی مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند، ولی گروه کنترل غیربیمار که سابقه هیچ‌گونه تشخیص روانپزشکی نداشت به شیوه تصادفی و در اولین مراجعه مورد سنجش قرار گرفت. داده‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

دارای مشخصه نگرانی در تداوم نشانه‌های استرس در جمعیت غیربیمار، دریافتند که راهبرد کنترل فکر نگرانی و فراشناخت‌های مثبت و منفی به‌طور مثبت با نشانه‌های استرس رابطه دارد.

بینش شناختی<sup>۱</sup> مفهوم بالینی مهمی است که به نظر می‌رسد با فراشناخت مرتبط باشد. به عقیدهٔ بک<sup>۲</sup>، باروچ<sup>۳</sup>، بالتر<sup>۴</sup>، استیر<sup>۵</sup> و وارمان<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) بینش شناختی عبارت است از توانایی ارزیابی و تصحیح باورهای تحریف‌شده و تفسیرهای نادرست. این ارزیابی‌ها بر اساس سطوح بالاتر فرآیندهای شناختی (نظیر توانایی تفکیک خود از سوءتعبیرها و ارزیابی مجدد آنها) بنا شده‌اند که گاهی فراشناخت نامیده می‌شوند. در بیماران دچار اختلال در بینش شناختی مؤلفه‌های پاتولوژیک زیر آشکار است: ۱- اختلال در عینیت و واقع‌نگری درباره تحریف‌های شناختی؛ ۲- ناتوانی برای قرار دادن تحریف‌ها در مرکز توجه و تأمل؛ ۳- مقاومت در برابر اطلاعات و بازخوردهای اصلاحی دیگران؛ و ۴- اعتماد افراطی و تکیه بیش از حد به نتیجه‌گیری‌های شخصی. در پژوهش‌های متعددی (بک و همکاران، ۲۰۰۴؛ آمادور<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ وارمان، لیساکر<sup>۸</sup> و مارتین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ وارمان و مارتین، ۲۰۰۶؛ یوسفی، عریضی، کلاتری و صادقی، ۱۳۸۲؛ یوسفی، عریضی و صادقی، ۱۳۸۵؛ یوسفی، صادقی، جنگی‌اقدم و سیوانی‌زاده، ۱۳۸۶) اختلال بینش شناختی در طیف بیماری‌های روانی مورد بررسی قرار گرفته و اغلب آنها نشان داده‌اند که بیماران دچار اختلالات طیف روانپزشکی (اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، افسردگی عمده با علایم روانپزشکی و...)، در مقایسه با بیماران بدون علایم روانپزشکی، نقایص شناختی بیشتری دارند.

هدف پژوهش حاضر جست‌وجو و بررسی تفاوت‌ها در باورهای فراشناختی بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی (فوبی اجتماعی و وسواس فکری- عملی) و گروه غیربیمار در یک بافت بومی و جمعیت ایرانی است. همچنین در این پژوهش باورهای فراشناختی با توجه به مؤلفه‌های آن در چهار گروه از شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش حاضر این فرضیه مطرح شده است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا باید در مقایسه با گروه‌های دیگر در زیرمقیاس‌های پرسشنامه

1- Cognitive Insight	2- Beck
3- Baruch	4- Balter
5- Steer	6- Warman
7- Amador	8- Lysaker
9- Martin	
10-Metacognitions Questionnaire (MCQ)	

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه

گروه‌ها	متغیر		جنس		سن		تحصیلات	
	فراوانی	زن	مرد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اسکیزوفرنیا	۳۲	۹	۲۳	۳۲/۱۹	۵/۴۷	۸/۱۴	۳/۶۹	
وسواس فکری - عملی	۲۸	۲۱	۷	۳۴/۷۵	۶/۹۶	۱۱/۱۹	۳/۳۷	
فوبی اجتماعی	۲۶	۱۰	۱۶	۳۰/۴۴	۵/۱۸	۱۳/۵۰	۴/۲۱	
گروه غیر بیمار	۳۰	۱۵	۱۵	۳۵/۲۰	۶/۰۹	۱۶/۰۸	۳/۱۵	

### ابزار پژوهش

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه نمونه در MCQ

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اسکیزوفرنیا	۷۶/۴۵	۸/۹۳
وسواس فکری - عملی	۶۱/۲۱	۶/۶۵
فوبی اجتماعی	۶۰/۱۴	۷/۸۰
گروه غیر بیمار	۴۲/۸۹	۵/۷۶

### پرسشنامه فراشناخت‌ها

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت‌ها استفاده شد که به وسیله ولز و کارت‌رایت (۲۰۰۴) از روی فرم بلند (۶۵ سؤالی) مقیاس فراشناخت‌ها (کارت‌رایت - هاتون و ولز، ۱۹۹۷) تهیه شده بود. فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت‌ها با استفاده از ۳۰ ماده چندین حیطه از باورهای فراشناختی را می‌سنجد. برای هر فرد نمراتی در پنج مقیاس زیر به دست می‌آید:

- ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی: نگرانی به من کمک می‌کند تا مسائل را در ذهنم طبقه‌بندی کنم. نگران بودن به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم.
- ۲- باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری افکار و خطر: نگرانی برای من خطرناک است. نمی‌توانم افکار نگران‌کننده‌ام را نادیده بگیرم.
- ۳- اطمینان شناختی: حافظه ضعیفی دارم. برخی اوقات اوقات حافظه‌ام می‌تواند مرا به اشتباه بیندازد.
- ۴- باورهای منفی درباره نیاز به کنترل: ناتوانی من در کنترل افکار نشانه ضعف من است. به خاطر کنترل نکردن افکار خاصی تنبیه خواهم شد.
- ۵- خودآگاهی شناختی: همیشه از افکارم آگاه هستم. افکارم را مورد بازبینی قرار می‌دهم.

این پرسشنامه (فرم کوتاه) به وسیله مؤلف اول برای استفاده در پژوهش حاضر ترجمه و متن ترجمه شده به وسیله یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی بررسی و نواقص آن اصلاح شد. ابزار فوق پس از تأیید تشخیص‌ها، روی بیماران و همچنین گروه غیربیمار اجرا شد. این ابزار از لحاظ روایی<sup>۶</sup> و اعتبار<sup>۷</sup> نیز مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. روایی (صوری و محتوایی) پرسشنامه فراشناخت‌ها (MCQ) به وسیله دو روانشناس بالینی، یک روانپزشک بررسی و تأیید گردید. به منظور سنجش انسجام و همسانی درونی<sup>۸</sup> ماده‌های پرسشنامه از طریق روش دونیمه کردن<sup>۹</sup> ضریب  $r=0.76$  و از طریق روش آلفای کرونباخ<sup>۱۰</sup> ضریب  $\alpha=0.79$  به دست آمد. همچنین به منظور بررسی اعتبار (پایایی<sup>۱۱</sup>) پرسشنامه فراشناخت‌ها، مقیاس مذکور روی ۵۲ نفر از گروه نمونه مجدداً اجرا گردید و ضریب پایایی  $r=0.88$  به دست آمد.

1- positive beliefs about worry  
 2- Negative beliefs about uncontrollability/danger  
 3- cognitive confidence  
 4- negative beliefs about need of control  
 5- cognitive self-consciousness  
 6- validity  
 7- reliability  
 8- internal consistency  
 9- split-half  
 10- Cronbach  
 11- stability

جدول ۳: مقایسه‌های زوجی سه گروه از بیماران و گروه کنترل غیربیمار

گروه‌ها	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری (p)
اسکیزوفرنیا	۷۶/۲۳	۱۴/۸۲	۰/۷۲۱	۰/۰۰۱*
وسواس فکری - عملی	۶۱/۴۱			
اسکیزوفرنیا	۷۶/۲۳	۱۵/۷۴	۰/۷۷۱	۰/۰۰۱*
فوبی اجتماعی	۶۰/۴۹			
اسکیزوفرنیا	۷۶/۲۳	۳۳/۸۲	۰/۴۳۰	۰/۰۰۱*
گروه غیر بیمار	۴۲/۸۹			
وسواس فکری - عملی	۶۱/۴۱	۰/۹۲	۰/۶۰۴	۰/۷۶۲
فوبی اجتماعی	۶۰/۴۹			
وسواس فکری - عملی	۶۱/۴۱	۱۸/۵۲	۰/۵۹۱	۰/۰۰۱*
گروه غیربیمار	۴۲/۸۹			
فوبی اجتماعی	۶۰/۴۹	۱۷/۶	۰/۷۳۴	۰/۰۰۱*
گروه غیر بیمار	۴۲/۸۹			

\* تفاوت‌های معنادار از نظر آماری

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه بر روی نمرات گروه نمونه در زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت‌ها

معناداری (p)	F	گروه غیربیمار		فوبی اجتماعی		وسواس فکری - عملی		اسکیزوفرنیا		زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت‌ها
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۰/۰۰۱*	۱۲/۴۱	۱۰/۴۹	۶/۸۲	۱۵/۰۲	۵/۸۰	۱۵/۲۳	۳/۷۸	۱۸/۱۶	۷/۵۰	باورهای مثبت
										درباره نگرانی
۰/۰۰۱*	۱۴/۴۱	۱۲/۴۵	۶/۹۰	۱۹/۸۹	۴/۲۱	۲۰/۷۷	۳/۹۴	۲۳/۴۹	۶/۹۹	باورهای منفی
										درباره کنترل‌ناپذیری افکار
۰/۰۰۱*	۹/۶۹	۵/۰۱	۴/۷۶	۷/۱۱	۶/۹۹	۷/۴۰	۴/۸۵	۹/۷۹	۵/۰۷	اطمینان شناختی
۰/۰۰۱*	۱۱/۴۸	۸/۸۴	۴/۲۴	۱۱/۸۷	۷/۱۵	۱۲/۳۱	۴/۷۷	۱۵/۶۵	۴/۸۱	باورهای منفی
										درباره نیاز به کنترل خود آگاهی
۰/۰۰۱*	۶/۰۳	۵/۱۶	۴/۵۲	۶/۰۰	۵/۱۱	۶/۰۲	۴/۷۸	۸/۹۶	۳/۶۵	

\* نتایج معنادار از نظر آماری

پراکنندگی نمرات فراشناخت‌های سه گروه بیماران دچار اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و فوبی اجتماعی و، همچنین گروه کنترل غیربیمار در جامعه است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه نمونه در پرسشنامه فراشناخت‌ها نشان داده شده است.

نتایج آزمون لوین<sup>۱</sup> نشان داد که پیش فرض مبنی بر تساوی واریانس گروه‌ها در جامعه تأیید می‌شود ( $F=۱/۶۵$ ,  $p=۰/۱۰۴$ ).

تأیید پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جامعه به معنای برابری

1- Levene's Test

نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری افکار و خطر، خودآگاهی شناختی و... از دو گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی (وسواس فکری - عملی و فوبی اجتماعی) و همچنین گروه کنترل غیربیمار نمرات بیشتری کسب کردند. نتایج این پژوهش از مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی در اختلال‌های روانشناختی حمایت می‌کند و با یافته‌های کارت‌رایت - هاتون و ولز (۱۹۹۷) مبنی بر وجود همبستگی بین باورهای فراشناختی مختل و اختلالات هیجانی هماهنگ است. همچنین با تکیه بر این یافته می‌توان شواهدی در تأیید این فرضیه کلی یافت که فراشناخت‌ها و باورهای فراشناختی به اختلالات روانشناختی وابسته‌اند. هنگامی که اختلال دارای ابعاد گسترده‌ای است، این ارتباط نیرومندتر و نزدیک‌تر است. این فرضیه به وسیله مقایسه نمرات بالای اختلال و بدکاری فراشناخت‌ها در بیماران دچار اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و فوبی اجتماعی و شرکت‌کنندگان غیربیمار گروه کنترل نشان داده شده است. فرضیه اول پژوهش مبنی بر مختل بودن گسترده باورهای فراشناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنیا با تکیه بر نتایج تحلیل تأیید می‌شود. به نظر می‌رسد این یافته با یافته‌های موریسون و همکاران (۲۰۰۷)، لاری و لیندن (۲۰۰۵)، موریسون و همکاران (۱۹۹۵)، موریسون و همکاران (۲۰۰۰) درباره وجود ارتباط بین باورهای فراشناختی و تجارب روانپزشکی (توهم و هذیان) و شدت اختلال فراشناخت‌ها در این طیف از بیماران همسو و هماهنگ باشد، چرا که در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا سطح بالاتری از اختلال و کژکاری مؤلفه‌های فراشناختی را نشان دادند. در بین اختلالات طیف روانپزشکی، اسکیزوفرنیا گسترده‌ترین زمینه‌های پاتولوژیک را دارد، و شناخت‌ها به عنوان یکی از جنبه‌های مهم درگیر در این اختلال و به موازات آن باورهای فراشناختی کنترل‌کننده این شناخت‌ها می‌توانند دستخوش اختلال و بی‌نظمی شوند. بررسی نقش باورهای فراشناختی در پدیده‌هایی همچون توهم و هذیان قابل توجه و تأمل ویژه است. همچنین فرضیه دوم که بیماران اضطرابی بیشتر از گروه غیربیمار دارای باورهای فراشناختی مختل هستند، تأیید می‌شود. این یافته در پژوهش‌های ولز و پاپاگریو (۲۰۰۱)، فیشر و ولز

به منظور مقایسه سه گروه از بیماران و گروه کنترل غیربیمار، با لحاظ کردن سن و تحصیلات (به‌عنوان متغیر همگام)، از تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت بین چهار گروه استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر سن و تحصیلات، تفاوت بین گروه‌های تشخیصی و همچنین گروه کنترل غیربیمار معنادار است ( $F=149/766$  و  $p=0/001$ ). میزان این تفاوت ۰/۹۶ است، یعنی ۹۶ درصد از واریانس نمرات فراشناخت مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری نیز یک است، یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنی‌دار ۱۰۰ درصد است. به عبارت دیگر، تفاوت بیماران دچار اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی، فوبی اجتماعی و همچنین گروه غیربیمار از لحاظ میزان نقایص باورهای شناختی با یکدیگر معنادار است. به منظور بررسی بیشتر تفاوت بین گروه‌های دارای تشخیص و گروه غیربیمار، و مقایسه زوجی گروه نمونه از آزمون تعقیبی<sup>۱</sup> شفه<sup>۲</sup> استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. همه مقایسه‌ها به استثنای مقایسه بین گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی با فوبی اجتماعی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد.

برای آزمایش تأثیرات بین گروهی خاص برای هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت، تحلیل واریانس یک‌راهه جداگانه‌ای انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است. همان گونه که این جدول نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین سه گروه از بیماران دچار اسکیزوفرنیا، وسواس فکری - عملی و فوبی اجتماعی و همچنین گروه کنترل غیربیمار، در پنج زیرمقیاس پرسشنامه فراشناخت‌ها وجود دارد.

## بحث

نتایج نشان می‌دهند که بیماران دارای تشخیص و همچنین گروه غیربیمار از لحاظ فراشناخت‌ها تفاوت دارند. بیماران دچار اسکیزوفرنیا که بی‌نظمی‌های شناختی گسترده‌ای را تجربه می‌کنند، نسبت به سایر گروه بیماران سطوح بالاتری از اختلال و بدکارکردی فراشناخت‌ها را نشان می‌دهند. این گروه از بیماران در زیرمقیاس‌های پرسشنامه فراشناخت‌ها (باورهای مثبت درباره

(۲۰۰۵)، ولز و کارتر (۲۰۰۱)، راسیز و ولز (۲۰۰۶) و ولز (۲۰۰۷) نیز بررسی و تأیید شده است.

در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که این اختلالات می‌توانند ساختاری باشند، یعنی در ماهیت افکار بیمار و مهمتر از آن در فرآیند یا راهبردهایی ریشه داشته باشند که بیماران برای ارزیابی و کنترل افکارشان به کار می‌برند (ولز، ۱۹۹۵؛ ولز، ۲۰۰۰). در نظریه فراشناخت، تأکید بر عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه‌های غیرسودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجانات منفی و کژکاری، و تداوم اختلالات روانشناختی می‌شوند.

نکته جالب توجه دیگر این است که به نظر می‌رسد اختلال در باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از جهاتی با مفهوم بینش شناختی و نقایص آن در مبتلایان به اسکیزوفرنیا مرتبط باشد. بینش شناختی شامل خودآگاهی بیمار و توانایی او در ارزیابی مجدد و تصحیح باورهای تحریف‌شده و تفسیرهای نادرست از بیماری و پیامدهای آن است. مؤلفه‌های تبیین‌کننده بینش بر سطوح بالاتر فرآیندهای شناختی یعنی فراشناخت‌ها متکی هستند به ویژه، آن که بک و همکاران (۲۰۰۴) در مفهوم بینش شناختی دو عامل را مطرح می‌کنند: ۱- خوداندیشمندی (درون‌نگری، واقع‌بینی و عینیت، تمایل به تصدیق خطاپذیری، بازبودن و پذیرندگی) و ۲- اطمینان به خود (اعتماد فرد به باورها، قضاوت‌ها و نتیجه‌گیری‌های شخصی، و مقاومت در برابر بازخوردهای دیگران و حق به جانب

خود دادن). به نظر می‌رسد ارزیابی‌ها و قضاوت‌های موردنظر در مفهوم بینش شناختی بر فرآیند پردازش اطلاعاتی متکی باشد که به وسیله فراشناخت‌ها راه‌اندازی و کنترل می‌شوند.

پژوهش حاضر با دو محدودیت روش شناختی روبه‌رو بود: اول این که ابزار خود گزارشگر فراشناخت‌ها تنها وسیله گردآوری اطلاعات بود. محدودیت دیگر کوچکی حجم نمونه گروه بیماران به دلیل محدود بودن موارد دارای تشخیص بود، به طوری که ارزیابی و سنجش در دفعات متوالی انجام شد. از این رو پیشنهاد می‌شود هر گونه رابطه اختصاصی بین ابعاد فراشناختی خاص و اختلالات روانی ویژه بیشتر بررسی شود. همان طور که پایه علی فراشناخت‌ها در روانپزشکی باید مورد کاوش زیادی قرار گیرد، باورهای فراشناختی در سایر تشخیص‌ها، به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی، نیز می‌بایست بررسی شوند. اگر فراشناخت‌ها به عنوان عوامل علی مهم در گسترش یا تداوم نشانه‌های روانپزشکی مطرح شوند، راهبردهای درمانی فراشناختی - محور (ولز، ۲۰۰۰) باید به عنوان یک روش مفید و سودمند بر مجموعه تکنیک‌های درمانگران افزوده شود تا باورهای فراشناختی اصلاح شوند و کنترل اجرایی بر توجه بهبود یابد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۵

1-Metacognitive-Focused

## منابع

- یوسفی، ر.، عریضی، ح. ر.، کلاتری، م.، و صادقی، س. (۱۳۸۲). مقایسه بینش شناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی. فصلنامه تازه-های علوم شناختی، ۵(۲)، ۳۷-۴۵.
- یوسفی، ر.، عریضی، ح. ر.، و صادقی، س. (۱۳۸۵). سنجش بینش شناختی در بیماران روانی. مجله علمی- پژوهشی روانشناسی، ۱۱(۴)، ۳۹۳-۳۸۱.
- یوسفی، ر.، صادقی، س.، جنگی اقدم، ح.، و سیوانی زاده، م. (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه میزان بینش در طیف اختلالات خلقی در هنگام پذیرش و ترخیص از مرکز روانپزشکی. مقاله تحت داوری در مجله علمی - پژوهشی روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.

Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clak, S. C., & Gorman, M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-837.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.

Baker, C., & Morrison, A. P. (1998). Metacognition, intrusive thoughts and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 28, 1199-1208.

- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 319-329.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 821-829.
- Lari, F. & Van der Linden, M. (2005). Metacognitions in proneness towards hallucination and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1425-1441.
- Morrison, A. P., Haddock, G., Tarrier, N., (1995) Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A. P., Wells, A., Nothard, S., (2000) Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 67-78.
- Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorder, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241-2246.
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Difference*, 40(1), 111-122.
- Warman, D. M., & Lysaker, P. H., & Martin, J. M. (2007). Cognitive insight and psychotic disorder: The impact of active delusions. *Schizophrenia Research*, 90, 325-333.
- Warman, D. M., & Martin, J. M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: An investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 84, 297-304.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 358-396.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A., (1995) Metacognition and Worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interoception: Effect of bodily information on anxiety, beliefs, and self-processing. *Behaviour Research and Therapy*, 39(1), 1-11.