

ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی

نویسندگان: 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 127 بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان بود که در چهار ماهه اول سال 1384 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 18 تا 30 و تحصیلات (حداقل دبیرستان) انتخاب شدند از این تعداد 28 نفر دارای هذیان، 33 نفر دارای توهم، 36 نفر دارای هذیان- توهم و 30 نفر بدون هذیان- توهم بودند. مصاحبه بالینی سازمان یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM- IV- R، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناختی 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 ازکاربردهای مهم این پژوهش می‌باشد.

25

1386

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، اسکیزوفرنی، توهم، هذیان

پردازش اطلاعات توسط ولز و متیوز [5] توسعه داده شده است. در مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی (self-regulatory executive function model) نسبت به اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی - توجهی (syndrome cognitive-attentional) که با تمرکز بر خود بالا، بازیابی تهدید، پردازش نشخواری، فعال‌سازی باورهای مختل و استراتژی‌های خود تنظیمی 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 [6 و 7].

اختلال در تنظیم شناخت به عنوان عوامل تعدیل‌کننده نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی مورد بحث قرار گرفته است [8]. منشأ چنین آشفتگی‌هایی ممکن است ماهیتاً ساختاری باشد و یا با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد [9 و 10]. چندین نظریه پرداز بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود تنظیمی به شناسایی و بررسی فراشناخت‌های بیماران سایکوتیک اقدام کرده‌اند. موریسون، هدوک و تاریر (Morrison, Haddock & Tarrier) [11] 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 [12]. شواهدی وجود دارد که از نقش سوگیری‌های پردازشی در هذیان‌ها و توهمات حمایت می‌کند [13]. باورهایی راجع به تجربه هذیانها و توهمات می‌تواند از نظر بالینی در حفظ و تداوم آنها مهم باشد [14].

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

بجا می‌گذارد. میزان شیوع این اختلال حدود 1 درصد گزارش شده است. طبق برآوردها حدود 16 درصد بیماران روانی جهان را اسکیزوفرن‌ها تشکیل می‌دهند و معمولاً 50 درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را این بیماران اشغال می‌کنند [1].

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، بیش‌کارکردی‌های 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 متعددی 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 [2].

تلاش پژوهشگران برای تبیین روان‌شناختی اسکیزوفرنیا و نشانه‌های وابسته به آن در اواخر دهه 1950 میلادی سبب انجام تحقیقات متعددی در این زمینه شده است. طبق یافته‌های پژوهشی فرایندهای شناختی بیماران اسکیزوفرنی نارسا و مختل است [3]. در دهه اخیر باورهای فراشناختی بیماران روانی بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است که در این پژوهش به آن پرداخته می‌شود.

به اعتقاد فلاول [4] 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، بازیابی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی از طریق مدل

اراسستی، آلسوارز و رویسوارز (Cangas, Errasti, Alvarez & Ruiz) [21] در مطالعه‌ای بر روی 81 دانشجوی بدین نتیجه رسیدند که باورهای منفی در مورد کنترل پذیری افکار و اعتماد شناختی با توهم رابطه معناداری دارند. انگار و گاف (Ongur & Goff) [22]

در پژوهشی به دست آوردند که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی رابطه دارد. مونتز، آوارس و کانگاس (Monets, Alvarez & Cangas) [23] 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 به طور معناداری کم‌تر بود.

فقدان اعتماد شناختی در گروه‌های دارای توهم، وسواس و گروه کنترل بالینی به طور معناداری بالاتر از گروه غیربالینی بود. باورهای مسئولیت‌پذیری در گروه فاقد توهم و گروه وسواس از گروه‌های کنترل بالینی و غیربالینی به طور معناداری بالاتر بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که عوامل فراشناختی آمادگی برای 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؟ کدام یک 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 پیش‌بین و نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی به عنوان متغیرهای ملاک در نظر گرفته شدند.

است تحت تأثیر باورهای فراشناختی باشد. باکر (Baker) و موریسون [15] نشان دادند بیماری‌های 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) [16] نشان دادند که افراد دارای هذیان‌های آسیب و گزند، فرانگرانی و کنترل افکار بیش‌تری دارند. لوبان، هدوک، کیندرمن و ولز (Lobban, Haddock, Kinderman & Wells) [17] در پژوهشی به دست آوردند که بیماران اسکیزوفرنی دارای توهم و فاقد توهم در مقایسه با بیماران اضطرابی و گروه غیربیمار، باورهای فراشناختی مختل‌تری دارند. بیماران 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 [18] 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) [19] 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 [20] 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،

یک مرکز درمانی بوده، نمونه پژوهش بر اساس امکان دسترسی به بیمار انتخاب شدند.

این بیماران در چهار گروه به شرح زیر می‌باشند: 28 بیمار اسکیزوفرنی دارای هذیان (19 مرد و 9 زن)، 33 بیمار اسکیزوفرنی دارای توهم (23 مرد و 10 زن)، 36 بیمار اسکیزوفرنی دارای هذیان-توهم (24 مرد و 12 زن) و 30 بیمار اسکیزوفرنی بدون هذیان-توهم (21 مرد و 9 زن). دامنه سنی بیماران 18 تا 30 سال با میانگین (و انحراف معیار) $\bar{x}=24/10$ (SD=3/41) می‌باشد.

آزمودنی‌ها

نمونه این پژوهش شامل 127 بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان بود که به علت داشتن نشانه‌های عمده اسکیزوفرنی در چهار ماهه اول سال 1384 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 18 تا 30 و تحصیلات (حداقل 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

جدول 1: توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	هذیان		توهم		هذیان-توهم		بدون هذیان توهم	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت								
مرد	19	67/9	23	69/7	24	66/7	21	70
زن	9	32/1	10	30/3	12	33/3	9	30
تحصیلات								
دبیرستانی	16	57/2	19	57/6	23	63/9	16	53/3
دیپلم	8	28/6	11	33/3	11	30/5	11	36/7
فوق دیپلم	2	7/1	2	6/1	1	2/8	3	10
لیسانس	2	7/1	1	3	1	2/8	0	0
تاهل								
مجرد	15	53/6	18	54/6	20	55/6	17	56/7
متاهل	9	32/1	13	39/4	12	33/3	10	33/3
مطلقه	4	14/3	2	6	4	11/1	3	10

ابزارها

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

1- 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

76 نفر (52 مرد و 24 زن) از بیماران تحصیلات دبیرستانی و دیپلم ردی، 39 نفر (26 مرد و 13 زن) دیپلم، 8 نفر (6 مرد و 2 زن) فوق دیپلم و 4 نفر (3 مرد و 1 زن) لیسانس داشتند. 72 نفر (49 مرد و 23 زن) از بیماران مجرد، 42 نفر (29 مرد و 13 زن) متاهل و 13 نفر (9 مرد و 4 زن) مطلقه بودند. توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات و تاهل آزمودنی‌های چهار گروه در جدول شماره 1 آمده است.

حالت پن ($r=0/54$) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری- عملی پادو ($r=0/49$) معنادار می باشد [24]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه 0/88 به دست آمد.

3- مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی: مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی برای اسکیزوفرنی (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia) 30 آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت پنج گزینه‌ای پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/83 گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی آندریاسن (Andriassen) 0/58 می‌باشد [25]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/80 می‌باشد.

روان‌پزشک و بررسی وجود یا فقدان هذیان و توهم انجام گردیده است.

2- پرسشنامه فراشناخت: فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (Metacognition Questionnaire) به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه 30 آیتم دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت 5 مؤلفه دارد که عبارتند از: 1- باورهای مثبت در مورد نگرانی 2- اعتمادشناختی 3- خودآگاهی شناختی 4- باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار 5- باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب 0/93 و 0/78 گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیل برگر ($r=0/53$)، پرسشنامه نگرانی

جدول 2: 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	
	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}
اعتماد شناختی	5/47	14/57	6/50	15/12	3/58	12/01
باورهای مثبت نگرانی	5/73	14/71	4/96	11/85	5/59	10/60
خودآگاهی شناختی	2/54	20/71	3/04	17/30	5/16	16/20
باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری فکر و خطر	5/88	14/73	4/44	16/36	6/01	15/20
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	4/95	18/43	4/79	15/88	3/21	15/01
باورهای فراشناختی	21/52	81/33	20/75	76/52	15/82	69/01
نشانه‌های مثبت	2/23	11/42	4/44	11/21	1/69	7/20
نشانه‌های منفی	1/47	4/18	2/23	4/91	1/24	3/30

روش اجرا

بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه شد. تشخیص اسکیزوفرنی از طریق روانپزشک و مصاحبه بالینی روان‌شناس با بیمار صورت گرفت. وجود یا فقدان

جهت انتخاب آزمودنی‌های مبتلا به اسکیزوفرنی در طول مدت چهارماه به درمانگاه و بخش‌های روان‌پزشکی

توهم‌ها و هذیان‌ها در بیماران بررسی شد. سپس پرسشنامه 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.

جدول 3: 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	**0/46	0/30	**0/41	*0/43	*0/39	0/01
باورهای مثبت نگرانی	*0/39	0/24	***0/76	*0/36	**0/51	0/11
خودآگاهی شناختی	**0/51	0/24	**0/46	0/07	0/25	0/19
باورهایی منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار	**0/52	0/29	**0/47	*0/38	**0/41	0/01
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	**0/51	*0/38	**0/49	**0/51	0/14	0/32
باورهای فراشناختی	**0/54	0/33	***0/62	**0/43	**0/51	0/16

*p<0/05 ** p<0/01 *** p<0/001

جدول 4: 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	76/84	1	76/84	9/72 (0/001)	0/522	0/272	0/52	3/12
	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	205/59	26	7/91	(0/001)	0/522	0/272	0/52	0/004
توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	368/22	1	368/22	43/69 (0/001)	0/765	0/585	0/77	6/61
	نشانه‌های مثبت	خودآگاهی شناختی	رگرسیون باقیمانده	261/30	31	8/29	(0/001)	0/617	0/380	0/62	0/001
هذیان-توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	251/29	1	251/29	20/87 (0/001)	0/784	0/615	0/50	4/49
	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	409/47	34	12/04	(0/001)	0/821	0/673	0/25	2/39
بدون هذیان-توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	406/52	2	203/26	26/38 (0/001)	0/784	0/615	0/50	4/49
	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	254/23	33	7/70	(0/001)	0/821	0/673	0/25	0/001
بدون هذیان-توهم	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	444/95	3	148/32	21/99 (0/001)	0/531	0/281	0/53	3/31
	نشانه‌های مثبت	باورهای مثبت نگرانی	رگرسیون باقیمانده	215/80	32	6/74	(0/001)	0/531	0/281	0/53	0/003

نتایج

جدول شماره 2 نشان می‌دهد که میانگین نمرات باورهای فراشناختی و نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی در بیماران دارای هذیان- توهم نسبت به سایر گروه‌ها بیش تر است.

جدول 3 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 قوی تر 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 4 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 کنترل ناپذیری افکار ($R=0/272$)، در

جدول 5: ضریب رگرسیون چند متغیری مؤلفه‌های 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 باقیمانده	8/45 49/65	1 26	8/45 1/91	4/43 (0/001)	0/381	0/145	0/38	2/10 0/05
	نشانه‌های منفی	باورهای در مورد نیاز به افکار کنترل	رگرسیون باقیمانده	42/6 /67 116	1 31	42/06 3/78	11/17 (/001)	0/515	0/265	0/52	3/34 0/01
هذیان- توهم	نشانه‌های منفی	باورهای مثبت در مورد نگرانی	رگرسیون باقیمانده	34/67 98/08	1 34	34/67 2/89	12/02 (/001)	0/511	0/261	0/51	3/47 0/01
	نشانه‌های منفی	اعتماد شناختی	رگرسیون باقیمانده	46/91 85/84	2 33	23/45 2/60	9/02 (/001)	0/594	0/353	0/31	2/17 0/04

بیماران دارای توهم باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R=0/585$)، در بیماران دارای هذیان- توهم به ترتیب خودآگاهی شناختی ($R=0/380$)، باورهای در مورد نیاز به فکار 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 5 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 ($R=0/265$) باورهای 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.

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

جدول 6: 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	3619/15	3	1206/50	3/74	0/01
	درون گروهی	39679/67	123	322/60		
	کل	43299/18	126			
نشانه‌های مثبت	بین گروهی	469/55	3	156/52	11/63	0/001
	درون گروهی	1655/49	123	13/46		
	کل	2125/04	126			
نشانه‌های منفی	بین گروهی	136/75	3	45/58	14/23	0/001
	درون گروهی	393/88	123	3/20		
	کل	530/63	126			

به بیماران دارای توهم و بدون هذیان - توهم بیش‌تر بود. نتایج این پژوهش با دیگر یافته‌های پژوهشی [15، 17، 18، 19، 20، 21، 23 و 24] 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

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

مزاحمی هستند که به طور بالقوه‌ای در تبیین نشانه‌های مثبت (مانند هذیان‌ها و توهمات) سودمند و مؤثر می‌باشند. به طور اختصاصی تر افکار مزاحم ممکن است با هذیان‌ها و توهمات از جمله با انتشار فکر، کناره‌گیری فکر، تزریق فکر یا هذیان‌های کنترل مرتبط باشند. از این رو تا زمانی که هذیان‌ها به عنوان اشکالی از افکار مزاحم در نظر گرفته شوند ممکن است مکانیزم‌های مشابه توهمات باشند [9]. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی مختل زمینه آسیب شدید شناختی و ادراکی را در بیماران مهیا می‌سازد، لذا در درمان این بیماران توجه به اصلاح فراشناخت کمک کننده 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 قوی تر می‌باشد. با توجه به نتایج فوق به نظر می‌رسد که نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی به یکدیگر مربوط نیستند و بیانگر فرایندهای متفاوتی می‌باشند که ممکن است به طور هم‌زمان رخ دهند [4]. به نظر می‌رسد که بیماران اسکیزوفرنی دارای هذیان و توهم اشکال مشابهی در تفسیر افکارشان داشته باشند.

نتایج نیز نشان داد که مؤلفه باورهایی 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

می‌باشند. هم‌چنین این نتایج به طور 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 [12] 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 توهماتی 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 [19] 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 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، غیرقابل کنترل‌اند و ممکن است موجب افزایش مسائلی بیرونی مانند استرس و رویدادهای زندگی شوند. این ویژگی‌ها مشخص‌ترین افکار

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.

ایجاد و تحول هذیان‌ها و توهمات در بیماران اسکیزوفرنی می‌باشد. این نتایج نیز می‌تواند شواهدی برای حمایت از 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

منابع

1. کاپلان، هارلود؛ سادوک، بنیامین و گریپ، جک (1375) خلاصه روان‌پزشکی، پور افکاری، نصرت الله. تهران: انتشارات شهر آب.
2. ساراسون، ایروین- جی. و ساراسون، باریارا- آر. (1374). 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 Symptomsead 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 ausitory 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 copintive beliefs in auditory hellucinetions. *Personality and individual Differences*. VOL 32: PP. 1351- 1363.
18. Morrison, A.P. & Wells, A. (2003) A comparison of metacognitions in patteint wity 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. Bowe SE. wells A. (2004) Interpretstions of voices in patients with hallncinstions and non- patient controls. *Behaviour Research and Therapy*. VOI 42: PP. 1315- 23.
21. Congas, A.J., Errasti, J.M., Alvarez, M. & Ruiz, R. (2006) Metacognitive factors and alterations related to predispositon to hallucination. *Personality and individual Differences*. 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 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.

Schizophrenia , Scizohprenia Bull. VOL 13: PP. 261-76.

25. Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (1986) The Positive and Negative Syndrome Scale for