

مؤلفه‌های فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی

دکتر عباس ابوالقاسمی *

صدیقه ابراهیم زاده **

دکتر محمد نریمانی ***

دکتر بتول احدی ****

چکیده

نقش فراشناخت در تحول و حفظ اختلالات اضطرابی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و متیوز توسعه یافته است. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط فراشناخت با شدت اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی در بیماران مبتلا می‌باشد. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ بیمار (۳۰ بیمار اختلال وسواس و ۳۰ بیمار اختلال وحشت‌زدگی) بود که از بین افراد مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع)، روزبه و طالقانی شهر تهران در روزهای زوج انتخاب گردیدند. همچنین ۳۰ آزمودنی غیربیمار به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی سازمان‌یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ولز، مقیاس اختلال وحشت‌زدگی لیو ویتز و پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادسلی استفاده شده است. نتایج پژوهش نیز نشان داد که فراشناخت با شدت اختلال وسواس ($r=0/56$) و شدت اختلال وحشت‌زدگی ($r=0/46$) همبستگی معنی‌داری دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ۶۲ درصد واریانس مربوط به شدت اختلال وسواس توسط مؤلفه‌های فراشناخت تبیین می‌شود. در صورتی که مؤلفه‌های فراشناخت ۳۰ درصد از واریانس مربوط به شدت اختلال وحشت‌زدگی را تبیین می‌کند. این نتایج حاکی از آن است که افزایش سطح فراشناخت باعث افزایش شدت اختلالات وسواس و وحشت‌زدگی می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهشی مرتبط همخوانی دارد. تأکید بر باورهای فراشناختی در درمانهای روانشناختی اختلالات اضطرابی از پیشنهادات مهم این پژوهش می‌باشد.

واژه-کلیدها: فراشناخت، اختلال وسواس، اختلال وحشت‌زدگی

* استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

** کارشناسی ارشد روانشناسی

*** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

**** استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

فراشناخت^۱ یکی از متغیرهای مهمی است که در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی آسیب جدی می‌بیند. مدل کنش اجرایی خود تنظیمی^۲ (ولز و متیوز،^۳ ۱۹۹۶) چهارچوبی شناختی برای فهم چگونگی سطوح و مؤلفه‌های چندگانه تعامل شناخت و رفتار در پایداری اختلالات اضطرابی فراهم کرده است. طبق این مدل، مشکل اصلی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باورهای فراشناختی^۴ مختل است. در مدل کنش اجرایی خودتنظیمی آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی توجهی که با تمرکز بر خود بالا، بازیابی تهدید، پردازش نشخواری، فعال سازی 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 بین باورهای فراشناختی و اختلالات اضطرابی ارتباط مثبت معنی‌داری به دست آمده است (کارتراپ-هاتون^۵ و ولز، ۱۹۹۷؛ ولز و پاپاگنور گیوز^۶، ۱۹۹۸).

چندین مدل برای تبیین علایم و سواسی بیان شده است. ارزیابی‌های مختل از افکار مزاحم و باورهای بیمار در مورد اهمیت این افکار، در این مدل‌ها مهم هستند. سالکووسکیس^۷ (۱۹۹۸) بیان می‌کند افراد مبتلا به اختلال و سواس باورهای مختلی مانند سرزنش کردن خود، احساس مسئولیت افراطی و اشتغال ذهنی در مورد وقوع آسیب برای خود و دیگران دارند.

در مدل کنش اجرایی خود تنظیمی (ولز و متیوز، ۱۹۹۶) سیستم شناختی چندگانه‌ای برای تبیین افکار تکرار شونده در اختلال و سواس توصیف شده است. منابع پردازش اطلاعات محدود بر رویدادهای درونی نظیر افکار، تجربیات هیجانی و رفتار تمرکز می‌کنند. در پردازش شناختی باورهای فراشناختی از علامت شناسی مهم اختلال و سواس ناشی می‌شود. همچنین باورهای بیمار در مورد کنترل‌ناپذیری افکار با نشانه‌های اختلال و سواس ارتباط دارد (پوردون و کلارک^۸، ۱۹۹۴). در واقع بیماران و سواسی گزارش می‌کنند که کنترل کمتری روی افکار مزاحم منفی‌ای دارند که تجربه می‌کنند (کالاماری و جانک^۹، ۱۹۹۸). مدل فراشناختی اختلال و سواس (ولز و متیوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۰) بر باورهایی در مورد معنا و اهمیت افکار مزاحم تأکید می‌کند. باورهای فراشناختی در مورد افکار مزاحم به طور وسیعی در سه بعد مورد توجه قرار گرفته است: الف) آمیختگی فکر-عمل^{۱۰}: به آمیختگی بین افکار و اعمال اشاره می‌کند.

ب) آمیختگی فکر-رویداد^{۱۱}: به باورهایی اشاره دارد که یک فکر می‌تواند شواهدی از وقوع یک رویداد باشد (راچمن^{۱۱}، ۱۹۹۳). ج) آمیختگی فکر-شی^{۱۳}: به باورهایی اشاره دارد که افکار، احساسات یا خاطرات می‌تواند مال افراد دیگر باشد (ولز، ۱۹۹۷). مدل فراشناختی نیز بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال و سواس باورهای فراشناختی مثبتی در مورد ضرورت انجام تشریفات و آیین‌هایی دارند که نشانه‌های اختلال و سواس را حفظ و تشدید می‌کند. طبق یافته‌های پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال و سواس ملاک‌های درونی نامناسب و مطلق (مانند حافظه کامل و غیره) برای خود انتخاب می‌کنند (ولز، ۱۹۹۷؛ ولز، ۲۰۰۰). کلارک (۲۰۰۴) نیز مدلی در مورد کنترل شناختی و سواس‌ها توصیف کرده است. وی بیان می‌کند که ارزیابی‌های غلط از کنترل و پیامدهای آنها، عامل فراشناختی اصلی در پایداری و سواس‌ها هستند. انواع دیگر ارزیابی افکار مزاحم ممکن است مهم و مرتبط با باورهایی راجع به کنترل باشند.

برخی حمایت‌های تجربی برای نقش فراشناخت در اختلالات و سواسی فراهم شده است. شواهدی وجود دارد که آمیختگی فکر-عمل در و سواس‌های بالینی نقش مهمی را ایفا می‌کند (راچمن و شافران^{۱۴}، ۱۹۹۹). مطالعات همبستگی بیان می‌کنند که فراشناخت پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های و سواس فکری-عملی (ولز و پاپاگنور گیوز، ۱۹۹۸) می‌باشد. ولز و کارت^{۱۵} (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی، فوبیای اجتماعی، افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر باورهای فراشناختی و فرانگرانی

مرضی تری نسبت به گروه کنترل غیربیمار دارند. همچنین گروه اختلال اضطراب فراگیر باورهای فراشناختی و فرانگرانی مررضی تری نسبت به گروههای دیگر داشتند. به اعتقاد وی باورهای فراشناختی علتی برای تحول و تداوم این اختلالات می باشد. مدل فراشناختی وسواس (ولز، ۱۹۹۷؛ ولز، ۲۰۰۰) پیش بینی می کند که اصلاح باورهای فراشناختی با فعال سازی محرک و سواسی به بهبود اضطراب و آشفتگی منجر می شود.

جانک، کالاماری، رایمن و هفل فینگر^{۱۶} (۲۰۰۳) در پژوهشی بدست آوردند که خودآگاهی شناختی افزایش یافته به عنوان یک فرآیند فراشناختی، اختلال وسواس را از یک اختلال اضطرابی ترکیبی متمایز می کند. هرمنز، مارتز، کورت، پیتز و ایلن^{۱۷} (۲۰۰۳) نشان دادند که بیماران وسواسی از گروه کنترل غیر اضطرابی باورهای فراشناختی مختل تری دارند. همچنین توانایی شناختی و نظارت بر واقعیت آنها کمتر بود. بین افراد دارای رفتارهای چک کردن کم و زیاد تفاوت معنی داری در زمینه های فوق بدست نیامد. موریسون^{۱۸} و ولز (۲۰۰۳) فراسناخت ۲۴ بیمار اسکیزوفرنی، ۳۵ بیمار اختلال وحشت زدگی و ۵۰ آزمودنی غیربیمار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنی فراسناخت مختل تری نسبت به گروههای اختلال وحشت زدگی و غیربیمار دارند. همچنین گروه اختلال وحشت زدگی نسبت به گروه غیربیمار فراسناخت مختل تری داشتند. در پژوهش گیلیام^{۱۹}، ولز و کارترایت- هاتون (۲۰۰۴) باورهای فراشناختی با افکار وسواسی رابطه مثبت معنی داری داشتند. همچنین آنها نشان دادند که باورهای فراشناختی نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی را پیش بینی می کند. مایرز^{۲۰} و ولز (۲۰۰۵) بین فراسناخت و شدت نشانه های اختلال وسواس فکری- عملی ارتباط مثبت معنی داری بدست آوردند. فیشر^{۲۱} و ولز (۲۰۰۵) اهمیت و نقش مدل فراشناختی را در اختلال وسواس اساسی نشان دادند. آنها بدست آوردند که باورهای فراشناختی در نگهداری، پایداری و تشدید نشانه های بیماری وسواس نقش مهمی را ایفا می کند. مونتز و آلوار^{۲۲} (زیر چاپ) در پژوهشی دریافتند که باورهای فراشناختی بیماران وسواسی از افراد غیربیمار مختل تر است و باورهای فراشناختی مختل نقش مهمی در باورهای خرافی و افکار جادویی این بیماران دارند.

با توجه به نتایج پژوهش های قبلی انتظار می رود که مؤلفه های مختلف فراسناخت با شدت اختلالات وسواس و وحشت زدگی ارتباط داشته باشد و زمینه های بروز و تشدید این اختلالات را در افراد بوجود آورد. بنابراین، این مطالعه در صدد پاسخگویی به سئوالات زیر است: آیا هریک از مؤلفه های فراسناخت با شدت اختلالات وسواس و وحشت زدگی رابطه دارند؟ کدامیک از مؤلفه های فراسناخت شدت این اختلالات را پیش بینی می کنند؟

۲- روش

نمونه و روش نمونه گیری: این پژوهش از نوع همبستگی است که به شیوه گذشته نگر انجام گرفته است. در این پژوهش مؤلفه های فراسناخت به عنوان متغیرهای پیش بین و شدت اختلالات وسواس و وحشت زدگی به عنوان متغیرهای ملاک در نظر گرفته شده اند.

آماري این پژوهش را ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس و اختلال وحشت زدگی مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی بیمارستانهای امام حسین (ع)، روزبه و طالقانی شهر تهران در روزهای زوج ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۴ و ۳۰ آزمودنی غیربیمار تشکیل می دهند ($n = 90$) که در سه گروه به شرح زیر انتخاب شدند: ۱- گروه اختلال وسواس ($n = 30$) که بر اساس تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی بر حسب ملاک های تشخیصی DSM-IV انتخاب شدند. ۲- گروه اختلال وحشت زدگی ($n = 30$) که بر اساس تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی بر حسب ملاک های تشخیصی DSM-IV انتخاب شدند. ۳- گروه کنترل غیربیمار: شامل آزمودنی هایی است که تا حدودی بر حسب سن، جنسیت و تحصیلات با

گروه‌های بیمار منطبق شدند و اختلال روانشناختی ندا شدند. با توجه به این که در روش همبستگی تعداد نمونه حداقل ۳۰ نفر می‌باشد، برای هر یک از سه گروه تعداد ۳۰ آزمودنی در نظر گرفته شد ($N = 90$).

میانگین (و انحراف معیار) سنی کل آزمودنی‌ها ۲۳/۰۷ (۵/۴۱) با دامنه ۱۸ تا ۲۸ سال، بیماران اختلال وسواس ۲۲/۹۷ (۵/۰۹)، بیماران اختلال وحشت‌زدگی ۲۳/۶۲ (۶/۰۱) و گروه غیربیمار ۲۲/۶۴ (۵/۶۰) بود. ۳۷/۱ درصد (۳۳ نفر) آزمودنی‌ها مرد و ۶۲/۹ درصد (۵۶ نفر) زن بودند. ۷۰/۸ درصد (۶۳ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۱/۲ درصد (۱۰ نفر) فوق دیپلم و ۱۸ درصد دارای لیسانس (۱۶ نفر) بودند. همچنین ۶۶/۳ درصد (۵۹ نفر) آزمودنی‌ها متأهل و ۳۳/۷ درصد (۳۰ نفر) مجرد بودند.

ابزار: برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است: الف) تشخیص روانپزشک و مصاحبه بالینی: در این پژوهش برای بررسی بیماران ابتدا تشخیص روانپزشک مد نظر قرار گرفت و سپس با مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-IV تشخیص قطعی داده شد.

ب) فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت: پرسشنامه فراشناخت ۲۳ توسط ولز و کارترایت - هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۳۰ آیت می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیل برگر ($r = 0.53$) و پرسشنامه نگرانی حالت پن ($r = 0.54$) معنی‌دار گزارش شده است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴) می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ می‌باشد. ج) پرسشنامه اختلال وحشت‌زدگی: پرسشنامه اختلال وحشت‌زدگی ۲۴ توسط لیوویتز، فایر و گومن (۱۹۸۴) برای اندازه‌گیری نشانه‌های حملات وحشت‌زدگی ساخته شده است و ۲۷ آیت دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۴ هفته) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۶ گزارش شده است (لیوویتز و همکاران، ۱۹۸۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۲ می‌باشد. د) پرسشنامه وسواس فکری- عملی ماد سلی: پرسشنامه وسواس فکری- عملی ماد سلی ۲۶ توسط هاجسون و راکمان (۱۹۸۰) به منظور بررسی وسواس تهیه شده است و ۳۰ آیت دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۴ گزارش شده است. آنها نشان دادند که این پرسشنامه می‌تواند بیماران وسواسی را از روان‌نژندی تفکیک کند (هاجسون و راکمان، ۱۹۸۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۸ می‌باشد.

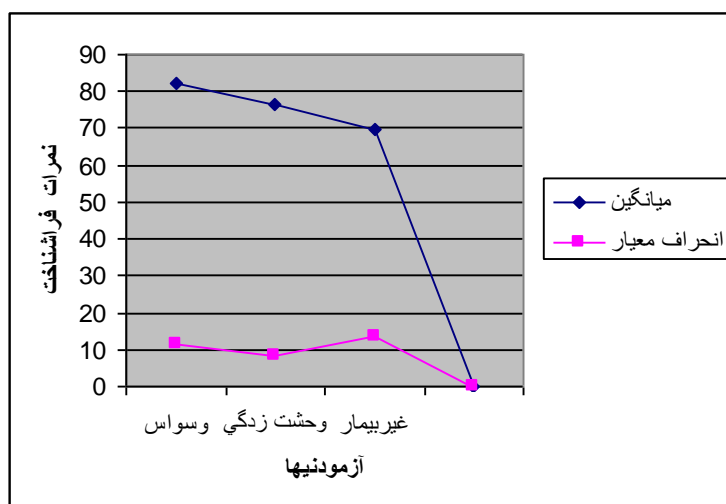
بعد از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس تشخیص روانپزشک و ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، هدف از اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. سپس پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها درخواست گردید که به دقت سوالات مورد نظر را مطالعه نموده و مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب نمایند و تا حد امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. همچنین به آنها گفته شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. سرانجام داده‌های جمع‌آوری شده با روش‌های آزمون تحلیل واریانس یک متغیری، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

۳- یافته‌ها

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف معیار فراشناخت و مؤلفه‌های آن را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، اختلال وحشت زدگی و گروه غیر بیمار

افراد غیر بیمار		اختلال وحشت زدگی		اختلال وسواس		گروه
SD	X	SD	X	SD	X	شاخص
۳/۲۴	۹/۹۳	۳/۸۹	۱۰/۹۴	۵/۰۹	۱۴/۰۳	مؤلفه‌های فراشناخت
۳/۶۶	۹/۶۰	۳/۵۴	۱۳/۳۰	۳/۷۱	۱۲/۴۵	اعتماد شناختی
۲/۴۶	۱۶/۶۹	۲/۹۶	۱۷/۱۷	۲/۱۶	۱۹/۵۷	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۳/۹۸	۱۷/۲۷	۴/۰۸	۱۸/۲۳	۳/۲۴	۱۹/۰۷	خودآگاهی شناختی
۱/۶۸	۱۶/۴۳	۲/۹۷	۱۶/۹۷	۲/۹۸	۱۶/۷۹	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار
۱۳/۵۵	۶۹/۹۲	۸/۱۲	۷۶/۶۱	۱۱/۱۹	۸۱/۹۴	باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل
						کل



نمودار ۱: مقایسه میانگین و انحراف نمرات در آزمودنیهای وسواس، وحشت زدگی و غیر بیمار

همانطور که در نمودار (۱) مشاهده می شود میانگین نمرات فراشناخت در گروه وسواس از وحشت زدگی و گروههای وسواس و وحشت زدگی از افراد غیربیمار بیشتر است.

همچنین نتایج تحلیل واریانس یک متغیری نشان داد که بین میانگین نمرات هر یک از مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی ($P = 0/001$ ، $df (2 و 86)$ ، $F = 8/49$)، اعتماد شناختی ($P = 0/001$ ، $df (2 و 86)$)،

($F = 9/639$)، خودآگاهی شنناختی ($P = 0/001$)، و کل فراشناخت ($F = 10/86$ ، $df(2 و 86)$)، $P = 0/02$) در گروههای اختلال وسواس، اختلال وحشتزدگی و افراد غیربیمار تفاوت معنی داری وجود دارد (P = 0/001). اما بین مؤلفه های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار ($P = 0/19$)، و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل ($P = 0/72$)، $df(2 و 86)$)، $F = 1/65$) در سه گروه تفاوت معنی داری بدست نیامد. آزمون LSD چند مقایسه ای نشان داد که در «گروه اختلال وسواس از گروه غیربیمار»، «گروه اختلال وحشتزدگی از گروه غیربیمار» و «گروه اختلال وسواس از گروه اختلال وحشتزدگی» فراشناخت بیشتر مختل است.

نتایج مندرج در جدول (2) نشان می دهد که باورهای مثبت در مورد نگرانی ($r = 0/46$)، باورهایی در مورد کنترل ناپذیری افکار ($r = 0/73$) و کل فراشناخت ($r = 0/56$) با شدت اختلال در بیماران مبتلا به وسواس همبستگی معنی داری دارند ($p < 0/01$). ضمن آنکه مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی ($r = 0/36$) و کل فراشناخت ($r = 0/42$) با شدت اختلال در بیماران مبتلا به وحشتزدگی همبستگی معنی داری دارند ($p < 0/01$).

جدول 2: ضریب همبستگی مؤلفه های فراشناخت با شدت اختلال وسواس و اختلال وحشتزدگی

اختلال وحشتزدگی	اختلال وسواس	نوع اختلال مؤلفه های فراشناخت
0/32	0/26	اعتماد شناختی
**0/36	**0/46	باورهای مثبت در مورد نگرانی
0/17	0/32	خودآگاهی شناختی
0/29	***0/73	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری
0/11	0/29	باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل
0/42	*0/56	کل

P = 0/01 *P = 0/001

برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه های فراشناخت بر واریانس شدت اختلال در بیماران وسواس، مؤلفه های فراشناخت به عنوان متغیرهای پیش بین و شدت اختلال وسواس به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین میانگین نمره شدت اختلال وسواس با مؤلفه های فراشناخت در جدول (3) ارائه شده اند. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی دار است ($p < 0/001$) و 62 درصد واریانس مربوط به شدت اختلال وسواس توسط مؤلفه های فراشناخت تبیین می شود. ضریب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می دهند که مؤلفه های فراشناخت می توانند واریانس شدت این اختلال را به صورت معنی داری تبیین کنند. ضریب تأثیر باورهای منفی در مورد خطر ($B = 1/72$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($B = 1/42$) با توجه به آماره های t نشان می دهند که می توانند با اطمینان 95 درصد تغییرات مربوط به شدت اختلال وسواس را پیش بینی کنند.

جدول ۳: ضریب رگرسیون چندمتغیری مؤلفه‌های فراشناخت
با شدت اختلال در بیماران وسواسی

t (P)	Beta	B	SE	R2	R	F (P)	MS	df	SS	شاخص		
										ملاک	متغیرها	آزمون
۰/۱۸ (۰/۱۸)	۰/۲۶۱	۰/۶۸۸	۰/۵۰۰	۰/۰۶۸	۰/۲۶۱	۱/۹۰ (۰/۱۸)	۱۹۰/۱۹	۱	۱۹۰/۱۹	رگرسیون	اعتماد شناختی	قدرت وسواسی
							۱۰۰/۳۰	۲۵	۲۶۰۷/۹۲	باقیمانده		
۲/۴۰ (۰/۰۲)	۰/۴۷۰	۱/۴۲	۰/۵۹۴	۰/۲۴۲	۰/۴۹۲	۳/۹۹ (۰/۰۳)	۳۳۸/۵۳	۲	۶۷۷/۰۶	رگرسیون	باورهای مثبت	
							۸۴/۸۴	۲۴	۲۱۲۱/۰۵	باقیمانده		
-۰/۱۷ (۰/۰۸۷)	-۰/۰۴۸	-۰/۱۶۷	۰/۹۷۷	۰/۲۴۳	۰/۴۹۳	۲/۵۷ (۰/۰۸)	۲۲۶/۵۴	۳	۶۷۹/۶۳	رگرسیون	خودآگاهی شناختی	
							۸۸/۲۷	۲۳	۲۱۱۸/۴۸	باقیمانده		
۴/۰۸ (۰/۰۰۱)	۰/۶۶۳	۱/۷۲	۰/۴۲۱	۰/۵۶۰	۰/۷۴۹	۷/۳۳ (۰/۰۰۱)	۳۹۱/۹۹	۴	۱۵۶۷/۹۷	رگرسیون	باورهای منفی ...	
							۵۳/۴۸	۲۲	۱۲۳۰/۱۴	باقیمانده		
-۱/۸۸ (۰/۰۰۷)	-۰/۳۴۸	-۱/۲۵	۰/۶۶۴	۰/۶۲۱	۰/۷۸۸	۷/۲۱ (۰/۰۰۱)	۳۴۷/۵۷	۵	۱۷۳۷/۸۳	رگرسیون	نیاز به افکار کنترل	
							۴۸/۱۹	۲۱	۱۰۶۰/۲۸	باقیمانده		

برای تعیین تأثیر هر یک از مؤلفه‌های فراشناخت بر واریانس شدت اختلال در بیماران وحشت‌زدگی، مؤلفه‌های فراشناخت به عنوان متغیرهای پیش‌بین و شدت اختلال وحشت‌زدگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره شدت اختلال وحشت‌زدگی با مؤلفه‌های فراشناخت در جدول (۴) ارائه شده‌اند. بر اساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است ($p < ۰/۰۰۱$) و ۳۰ درصد واریانس مربوط به شدت اختلال وحشت‌زدگی توسط مؤلفه‌های فراشناخت تبیین می‌شود. ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که مؤلفه‌های فراشناخت می‌توانند واریانس شدت این اختلال را به صورت معنی‌داری تبیین کنند. ضریب تأثیر باورهای مثبت در مورد نگرانی ($B = -۰/۶۸۹$) با توجه به آماره t نشان می‌دهد که می‌تواند با اطمینان ۹۸ درصد تغییرات مربوط به شدت اختلال وحشت‌زدگی را پیش‌بینی کند.

جدول ۴: ضریب رگرسیون چندمتغیری مؤلفه‌های فراساخت با شدت اختلال در بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی

t (P)	Beta	B	SE	R2	R	F (P)	MS	df	SS	شاخص		تأثیر سوساس
										ملاک	متغیرها	
-۱/۷۰ (۰/۱۰)	-۰/۳۲۲	-۰/۳۸۸	۰/۲۲۸	۰/۱۰۴	۰/۳۲۲	۲/۸۹ (۰/۱۰)	۱۰۴/۹۴	۱	۱۰۴/۹۴	رگرسیون	اعتماد	قدرت و سوساس
							۳۶/۳۵	۲۵	۹۰۸/۶۹	باقیمانده	شناختی	
-۲/۳۷ (۰/۰۳)	-۰/۴۱۶	-۰/۶۸۹	۰/۲۹۱	۰/۲۷۴	۰/۵۲۳	۴/۵۲ (۰/۰۲)	۱۳۸/۷۲	۲	۲۷۷/۴۴	رگرسیون	باورهای مثبت	
							۳۰/۶۸	۲۴	۷۳۶/۱۹	باقیمانده		
۰/۱۴ (۰/۸۸)	۰/۰۲۸	۰/۰۶۹	۰/۴۷۷	۰/۲۷۴	۰/۵۲۴	۲/۹۰ (۰/۰۵)	۹۲/۷۰	۳	۲۷۸/۱۰	رگرسیون	خودآگاهی شناختی	
							۳۱/۹۸	۲۳	۷۳۵/۵۳	باقیمانده		
-۰/۱۴ (۰/۸۹)	-۰/۰۳۲	-۰/۰۵۹	۰/۴۲۱	۰/۲۷۵	۰/۵۲۴	۲/۰۹ (۰/۱۲)	۶۹/۶۹	۴	۲۷۸/۷۶	رگرسیون	باورهای منفی ...	
							۳۳/۴۰	۲۲	۷۳۴/۸۷	باقیمانده		
۰/۸۲ (۰/۴۲)	۰/۱۸۰	۰/۳۶۴	۰/۴۴۴	۰/۲۹۸	۰/۵۴۵	۱/۸۸ (۰/۱۶)	۶۰/۳۱	۵	۳۰۱/۵۶	رگرسیون	نیاز به افکار کنترل	
							۳۳/۹۰	۲۱	۷۱۲/۰۷	باقیمانده		

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که مشاهده شد میانگین نمرات فراساخت بیماران مبتلا به اختلال و سوساس از بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی و گروه کنترل غیربیمار بیشتر بود. میانگین نمرات هر یک از مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی در گروه اختلال و سوساس از گروه‌های اختلال وحشت‌زدگی و غیربیمار به طور معنی‌داری بیشتر بود. اما بین مؤلفه‌های باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل در سه گروه تفاوت معنی‌داری بدست نیامد. این نتیجه نه تنها تقریباً با یافته‌های پژوهشی دیگر (ولز، ۲۰۰۰؛ مورسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ هرمنز و همکاران، ۲۰۰۳؛ مایرز و ولز، ۲۰۰۵) همخوانی دارد. بلکه بیان‌کننده آن است که نقش این باورها و انتظارات در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی مهم می‌باشند. با توجه به نقش باورهای فراساختی بر اختلالات اضطرابی، راهبردهای رفتاری - شناختی با ایجاد چالش‌انگیزی در آن باورها می‌توانند به کاهش وقوع افکار و رفتارهای اضطرابی کمک کنند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که باورهای فراساختی بیماران اختلال وحشت‌زدگی نسبت به افراد غیربیمار بیشتر مختل کننده است. بیماران دارای اختلال وحشت‌زدگی نیز در تمام مؤلفه‌های باورهای فراساختی، نمرات بالاتری در مقایسه با گروه غیربیمار به دست آوردند. این نتایج حاکی از این است که فراساخت‌ها، عوامل زیربنایی هستند که در تحول و پایداری پریشانی روان شناختی درگیر هستند و می‌توانند شواهدی در حمایت از مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی باشند. این یافته با پژوهش‌های انجام شده در مورد اختلالات روان شناختی نظیر نگرانی مرضی و اختلال اضطراب منتشر (ولز و کارتر، ۲۰۰۱)، اختلال و سوساس (ولز و پاپانگورگوز، ۱۹۹۸)، خود بیمار انگاری (بومن و میجر، ۱۹۹۹) و اختلال استرس پس از ضربه (هولوا، تاریر و ولز، ۲۰۰۱) هماهنگ است. شاید بتوان گفت که بین عوامل فراساختی و آشفستگی روانشناختی روابط علی وجود داشته باشد. در مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی، 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، به تداوم اختلالات هیجانی منجر می‌شوند. هر چه شدت اضطراب بالاتر می‌رود، مکانیزم‌های فراساختی خاصی مانند درگیری توجهی، ویژگی‌های انگیزشی و ارزیابی‌های فراساختی مرتبط با پریشانی هیجانی، بیشتر مورد استفاده بیمار قرار می‌گیرند.

همانطور که ملاحظه شد فراشناخت با شدت اختلال در بیماران مبتلا به وسواس و وحشت‌زدگی همبستگی معنی‌داری دارند ($p < 0/01$) که این همبستگی در بیماران اختلال وسواس قوی‌تر است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از این است که افزایش سطح دو مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی و باورهای منفی در مورد خطر، شدت اختلال را در بیماران وسواس افزایش می‌دهد. در صورتی که در بیماران وحشت‌زدگی تنها مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی شدت این اختلال را افزایش می‌دهد. این نتایج ضمن تأیید یافته‌های دیگر، شواهد تجربی برای مدل کنش اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوز (۱۹۹۶) در مورد اختلالات روانشناختی، مدل فراشناختی اختلال وسواس (۲۰۰۰) و مدل کنترل شناختی کلارک (۲۰۰۴) فراهم می‌کند.

این نتایج حاکی از این است که فراشناخت و مؤلفه‌های آن از عوامل مهم و اساسی در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی می‌باشند که در تحول و پایداری این اختلالات نقش مهمی دارند. نتایج این مطالعه می‌تواند شواهدی برای حمایت از مدل ولز در مورد اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی فراهم کند. چنانچه مؤلفه‌های فراشناخت به عنوان عوامل علی مهم در تحول و یا پایداری علایم اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی در نظر گرفته شوند، راهبردهای درمانی متمرکز بر فراشناخت می‌تواند باورهای فراشناختی را اصلاح کند و بهبود کنترل اجرایی توجه نیز می‌تواند شرایط مناسب و سودمندی را برای انگیزش‌دهی درمانگر در انتخاب تکنیک‌های درمانی فراهم نماید.

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان بیان کرد زمانی که بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی در موقعیت‌های دشوار قرار می‌گیرند نسبت به کنترل آن احساس ناتوانی می‌کنند و یا اینکه معتقد می‌شوند وقتی نگران هستند بهتر عمل می‌کنند و در نتیجه قادر به تحمل شرایط دشوار نبوده و در نتیجه با مسایل، منطقی برخورد نمی‌کنند. رابی چاد و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که چرا افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در برخورد با موقعیت مشکل تمایل دارند آن را به صورت منفی و لاینحل توصیف کنند؟ آنها معتقدند که نگرش مثبت این بیماران راجع به نگرانی باعث می‌شود نگرانی مرضی و حل مساله در تضاد با هم قرار گیرد و هنگام مواجهه با مشکل آنرا منفی و غیر قابل حل تصور کنند.

نتایج حاصل از این پژوهش به ما کمک می‌کند که شواهدی را در مورد روابط اختصاصی بین فراشناخت و علایم اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی فراهم کنیم. آنچه که در حال حاضر نیاز داریم تحلیل جزئیات بیشتر عوامل فراشناختی دربرگیرنده نشانه‌های اختلال وسواس و اختلال وحشت‌زدگی است. این کار دشواری است زیرا چنین عواملی نیز مؤلفه‌های پیچیده‌ای دارند (ولز، ۲۰۰۰). برای نمونه در مدل فراشناختی اختلال وسواس تمایز اساسی بین باورهایی در مورد قدرت و معنای افکار و احساسات، و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و انجام آیین‌ها و تشریفات اجباری وجود دارد.

محدودیت این پژوهش شامل محدود بودن نمونه پژوهش به چند بیمارستان در تهران، عدم توجه به جنسیت و متغیر طول درمان در بیماران بود که تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی دشوار می‌سازد.

- | | |
|---|--|
| 1- Metacognition | 2- Self –Regulatory Executive Function Modle |
| 3- Wells & Matthews | 4- Metacognitive belives |
| 5- Certwright-Hatton | 6- Papageorgious |
| 7- Salkovskis | 8- Purdon & Clark |
| 9- Calamari & Janeck | 10- Thought-action fusion |
| 11- Rachman | 12- Thought-event fusion |
| 13- Thought-object fusion | 14- Shaffran |
| 15- Carter | 16- Janeck., Calamari, Riemann. & Heffelfinger |
| 17- Hermans, Martens, Cort, Pieters & Eelen | 18- Morrison |
| 19- Gwilliam | 20- Myers |
| 21- Fisher | 22- Monets & Alvarez |
| 23- Metacognition Questionnaire | 24- Panic disorder |
| 25- Liebowitz, Fyer & Goman | 26- Obsessive-Compulsion Inventory |
| 27- Hajson & Rukman | |

منابع و مأخذ خارجی:

- Bouman, T.K., & Meijer, K.J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion. *Journal of Anxiety Disorder*, 11, 279-315.
- Calamari, A., & Janeck, A.S. (1998). Intrusive thought in obsessive-compulsive disorder: appraisal differences. *Depression and Anxiety*, 7, 139-140.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. Guilford Press, New York, USA.
- Fisher, P., Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S., (2004). Dose metacognition and responsibility predict obsessive-compulsive symptoms a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hermans, D., Martens, D., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Hodgson, R.J. & Rachman, S. (1980). *Obsessive-compulsive disorder*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accident. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- Janeck, A., Calamari, J.E., Riemann, B.C., & Heffelfinger, S.K. (2003). Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., & Goman, J. M. (1984). Lactate provocation of panic attacks. *Archive of journal of psychiatry*, 41, 764-770
- Monets, J., & Alvarez, M. (in press). metacognitons in patients with hallucinationa and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Morrison, A, P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patteint wity hallucinations and

- delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251- 256.
- Myers.S.G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 806-818.
- Purdon, C.L., & Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6,102-110.
- Purdon, C.L., & Clark, D.A. (1994). Obsessions intrusive thoughts in nonclinical subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403- 410.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31,149-154.
- Rachman, S., & Shaffran, R. (1999). Cognitive distortions thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Salkovskis, P.M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In: R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman and M.A. Richtewr, Editors, *Obsessive-compulsive disorder:theory, research, and treatment*, Guilford Press, New York, PP.33-50.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition. Chichester, UK: Wiley. *Therapy*, 32, 867- 870.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). Attention and emotional clinical perspective. Lawrence Erlbaum & Associates, Hove, UK.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of GAD and PD. *Behaviour Therapy*, 34, 881- 888.
- Wells, A. & papageorgious, C. (1998). Relationships between worry, obsessive- Compulsive Symptomsead meta- cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899- 913.
- Wells, A. Certwright-Hatton, S.(2004). A short form of metacognitons puestionnaire. *Behaviour Research and therapy*, 42, 385-396.
- Wells, J.(1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders a practice manual and conceptual guide*. Wiley, ch: chester, UK.
- Wells, A. & Motthews, G.(1996). Modeling cognitive in emotional. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881- 888.