

مقایسه باورهای فراشناختی بیماران افسرده، وسواسی - اجباری و گروه سالم

علی‌رضا فرنام^۱، حسین قلی‌زاده^{۲*}، جابر پیرزاده^۳، عیسی حکمتی^۴، احمد رسولوند صادقی^۵

خلاصه

مقدمه: فراشناخت به‌عنوان یک عامل مهم در تکوین و تداوم اختلالات روانی گوناگون، به‌ویژه اختلال وسواسی-اجباری و افسردگی در نظر گرفته می‌شود. هدف مطالعه حاضر مقایسه باورهای فراشناختی در بین بیماران افسرده، وسواسی-اجباری و گروه سالم بود.

روش: ۵۰ نفر بیمار افسرده و ۴۹ بیمار وسواسی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره شهر تبریز انتخاب شدند. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۱ نفر بعد از هم‌تاسازی با گروه‌های بیمار از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II)، سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی (MOCI) و پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) پاسخ دادند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند که بین گروه سالم با بیماران افسرده و وسواسی در نمره کل فراشناخت و نیز تمامی خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معنی‌دار ($P < 0/001$) وجود دارد. اما بیماران افسرده فقط در نمره کل و خرده‌مقیاس باورهای منفی کلی با بیماران وسواسی تفاوت معنی‌دار داشتند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج به‌دست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که بیماران افسرده و وسواسی با اختلال در بسیاری از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی همراه هستند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، افسردگی، اختلال وسواسی - اجباری

۱- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز ۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت معلم تهران ۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی ۵- کارشناس روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

* نویسنده مسؤل، آدرس: تبریز، شریعتی جنوبی، روبروی کوچه‌المان، ساختمان ۱۶۷ • آدرس پست الکترونیک: hossein.gholizade@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۱۵

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۹/۹/۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۶/۱۱

مقدمه

نظریه‌های شناختی در مورد اختلالات هیجانی نظیر نظریه طرحواره (schema theory) بر این اصل مبتنی هستند که اختلالات روانی با آشفتگی در تفکر همراه است، به‌ویژه، اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی با افکار منفی خودکار و تحریف در تفسیر محرک‌ها و رویدادها مشخص می‌شود (۱). در حالیکه شناخت درمانی، اغلب محتوای افکار را مد نظر دارد، چگونگی تفکر افراد بعد مهمی است که تلویحاتی را برای اختلالات روان‌شناختی و بهبود در بر دارد. مدل اختلال هیجانی ولز و ماتیوس (Wells & Mathews) مستقیماً فراشناخت (metacognition) و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند می‌دهد (۱). فراشناخت عبارت است از فرایند فکر کردن در مورد «فکر کردن»، دانستن در مورد آنچه می‌دانیم و آنچه نمی‌دانیم و توانایی کنترل افکار خویشتن. به عبارت دیگر فراشناخت به ساختارهای روان‌شناختی، دانش وقایع و فرایندهایی که در کنترل، تغییر و تفسیر تفکر درگیرند، می‌پردازد (۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه بعد از فراشناخت با بدکار کردی روان‌شناختی مرتبط می‌باشد. این سه بعد باورهای منفی در مورد نگرانی معطوف به کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان‌شناختی و باورهای مرتبط با نیاز به کنترل افکار می‌باشند (۳). فراشناخت به عنوان یک عامل مهم در تکوین و تداوم اختلالات روانی گوناگون، به‌ویژه اختلال وسواسی-اجباری (۴) و افسردگی (۳)، در نظر گرفته می‌شود. پژوهشگران مدل‌های شناختی مختلفی را برای تبیین منشأ و علت‌شناسی علایم وسواسی-اجباری به‌وجود آورده‌اند و بر تفسیر یا ارزیابی افکار مزاحم و باورها در مورد اهمیت این افکار تأکید کرده‌اند (۵). سالکوفسکی (Salkofskis) از اولین کسانی بود که پیشنهاد کرد افراد دارای باورهای ناکارآمد وسواسی، درگیر افکار سرزنش و مسؤولیت در مورد آسیب‌های اتفاق افتاده برای خود و دیگران هستند (۶)،

علاوه بر این راجمن (Rachman) نشان داد که برخی افراد وسواسی-اجباری (Obsessive Compulsive Disorder: OCD) از آمیختگی فکر-عمل رنج می‌برند که نشان‌دهنده این باور است که افکار می‌توانند وقایع را تحت تأثیر قرار دهند و با عمل برابرند (۷). بر این اساس ابتدا ولز و ماتیوس (۸) و سپس ولز (۹) نقش فراشناخت در اختلالات روانی به‌ویژه OCD را دوباره فرمول‌بندی کردند. مدل فراشناختی OCD که با عنوان «کنش اجرایی خود نظم‌بخش (Self-Regulatory Executive Functions: S-REF)» شناخته می‌شود (۸)، بر این فرض استوار است که افکار وسواسی نتیجه تفسیر منفی باورهای فراشناختی در مورد معنی و یا پیامد خطرناک یک فکر یا افکار ویژه است. بر این اساس سیستم فراشناختی برای تنظیم خود به وسیله معانی باورهای مربوط به خود، شکل گرفته است. تحریف در باورهای فراشناختی بر معانی و کارکرد شناخت تأثیر می‌گذارد. بنابراین نقص در کارکرد S-REF در تنظیم مؤثر، ممکن است منجر به افکار نشخواری و نگرانی فعال شود. بر اساس این مدل پرسشنامه فراشناخت (MCQ) به‌وجود آمد (۱۰). عامل‌های فراشناختی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود رابطه مثبتی با علایم وسواسی-اجباری (۱۱) و افسردگی (۱۲) دارند.

بر اساس مدل فراشناختی فرد مبتلا به اختلال وسواس در پاسخ به یک برانگیزاننده که معمولاً یک فکر، احساس یا میل ناخواسته است، پریشان و مضطرب می‌شود. وقوع افکار مزاحم، باورهای فراشناختی فرد درباره معنا و اهمیت این افکار را فعال می‌سازند (۱۳). باورهای فراشناختی شامل دو حیطه محتوایی گسترده هستند. باورهای فراشناختی مثبت به فواید و سودمندی درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی مربوط می‌شود. مانند: «متمرکز شدن بر تهدید مفید است» و «نگرانی درباره آینده به من کمک می‌کند تا از خطر اجتناب کنم». باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل‌ناپذیری، معنی، اهمیت و خطر افکار و

درمانی متعددی توسعه یافته‌اند تا باورهای فراشناختی ناسازگار را تغییر دهند (۱۸) و تحقیقات نشان داده‌اند که این درمان‌ها در کاهش علائم مؤثر بوده‌اند (۱۹).

با توجه با مطالب گفته شده هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی بیماران وسواسی-اجباری با بیماران افسرده اساسی (Major Depression Disorder: MDD) می‌باشد. وجود تفاوت‌های بارز و اساسی در باورهای فراشناختی این دو اختلال می‌تواند راهنمایی باشد برای روان‌درمان‌گرانی که از درمان‌های فراشناختی استفاده می‌کنند تا بتوانند این تفاوت‌ها را در زمینه درمان نیز اعمال نمایند.

روش بررسی

نوع مطالعه در این پژوهش از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران افسرده اساسی و وسواسی-اجباری مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بزرگمهر و مراکز مشاوره شهر تبریز تشکیل می‌دادند، که از بین این بیماران ۵۰ نفر بیمار افسرده (۳۳ زن و ۱۷ مرد) و ۴۹ بیمار دچار وسواس (۳۱ زن و ۱۸ مرد) به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط اصلی ورود به طرح داشتن افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات عاطفی (Structural interview for affective disorders) و پرسشنامه افسردگی بک (برای گروه افسرده)، داشتن اختلال وسواسی-اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته روانپزشک یا روانشناس بالینی و پرسشنامه مادسلی بود. ملاک‌های حذفی هم شامل اختلالات پسیکوتیک، اختلالات شخصیتی، نداشتن اختلال روانی دیگر به صورت هم‌زمان (comorbidity)، عقب‌ماندگی ذهنی و وابستگی دارویی بود. گروه کنترل نیز به تعداد ۵۱ نفر (۳۰ زن و ۲۱ مرد) از طریق هم‌تاسازی (matching) با گروه‌های بیمار در متغیرهایی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی و سطح

تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند. مانند: «اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم ممکن است بر خلاف میل من به آنها عمل کنم» (۸). در مطالعه‌ای عنوان شده که بیماران OCD و GAD در دو مؤلفه از مقیاس MCQ به نام‌های «غیرقابل کنترل بودن نگرانی و خطر» و «باورهای منفی در مورد افکار»، به طور معنی داری با گروه بهنجار و اختلالات هیجانی دیگر تفاوت دارند (۱۰). بر اساس پژوهشی دیگر وقتی که هم‌پوشی بین نگرانی و علائم وسواسی-اجباری کنترل شود، شواهدی از ویژگی و تفاوت الگوی باورهای فراشناختی به عنوان پیش‌بینی کننده نگرانی در مقابل علائم وسواسی اجباری ظاهر می‌شود (۴). هم‌چنین عنوان شده که بین رفتارهای وسواسی با باورهای فراشناختی ارتباط وجود دارد (۱۴).

هم‌چنین برخی از پژوهش‌ها شواهدی از نقش باورهای فراشناختی در افسردگی یک قطبی را نشان داده‌اند، اگر چه تحقیقات در این زمینه نسبت به اختلالات OCD کمتر گزارش شده است. به عنوان مثال ارتباط باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری از جمله «من سعی می‌کنم برای مشکلاتم پاسخی پیدا کنم» و «من نیاز دارم این افکار را در ذهنم برای پیش‌گیری از اشتباهات آینده نشخوار کنم» با سطوح بالای نشخوار فکری (۱۵) و با نشانه‌شناسی افسردگی (۱۶) نشان داده شده است.

در پژوهشی نشان داده شده که فقدان اعتماد به مهارت‌های شناختی با افسردگی ارتباط دارد. در این مطالعه تلاش شده اثرات افسردگی روی مهارت‌های شناختی و فراشناختی تشخیص داده شود و نتایج پژوهش نشان داده که افسردگی شدید با نواقص عملکردی واقعی و هم‌چنین با ناکارآمدی در دانش فراشناختی و بازبینی عملکرد ارتباط دارد (۱۷).

یافته‌های پژوهش دیگری نیز نشان داده که فراشناخت ارتباط مثبت و معنی داری با هیجان منفی (افسردگی و اضطراب) دارد (۳). در ارتباط با این یافته‌ها، راهبردهای

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد در باره تفکرشان را می‌سنجد. این مقیاس بر پایه الگوی کنش اجرایی خود نظم‌بخش (S-REF) ولز و متیوس در باره اختلال‌های هیجانی و الگوی فراشناختی اختلال اضطراب منتشر می‌باشد (۲۳). این مقیاس دارای ۵ خرده مقیاس است: (۱) باورهای مثبت در باره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، (۳) باورهایی در باره اطمینان‌شناختی، (۴) باورهایی در باره نیاز به کنترل افکار و (۵) وقوف‌شناختی. در زمینه روایی این پرسش‌نامه دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن را ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۲). در ایران شیرین‌زاده دستگیری، ضریب هم‌سانی درونی آن را برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است (۲۴).

نتایج

جدول شماره ۱ نمره‌های آزمودنی‌ها را در سه پرسشنامه (باورهای فراشناختی، تست افسردگی بک و سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی) نشان می‌دهد. برای تحلیل داده‌های آماری از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. لامبدای ویلکز به دست آمده نشان می‌دهد که بین میانگین سه گروه تفاوت کلی وجود دارد ($F=87/19$, $P<0/001$). جدول شماره ۲ تحلیل واریانس چند متغیره را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و نیز نمره کل مقیاس بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای تحلیل بیشتر

تحصیلات، از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. گروه کنترل قبل از انجام دادن آزمون‌ها در یک مصاحبه روان‌شناختی شرکت می‌کردند تا عدم ابتلا به افسردگی، وسواسی اجباری یا دیگر اختلالات روان‌پزشکی در آن‌ها تأیید شود.

ابزارهای پژوهش

تست افسردگی بک - ویراست دوم (BDI-II): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۱ توسط بک (Beck) و همکاران تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران قابل قبول با ضریب آلفای ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ می‌باشد (۲۰).

سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی (MOCI): این پرسشنامه توسط hodjson & Rachman در سال ۱۹۷۷ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیظه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط می‌باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر می‌باشد. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسشنامه مادسلی شامل ۵ خرده مقیاس واری (Checking)، شستشو (Washing)، کندی (Retarded)، شک (Doubt) و نشخوارذهنی می‌باشد (۲۱). راجمن و هاجسون اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تأیید نمودند (۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است (۲۲).

دارد. هم‌چنین بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل فراشناخت و خرده مقیاس‌ها تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. اما بیماران افسرده فقط در نمره کل و خرده مقیاس باورهای منفی کلی با بیماران وسواسی تفاوت معنی‌دار داشتند ($P < 0/05$).

و فهمیدن اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳). با توجه به جدول شماره ۳ بین گروه سالم و بیماران وسواسی- اجباری در نمره کل فراشناخت و نیز تمامی خرده مقیاس‌ها تفاوت معنی‌دار آماری ($P < 0/001$) وجود

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

گروه	تعداد	نمره فراشناخت		نمره افسردگی		نمره وسواس	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سالم	۵۱	۷۳۰	۹/۵۲	۲/۳۲	۳/۲۳	۰/۷۸	
افسرده اساسی	۵۰	۱۴/۳۲	۲۶/۲۸	۹/۴۲	۵/۳۵	۱/۰۵	
وسواسی- اجباری	۴۹	۱۷	۱۲/۴۵	۳/۳۶	۱۶/۵۱	۶/۵۳	

جدول ۲. تحلیل واریانس چندمتغیره باورهای فراشناختی برحسب گروه‌ها

منبع	متغیر وابسته	df	MS	F	P value
گروه	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۲	۵۰۸/۸۵	۳۲/۱۵	۰/۰۰۰
	باورهایی در مورد غیرقابل کنترل بودن	۲	۱۰۲۱/۳۷	۸۳/۶۹	۰/۰۰۰
	باورهایی در مورد کفایت شناختی	۲	۳۷۷/۸۴	۱۸/۲۳	۰/۰۰۰
	باورهای منفی کلی	۲	۵۰۹/۵۲	۳۴/۹۱	۰/۰۰۰
	خودآگاهی شناختی	۲	۱۳۳۱/۳۸	۱۰۴/۰۴	۰/۰۰۰
	نمره کل		۲	۱۷۵۵۸/۰۵	۹۶/۹۹
خطا	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۴۷	۱۵/۸۲		
	باورهایی در مورد غیر قابل کنترل بودن	۱۴۷	۱۲/۲۰		
	باورهایی در مورد کفایت شناختی	۱۴۷	۲۰/۷۲		
	باورهای منفی کلی	۱۴۷	۱۴/۵۹		
	خودآگاهی شناختی	۱۴۷	۱۲/۷۹		
	نمره کل	۱۴۷	۱۸۱/۰۲		

جدول ۳. آزمون تعقیبی توکی باورهای فرانشناختی برحسب گروه ها

متغیر وابسته	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین	خطای معیار	P value
باورهای مثبت در مورد نگرانی	افسرده	وسواس	-۰/۸۹	۰/۷۹	۰/۵۰۲
	افسرده	سالم	۵	۰/۷۹	۰/۰۰۰
	وسواس	سالم	۵/۸۹	۰/۷۹	۰/۰۰۰
باورهای در مورد غیرقابل کنترل بودن	افسرده	وسواس	-۰/۶۶	۰/۷۰	۰/۶۱۳
	افسرده	سالم	۷/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۰
	وسواس	سالم	۸/۱۰	۰/۶۹	۰/۰۰۰
باورهایی در مورد کفایت شناختی	افسرده	وسواس	۰/۴۳	۰/۹۱	۰/۸۸۴
	افسرده	سالم	۴/۹۳	۰/۹۰	۰/۰۰۰
	وسواس	سالم	۴/۵۰	۰/۹۱	۰/۰۰۰
باورهای منفی کلی	افسرده	وسواس	-۱/۹۴	۰/۷۱	۰/۰۲
	افسرده	سالم	۷/۷۷	۰/۷۱	۰/۰۲
	وسواس	سالم	۹/۷۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰
خودآگاهی شناختی	افسرده	وسواس	-۰/۲۸	۰/۷۶	۰/۹۲
	افسرده	سالم	۵/۳۵	۰/۷۶	۰/۰۰۰
	وسواس	سالم	۵/۶۴	۰/۷۶	۰/۰۰۰
نمره کل	افسرده	وسواس	-۱/۹۴	۰/۷۱	۰/۰۲۱
	افسرده	سالم	۷/۷۷	۰/۷۱	۰/۰۰۰
	وسواس	سالم	۹/۷۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰

بحث

معتقدند این پاسخها می توانند به آنها کمک کنند تا خطرهای ارزیابی شده‌ای را که به واسطه افکار وسواسی بوجود آمده‌اند به حداقل برسانند (۱۸). یکی از اشکال وسواس فکری- عملی تمایل به تمرکز توجه روی فرایندهای تفکر است که خودآگاهی شناختی (عامل پنجم در پرسشنامه فرانشناخت) را افزایش می دهد و باعث کشف افکار ناخواسته و یا شروع شدن افکار مزاحم می گردد (۱۸). افرادی که معتقدند نگرانی غیرقابل کنترل است (عامل اول در پرسشنامه فرانشناخت) و باورهایی درباره کنترل کردن افکار دارند (عامل دوم در پرسشنامه فرانشناخت) معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای استفاده می کنند (به‌عنوان مثال، الگوی تفکر دوری، اجتناب و سرکوب افکار). استفاده از این راهبردها موجب در دسترس تر بودن مفاهیم

هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فرانشناختی در بین بیماران افسرده، وسواسی-اجباری و افراد سالم بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بین گروه سالم و بیماران وسواسی-اجباری در نمره کل فرانشناخت و نیز تمامی خرده مقیاسها تفاوت معنی دار وجود دارد. این یافته با یافته‌های ولز و پاپاگرچو (Wells & Papageorgiou) که نشان دادند باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر با آسیب شناختی و افکار وسواسی ارتباط دارد (۴) و نیز با یافته‌های برخی پژوهشگران دیگر هم‌سو است (۲۵، ۲۴، ۱۳، ۱۱، ۱۰، ۸). افکار وسواسی، باورهای فرانشناختی را در ارتباط با معنای فکر فعال می کنند. در این زمان افراد باورهایی درباره مفید بودن پاسخهای رفتاری دارند که

طریق تأثیر بر انتخاب راهبرد مقابله ای و ادراک فرد از توانایی‌های خود با تداوم آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند (۲۸).

نتیجه‌گیری

بر پایه یافته‌های این پژوهش و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیماران آموزش داد تا باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از سلامت عمومی و روانی بیشتری برخوردار شوند. شیوه‌های درمانی باید در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای منفی بیماران در زمینه نگرانی و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد. بنابراین بیش از هر چیز بایستی ارزیابی‌ها و باورهای منفی در زمینه غیرقابل کنترل بودن نگرانی اصلاح شود. باید فرانگرانی و افکار منفی در باره خطرناک بودن نگرانی، مرکز اهداف اصلاحی قرار گیرند. وقتی این باورها و ارزیابی‌های فراشناختی به‌طور مؤثری بهبود یافت، سپس درمانگر باید به فرمول‌بندی و چالش با باورهای مثبت در باره نگرانی بپردازد و بالاخره باید راهبردهای جانشینی برای ارزیابی تهدید معرفی شوند (۲۹). هم‌چنین از آنجا که این بیماران معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند بهتر است در درمان این بیماران شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه به آنها آموزش داده شود.

این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. برای مثال می‌توان به حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری و برابر نبودن تعداد زن و مرد اشاره کرد.

سپاسگزاری

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و گروه پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری که حمایت مالی طرح را برعهده داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تهدید در پردازش و تشدید استرس و هیجانات منفی می‌شود. در حقیقت این فرآیندها باعث می‌شوند افراد تهدیدهای محیطی را بیشتر برآورد کرده و توانایی مقابله‌ای خود را ناچیز تلقی کنند که نتیجه‌ی آن تداوم اختلال روانی می‌باشد (۳).

هم‌چنین بین بیماران افسرده با گروه سالم نیز در نمره کل فراشناخت و خرده مقیاس‌ها تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. این یافته نیز با برخی مطالعات پیشین هماهنگ می‌باشد (۱۷، ۱۶، ۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که فراشناخت‌ها نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود. در این رابطه برخی معتقدند که باورهای فراشناختی نقش میانجی بین ادراک استرس و بروز هیجانات منفی را بازی می‌کنند (۲۶). نتایج پژوهش دیگری نیز بیانگر این است که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر، با تداوم استرس رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد (۲۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت که باور کنترل‌ناپذیری و خطر به باورهای فرد در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و اینکه افکار باید به منظور عملکرد خوب و بهره‌مندی از سلامتی کنترل شوند، مربوط می‌شود. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل‌ناپذیری و خطر باعث می‌شود افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۲۸). یافته دیگر این پژوهش این بود که بیماران افسرده فقط در نمره کل و خرده مقیاس باورهای منفی کلی با بیماران وسواسی تفاوت معنی‌دار دارند که نشان می‌دهد در اغلب مؤلفه‌های باورهای فراشناختی بیماران افسرده مشابه با بیماران وسواسی - اجباری هستند.

به‌طور کلی می‌توان گفت باورهای فراشناختی و به‌طور خاص باور فراشناختی کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن از

Comparison of Metacognitive Beliefs in Depressed, Obsessive - Compulsive and Healthy GroupsFarnam A.R., M.D.¹, Gholizadeh H., M.A.^{*2}, Pirzadeh J., M.A.³, Hekmati L., M.A.⁴, Rasolvand Sadeghi A., B.A.⁵

1. Associate Professor, Psychiatric Dep., School of medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Master of Clinical Psychology, Dep. of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

3. Master of General Psychology, Dep. of Psychology, Tarbiat Moaalem University, Tehran, Iran

4. Master of General Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Bachelor of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

* Corresponding author; e-mail: hossein.gholizade@yahoo.com

(Received: 2 August 2010 Accepted: 5 Jan 2011)

Abstract

Background & Aims: Metacognition is considered as an important factor in the genesis and continuation of various psychological disorders, particularly obsessive-compulsive disorder and depression. The aim of this study was comparison of Metacognitive beliefs in Major depression disorder (MDD), obsessive-compulsive disorder (OCD) and healthy groups.

Methods: A total of 50 depressive patients and 49 OCD patients were selected by available sampling from the patients referred to psychiatric clinic of Bozorgmehr and consulting centers of Tabriz. The control group consisted of 51 matched individuals selected from students and staff of Tabriz University of Medical Sciences. All patients were asked to complete Beck Depression Inventory (BDI-II), Maudsley obsessive-compulsive Inventory (MOCI) and Metacognitive Questionnaire (MCQ-30).

Results: Both OCD and MDD groups showed significant difference with healthy group in metacognition total score and all subscales ($P < 0.001$). MDD group had a significant difference with OCD group only in general negative beliefs and metacognition total score ($P < 0.05$).

Conclusion: Overall, the results of this study indicate that depression and obsessive-compulsive disorder are associated with disturbed Metacognitive beliefs.

Keywords: Cognition, Depression, Obsessive-compulsive disorder

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2011; 18(4): 339-348

References

1. Biabangard S. Metacognitive and cognitive therapy. *J New Cog Sci* 2002; 4: 10-18 [Persian].
2. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-96.
3. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(5): 1172-81.
4. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36(9): 899-913.
5. Jacobi DM, Calamari JE, Woodard JL. Obsessive-compulsive disorder beliefs, meta-cognitive beliefs and obsessional symptoms: relations between parent beliefs and child symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2006; 13(3): 153-62.
6. Salkovskis PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in

- obsessional problems. *Behavior Research and Therapy* 1989; 27(6): 677–82.
7. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31(2): 149–54.
 8. Wells A, Mathews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Hove, UK, Erlbaum, 1994, PP 145-6.
 9. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, England, Wiley, 1997, PP 132-4.
 10. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11(3): 279–96.
 11. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and meta-cognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41(4): 383–401.
 12. Papageorgiou C, Wells, A. An empirical test of a clinical meta-cognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27(3): 261–73.
 13. Mohamadkhani SH, Firoozabadi A. Relationship between obsessive beliefs and Metacognitive beliefs with the severity of obsessive compulsive symptoms in students. The fifth seminar of college student's mental health, 2010; 313-5 [Persian].
 14. Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, Specific Obsessive-Compulsive Beliefs and Obsessive-Compulsive Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1999; 6: 139-45.
 15. Watkins E, Baracaia S. Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences* 2001; 30(5): 723–34.
 16. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8(2): 160–4.
 17. Slife BD, Weaver CA. Depression, cognitive skill, and metacognitive skill in problem solving. *Cognition and Emotion* 1992; 6: 1-22.
 18. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK, Wiley, 2000, PP 87-9.
 19. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 206–12.
 20. Ghasemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II. *J Dep Anx* 2005; 21(4): 185-92.
 21. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. UK, Englewood Cliffs, NJ, prentice Hall, 1980, PP 101-5.
 22. Dadfar M. The study of comorbidity of the personality disorders in OCD, compared with healthy group. M.Sc. thesis in clinical psychology, Tehran University of Medical Sciences, 1997, PP74-6 [Persian].
 23. Wells A, Mathews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34(11-12): 881–8.
 24. Shirinzadeh S. The comparison of Metacognitive beliefs and responsibility among OCD, GAD and normal group. M.Sc. thesis in Clinical psychology, Shiraz University, 2006; PP 84-7 [Persian].
 25. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disord* 2008; 22(8): 1316–25.

26. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Ireson J. Metacognition as a mediator of the effect of test anxiety on surface approach to studying. *Educ Psychol* 2006; 26(5): 615-24.
27. Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Pers Indiv Diff* 2006; 40(1): 111-22.
28. Ashoori A, Vakili Y, Ben Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 15-20 [Persian].
29. Bahrami F, Rezvan SH. Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 13(3): 249-55. [Persian].