



رابطه بین مولفه‌های فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال خلق دو قطبی II

حمید کاظمی^{۱*}، مریم قربانی^۲

۱- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

۲- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۵

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی ارتباط بین فراشناخت و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال خلق دو قطبی II می‌باشد.

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی و بررسی پیامد، ۳۶ بیمار (۲۰ زن و ۱۶ مرد) با تشخیص اختلال دو قطبی II قبل از ورود به چرخه درمان دارویی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و قبل از درمان دارویی اقدام به تکمیل پرسشنامه فراشناخت و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) کردند. تشخیص اختلال بر مبنای مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی بر مبنای DSM-IV (SCID-CV) صورت گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که فراشناخت و مولفه‌های آن با نگرش‌های ناکارآمد رابطه مثبت و معناداری دارند ($r=0/28$, $P<0/05$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مولفه‌های باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر و باور به نیاز به کنترل افکار به ترتیب پیش بینی کننده نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد ($R^2=0/35$ و $0/29$). این دو مولفه بیشترین ارتباط مثبت و معنادار را با مولفه‌های تأثیرپذیری، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد نشان دادند. مولفه‌های باورهای مثبت در باره نگرانی، باورهای مربوط به اطمینان شناختی و باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی در پیش بینی متغیر ملاک و مولفه‌های آن سهم معناداری نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این پژوهش بیان می‌کند که اختلال در سطوح بالاتر فراشناخت، نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی II را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: فراشناخت، نگرش‌های ناکارآمد، بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی II

مقدمه

اختلال دوقطبی نوع II از جمله اختلالات خلقی است که علامت اصلی آن آشفتگی در خلق است و علامت تشخیصی اولیه این اختلال پدیدار شدن یک یا چند دوره افسردگی اساسی همراه با حداقل یک دوره هیپومانیاست که در طی این دوره، خلق این افراد به گونه‌ای غیرطبیعی و مستمر بالا، خود بزرگ بین و تحریک‌پذیر می‌باشد. زمینه‌های بروز این اختلال متفاوت است و با ویژگی‌های آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناکی همچون سوء مصرف مواد و آسیب رساندن به خود همراه است (۱). شیوع اختلال دوقطبی نوع II در جمعیت عمومی ۰/۵ درصد و در زنان شایع‌تر از مردان است و بی‌ثباتی هیجانی، رفتار تکانه‌ای و حساسیت بین فردی که منجر به آشفتگی در روابط با دیگران می‌شود از جمله مشخصه‌های اصلی این اختلال می‌باشد (۲). با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال، تحقیقات بسیار زیادی در مورد سبب شناسی و درمان صورت گرفته است (۳،۲). این تحقیقات نشان داده‌اند درمان‌های دارویی روانپزشکی یکی از درمان‌های عمده و موثر می‌باشند (۳). که منجر به کاهش علائم مرحله فعال و ثبات بیشتر خلق می‌شود. روان‌درمانی‌های متداول در این اختلال شامل آموزش روابط بین فردی، کنترل رفتارهای بی‌ثبات و نوسانات خلقی است. با این وجود تحقیقات نشان می‌دهد که میزان رها کردن درمان در این بیماران بالا و میزان بهبودی در آنها متغیر است (۴). به نظر می‌رسد که درمان‌های موجود بیشتر بر جنبه‌های کنترل خلق و کنترل بی‌ثباتی تاکید دارند، در حالی که امروزه توجه به نقایص موجود در پردازش شناختی افراد دچار آسیب شناسی روانی اهمیت زیادی دارد چرا که با بروز آسیب در مولفه‌های پردازش شناختی، توانایی بیمار برای انجام عملکرد سازگاران نیز مختل می‌شود (۴).

در دیدگاه شناختی، افکار آشفته ساز مبنای بروز اختلالات هیجانی است (۵). بک بیان می‌کند که افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد

مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلالات روانشناختی در ارتباط است. از جمله اختلال وسواس (۶) اختلال خود بیمارپنداری (۷) و اختلال افسردگی (۸-۱۱).

از جمله عواملی که می‌تواند بر نگرش‌های ناکارآمد اثرگذار باشد، فراشناخت است. پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین مولفه‌های فراشناخت، نگرش‌های ناکارآمد و اختلالات هیجانی است (۱۷-۱۲). Bieler و همکارش فراشناخت را "دانش ما درباره فرایندهای شناختی خودمان و نحوه استفاده بهینه از آنها برای دستیابی به اهداف مورد نظر" تعریف می‌کنند (۱۸). در تعریفی دیگر، فراشناخت را مترادف با دانش فرد در مورد فرایندها و تولیدات شناختی خود می‌دانند. فرایندهای شناختی درگیر در فراشناخت عبارت است از ارزیابی، بازبینی، کنترل و تنظیم عملکرد شناختی (۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در فرایند پردازش اطلاعات، آسیب‌پذیری، حفظ و تداوم آسیب‌های روانشناختی با پاره‌ای از علائم شناختی مرتبط است و این علائم به صورت آسیب در فرایندهای ارزیابی، بازبینی، کنترل و تنظیم عملکرد شناختی خود را نشان می‌دهند (۱۲).

نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند به عنوان پردازش‌های شناختی هشیار و مرتبط با مولفه‌های فراشناختی مورد توجه قرار گیرند (۲۰، ۲۱، ۷). این پردازش‌ها می‌تواند بر فعالیت‌های شناختی فرد نظارت و کنترل داشته و راه انداز آشفتگی‌های هیجانی شود. برخی پژوهش‌ها، ارتباط مثبت و معناداری بین حالات هیجانی، شناخت و فراشناخت به دست آورده‌اند (۱۳، ۲۲). برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بیماران مبتلا به اختلالات روانشناختی، اختلال در فراشناخت مشاهده می‌شود (۲۳، ۲۴). شاید بتوان گفت اختلال در مولفه‌های فراشناخت می‌تواند علتی برای تداوم مشکلات روانشناختی و شناختی افراد باشد (۲۸-۲۴).

در مجموع یافته‌های پژوهشی مبتنی بر بررسی رابطه نگرش‌های

کلینیک مراجعه نموده بودند. جهت کنترل تاثیر دارویی، کلیه آزمودنی‌ها قبل از مصرف مجدد دارو اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های مورد نظر نمودند.

معیارهای ورود آزمودنی‌های گروه نمونه عبارت بود از سن بالای ۱۸ سال، پذیرش در مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان، داشتن تشخیص اختلال دوقطبی II و نداشتن تجربه فاز مانیای شدید در سیر بالینی بیماری و معیارهای خروج آزمودنی‌ها نیز وجود اختلالات همزمان، وجود سابقه بستری در طی شش ماه گذشته و وجود سابقه اختلال دوقطبی I در گذشته بر اساس معیارهای DSM-IV.

پس از انتخاب افراد بر مبنای ملاک‌های مورد نظر و توضیح در مورد موضوع و علت پژوهش و اطمینان دادن در باره محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه‌ها، آزمودنی‌ها در فاز افسردگی اقدام به تکمیل پرسشنامه فراشناخت و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) نمودند.

در این پژوهش از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، مصاحبه نیمه ساختار یافته تشخیصی، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و پرسشنامه باورهای فراشناخت استفاده شد.

مشخصات جمعیت شناختی: اطلاعات جمعیت شناختی بیماران بر اساس پرونده روانپزشکی افراد به دست آمد. اطلاعات جمعیت شناختی پایه شامل جنس، سن، وضعیت شغلی، تحصیلات، سابقه مراجعه به روانپزشک، مصرف دارو و بستری بود.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) شامل ۴۰ گویه است که بر مبنای نظریه شناختی بک جهت ارزیابی طرحواره‌های افسرده‌ساز در بیماران مبتلا به افسردگی ساخته شده است. آزمودنی باید میزان موافقت و مخالفت خود را با هر گویه بر روی مقیاس هفت نقطه‌ای درجه‌بندی کند. مطالعات، همسانی درونی این آزمون را ۰/۹۰ و ثبات آن ۰/۷۳ گزارش کرده است (۵). در مطالعه ایرانی نیز، Yazdandost و همکاران پایایی آزمون با روش بازآزمایی در نمونه ۳۰ نفری ایرانی را ۰/۷۲ به دست آمده است (۳۰).

این مقیاس ۴۰ گویه‌ای شامل ۵ زیر مقیاس است و برای

ناکارآمد به عنوان یک مولفه شناختی با فراشناخت نشان می‌دهند که فراشناخت و مولفه‌های آن می‌توانند بر نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی اثرگذار باشد (۶،۱۱) ولی تاکنون در زمینه اختلال دوقطبی نوع II پژوهشی منتشر نشده است. از آنجا که در درمان فراشناختی، افکار خودآیند منفی که در رفتار درمانی شناختی کلاسیک مهم تلقی می‌شوند، صرفاً به عنوان سبک‌های پردازش ناکارآمد در نظر گرفته می‌شوند و علت مهم آسیب‌شناسی و نیز درمان می‌باشند، لذا شناخت باورهای فراشناختی دخیل در این اختلال، با توجه به شیوع نسبتاً بالای آن در جامعه و فقدان درمان‌های موثر، می‌تواند گامی موثر در جهت طرح‌ریزی درمان باشد. لذا این پژوهش به دنبال بررسی ارتباط بین فراشناخت و مولفه‌های آن با نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II است. با توجه به مطالب ذکر شده و سوالات موجود در این زمینه، فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- ۱- مولفه‌های فراشناختی ارتباط مثبت و معناداری با مولفه‌های نگرش‌های ناکارآمد دارند.
- ۲- مولفه‌های فراشناختی سهم عمده و معناداری در پیش‌بینی مولفه‌های نگرش‌های ناکارآمد دارند.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مطالعه مقطعی و بررسی پیامد می‌باشد. با توجه به هدف پژوهش و روش آماری مورد استفاده حداقل ۳۰ نفر آزمودنی در این نوع مطالعه مورد نیاز می‌باشد (۲۹). به همین منظور ابتدا از بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II مراجعه کننده به مرکز جامع پزشکی و اعصاب و روان اصفهان ۳۶ بیمار (۲۰ نفر زن و ۱۶ نفر مرد) به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال دوقطبی در این بیماران توسط متخصص روانشناسی بالینی و روانپزشک و بر اساس مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی (SCID-CV) در محور I (بر اساس ملاک‌های DSM-IV) صورت گرفته است. تمام این بیماران در طول یک سال گذشته مصرف داروی خود را قطع کرده بودند و مجدداً جهت درمان دارویی به

معیارهای ورود و خروج، مشخصات جمعیت شناختی (مثل سن، جنس، شغل، تحصیلات و وضعیت تأهل) گردآوری شد. در ادامه، اهداف پژوهش برای هر یک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت و از آنان خواسته شد پس از مطالعه دقیق سوالات هر مقیاس، پاسخ را متناسب با حالات خود ارائه دهند و در ضمن هیچ سوالی را نیز بدون پاسخ نگذارند.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ تحلیل گردید. در تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام) صورت پذیرفت.

نتایج

مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور بررسی معناداری ارتباط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۲ ذکر شده است.

همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد بین نگرش‌های ناکارآمد و باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی II، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r = 0/28$, $P < 0/05$). همچنین فراشناخت با مولفه‌های آسیب‌پذیری و تأثیرپذیری رابطه معناداری دارد (به ترتیب $r = 0/28$ و $r = 0/19$, $P < 0/05$). ولی با مولفه‌های خشنودسازی، تأثیرگذاری و کمال‌گرایی رابطه معناداری نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$). در مولفه‌های فراشناخت مشخص شد که مولفه‌های باورهای منفی نسبت به کنترل‌ناپذیری و خطر ($r = 0/42$), باور به نیاز به کنترل افکار ($r = 0/24$) و باورهای مثبت در باره نگرانی ($r = 0/18$) با نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی II رابطه مثبت معنادار داشت ($P < 0/05$). ولی بین مولفه‌های باورهای مربوط به اطمینان شناختی و خودآگاهی شناختی با نگرش‌های ناکارآمد، رابطه معناداری به دست نیامد ($P > 0/05$).

تعیین نگرش‌های زمینه ساز افسردگی بر اساس نظریه شناختی بک ساخته شده است. پنج زیر مقیاس این آزمون عبارتند از: خشنودسازی، تأثیرگذاری، تأثیرپذیری، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی.

پرسشنامه‌ی باورهای فراشناخت

مقیاس باورهای فراشناخت (فرم کوتاه) (۳۱) دارای ۳۰ گویه است و به منظور ارزیابی مولفه‌های فراشناخت تهیه شده است. هر آزمودنی در طیف ۴ درجه‌ای (موافق نیستم، تا حدودی موافقم، در حد متوسط موافقم و خیلی موافقم) به هر گویه پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه پنج مولفه دارد که عبارتند از باورهای مثبت مربوط به نگرانی، باورهای مربوط به اعتماد شناختی، باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی، باورهای منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری افکار و باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار. تحقیقات، ضریب همسانی درونی آزمون را با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه باورهای فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت- حالت اسپیل برگر ($r = 0/53$), پرسشنامه حالت نگرانی پن ($r = 0/54$) و پرسشنامه وسواس فکری- عملی یادو ($r = 0/53$) معنادار می‌باشد (۳۲). در مطالعه Abolghasemi و همکاران نیز ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۲). همچنین ضریب همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۳ و ضریب همبستگی این آزمون را با مقیاس کمال‌گرایی ($r = 0/38$) و مقیاس بلا تکلیفی ($r = 0/65$), معنادار به دست آورده شده است (۳۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۳ بدست آمد.

اجرا

در این پژوهش، ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع II مورد بررسی قرار گرفته است. بیماران مراجعه کننده به مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان اصفهان توسط متخصص روانشناس بالینی و روانپزشک مورد مصاحبه و تشخیص قرار گرفته و قبل از مصرف دارو وارد طرح پژوهش شدند. پس از بررسی

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
شغل	شاغل	۱۸	۵۰
	بیکار	۸	۲۲
	محصل	۱۰	۲۸
	کل	۳۶	۱۰۰
سن	۱۷-۲۱	۷	۱۹
	۲۲-۲۶	۱۸	۵۰
	۲۷-۳۱	۱۱	۳۱
	کل	۳۶	۱۰۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲	۳۳
	مجرد	۲۴	۶۷
	کل	۳۶	۱۰۰
	تحصیلات	زیردیپلم	۷
	دیپلم	۱۷	۴۷
	لیسانس	۸	۲۲
	فوق لیسانس و بالاتر	۴	۱۱
	کل	۳۶	۱۰۰

N= ۳۶

جدول ۲: ضرایب همبستگی مولفه های فراشناخت و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی II

نگرش ناکارآمد مولفه های فراشناخت	خشنودسازی	تأثیرگذاری	تأثیرپذیری	آسیب پذیری	کمال گرایی	کل
باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۱۲	* ۰/۲۱	* ۰/۱۷	* ۰/۱۸
باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر	۰/۰۲	۰/۱۴	*** ۰/۵۲	*** ۰/۵۸	** ۰/۳۸	*** ۰/۴۲
باورهای مربوط به اطمینان شناختی	۰/۰۶	* ۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۰۹
باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار	۰/۰۷	۰/۰۹	** ۰/۳۰	** ۰/۳۴	۰/۱۱	** ۰/۲۴
باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی	۰/۱۱	* ۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۱۲
کل	۰/۰۳	۰/۰۲	* ۰/۱۹	** ۰/۲۸	۰/۱۱	* ۰/۲۸

P < ۰/۰۵*

P < ۰/۰۱**

P < ۰/۰۰۱***

تحلیل یافته ها با استفاده از این روش نشان داد که متغیر نگرش ناکارآمد به ترتیب بر روی هر یک از مولفه های باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مربوط به اطمینان شناختی، باور به نیاز به کنترل افکار و باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی به شیوه رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت.

از آنجا که این پژوهش به دنبال پیش بینی نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II بود، داده ها با استفاده از روش رگرسیون گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. چرا که در این روش متغیرهای غیرمعدادار از معادله حذف می شوند، ولی در روش همزمان متغیرها به صورت یکجا مورد بررسی قرار می گیرد و سهم تک تک متغیرها مشخص نمی شود.

جدول ۳: ضریب تبیین و ضرایب رگرسیون

P	Beta	R ²	R	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۲۹۵	۰/۵۴۳	باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر	نگرش های ناکارآمد
۰/۰۰۱	۰/۲۳۱	۰/۳۵۲	۰/۵۹۳	باور به نیاز به کنترل افکار	

مثبت معناداری دارد ($r = ۰/۲۸$, $P < ۰/۰۵$). همچنین مولفه‌های باورهای مثبت در باره نگرانی، باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر و باور به نیاز به کنترل افکار رابطه مثبت و معناداری با نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال خلق دارند ($P < ۰/۰۵$). این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر که حاکی از ارتباط فراساخت با آسیب‌های پردازش شناختی است [به عنوان مثال ۳۴، ۳۳، ۲۳، ۲۲، ۱۸] همسویی دارد. با توجه به این یافته، به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به اختلال خلق دو قطبی II، نشخوارهای ذهنی بیشتری پیرامون مزیت‌ها و فواید نگرانی، تردید نسبت به توانایی کنترل و باور به الزام کنترل افکار خطرپذیر خود دارند که نتیجه آن افزایش احتمال وقوع نگرش‌های ناکارآمد در پردازش‌های شناختی آنان است. نگرش‌های ناکارآمد پردازش شده در فراساخت این بیماران عمدتاً مولفه‌های تأثیرپذیری، آسیب‌پذیری و کمال‌گرایی را در بر می‌گیرد.

در حقیقت نشخوارهای فکری مشاهده شده در الگوی فراساخت این بیماران را می‌توان به عنوان نوعی پردازش ذهنی، با هدف درک دلایل غمگینی و یافتن راهی برای مقابله با افکار و احساسات آشفته ساز قلمداد کرد (۳۴).

یافته‌های این پژوهش در جهت حمایت از الگوهای عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و متیوز بیانگر کاربرد مفاهیم فراساخت در ایجاد و تحول نقایص شناختی در بیماران مبتلا به اختلال خلق می‌باشد. مولفه نگرانی و پیش‌بینی خطر راهبردهایی هستند که با هدف خودتنظیمی، توسط رخدادهای درونی مانند افکار و هیجان‌های منفی برانگیخته می‌شوند. با تمرکز بر اصلاح نقایص فراساختی و افزایش خودکارآمدی در این افراد می‌توان نگرش‌های ناکارآمد را در این بیماران کاهش داد.

بر اساس یافته‌های جدول فوق، مولفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای مربوط به اطمینان شناختی و باورهای مربوط به خودآگاهی شناختی در پیش‌بینی نگرش‌های ناکارآمد، نقش معناداری نداشته و لذا از معادله‌ی رگرسیون حذف شده‌اند. نتایج این جدول نشان می‌دهد که باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر و باور به نیاز به کنترل افکار به ترتیب، بهترین پیش‌بینی کننده‌ی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی II می‌باشد.

ضرایب تبیین و نسبت‌های تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که مولفه‌ی باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر ۲۹/۵ درصد از واریانس نگرش‌های ناکارآمد را تبیین می‌کند و با افزودن مولفه دوم فراساخت یعنی، باور مربوط به نیاز به کنترل افکار، میزان تبیین تا ۳۵ درصد افزایش می‌یابد. با توجه به تفاضل بین دو مقدار تبیینی می‌توان نتیجه گرفت که باور منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر توان بیشتری در تبیین تغییرات نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به اختلال دو قطبی II دارد و اضافه شدن مولفه دوم فراساخت، یعنی باور به نیاز به کنترل افکار به این متغیر، ضریب تبیین ۲۹/۵ درصدی را به ۳۵ درصد افزایش داده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و نقایص فراساختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی II می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که اختلال خلق بر فرایندهای شناختی و فراساختی تأثیر قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد. به این معنی که عملکرد فراساخت ضعیف، احتمال وقوع نگرش‌های ناکارآمد را افزایش می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که فراساخت با نگرش‌های ناکارآمد رابطه

یافته دیگر پژوهش به بررسی سهم هر یک از مولفه های فراشناختی در پیش بینی نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا اختلال خلق دو قطبی II می پردازد. نتایج این بخش از پژوهش نشان می دهد که مولفه باورهای منفی نسبت به کنترل ناپذیری و خطر سهم عمده تری در پیش بینی کنندگی نگرش های ناکارآمد در این بیماران دارد. در تبیین این یافته همسو با مطالعه Wells و King در زمینه اختلالات اضطرابی (۱۲) و مطالعه Teasdale و همکارش (۱۰) در زمینه اختلال افسردگی می توان به این نکته اشاره کرد که این دو مولفه فراشناختی می توانند نقش مهمی در شکل گیری نقایص پردازش شناختی در این بیماران ایفا کنند. نگرانی منجر به پیش بینی خطر و برنامه ریزی جهت راهکارهای مورد نیاز به منظور اجتناب یا مقابله با آن می شود. فرد، نشخوار فکری و نگرانی را به مثابه راهبردی مقابله ای آزادی و فعالانه، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدید کننده در نظر می گیرد. فرد بر نشخوار و نگرانی تمرکز دارد. این نشخوار فکری بیشتر معطوف به مشکلات گذشته است، در حالی که نگرانی بیشتر به آینده مربوط است و منجر به اجتناب یا پیشگیری از خطر می شود. باور فرد به سودمندی افکار به عنوان روشی برای اجتناب از نوسان های هیجانی شدیدتر منجر به حفظ و تداوم آنها می شود. این باورهای فراشناختی منفی منجر به کاهش آگاهی از فرایند نشخوار فکری است و همین امر می تواند نوسانات خلقی فرد را پیش بینی کند. به طوری که نشخوار فکری به صورت یک عادت آشنا در می آورد که پیامدهای خطرناک محدودی دارد و در نتیجه توجه شخص به آن معطوف نمی شود. یک عامل مختل کننده در نظارت فراشناختی شروع دوره های افسردگی است. وقتی یک دوره افسردگی شروع می شود شخص ممکن است در مورد وقوع دوره های بعدی بیمناک شود، ترسی که از فراشناخت منفی ناشی می شود و با باورهای فرد درباره ی لزوم گوش به زنگ بودن در برابر علائم و نشانه های افسردگی مرتبط است. نگرانی درباره وقوع مجدد اختلال موجب افسردگی شدیدتر و نوسانات خلقی می شود. این موضوع حساسیت فرد را به نشخوار فکری و نگرانی افزایش می دهد. به طوری که

تغییرات عادی در سطح انرژی، خلق استرس یا انگیزش به عنوان نشانه برگشت به دوباره بیماری افسردگی تلقی می شود (۳۵). نکته دیگر این که همسو با یافته های پژوهشی Sheppard (۲۲)، Teasdale (۱۰) و Wells و همکارش (۲۳) می توان چنین نتیجه گرفت که مولفه های فراشناختی از عوامل مهم پیش بینی نقص در عملکرد شناختی و به دنبال آن آشفتگی های هیجانی در بیماران مبتلا به آسیب روانشناختی می باشند. با افزایش آسیب در مولفه های فراشناخت، عملکرد شناختی هشیار فرد نیز بیشتر آسیب دیده و به دنبال آن آشفتگی های هیجانی بروز می کند و این یافته در حمایت از نظریه ی بک و وایسمن در مورد طرحواره های مختل و ارتباط آن با آشفتگی های هیجانی است (۳۶).

مطابق با نظر Wells می توان گفت که اختلالات فراشناختی در فرایندهایی ریشه دارد که بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار خود به کار می برند. این عوامل کنترل کننده شیوه تفکر فرد است و اختلال در کارکرد آن می تواند منجر به ایجاد و تداوم هیجانات منفی و به دنبال آن اختلالات روانی شود (۱۶).

در ادامه تبیین یافته های پژوهشی می توان به این نکته اشاره کرد که افرادی که دارای فراشناخت مختل هستند برای پردازش شناختی هوشیار و همچنین پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای ناکارآمدی استفاده می کنند که فرد را در معرض طرحواره های شناختی ناقص بیشتر قرار می دهد. در حالی که آموزش استفاده از راهبردهای کارآمدتر به این افراد می تواند تنش و آسیب پذیری را کمتر نموده و با اصلاح طرحواره های شناختی آسیب زای، پردازش شناختی و هیجانی هشیار این افراد را به سمت سلامت روان بیشتر هدایت نمود.

در پایان، یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که بیماران مبتلا به اختلال خلق دو قطبی II همانند بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی (۱۴، ۲۲، ۳۷)، بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد (۳۸)، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۳۹) از فراشناخت مختل، طرحواره های شناختی مختل و نگرش های ناکارآمد بیشتری رنج می برند و این نقایص منجر به کاهش عملکرد شناختی و آشفتگی های هیجانی بیشتر در این بیماران

راهبردهای درمانی مبتنی بر اصلاح نقایص فراشناختی و کنترل اجرایی می‌تواند به عنوان یک روش سودمند در درمان بیماران مبتلا به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر مومنی، روانپزشک و همکاران و بیماران مراجعه کننده به مرکز جامع پزشکی اعصاب و روان اصفهان که صمیمانه در فرایند پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق ما را یاری دادند.

می‌شود. از این رو آموزش راهبردهای فراشناختی و شناختی می‌تواند در پیشگیری از بروز آشفتگی‌های هیجانی در سنین بالاتر حائز اهمیت باشد. با توجه به پیشینه پژوهشی ضعیف در اختلالات خلق دوقطبی پیشنهاد می‌شود که تحقیقات مشابهی در سایر فازهای بیماری صورت گیرد. همچنین انجام درمان فراشناختی بر روی این بیماران و بررسی تغییرات فراشناخت و میزان علائم بیماری پس از درمان می‌تواند راهگشای پژوهش در زمینه این اختلال باشد. اگر درمان فراشناختی به عنوان یک عامل در اختلالات روانی به ویژه دوقطبی شناخته و تایید شود،

منابع:

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV-TR. 4 th ed. Amer Psychiatric Pub; 2000.
- 2- Preston GA, Marchant BK, Reimherr FW, Strong RE, Hedges DW. *Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine*. J Affect Disord 2004; 79(1-3): 297-303.
- 3- Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. *Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent mood disorder: a comparison of bipolar and unipolar depression*. J Affec Disord 2005; 87(1): 17-23.
- 4- Benazzi FM. *Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients*. Compr Psychiatry 2000; 41(2): 106-10.
- 5- Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN. *Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population*. Psychol Assess 1991; 3(3): 478-83.
- 6- Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. *Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder*. Behav Res Ther 2000; 38(4): 347-72.
- 7- Bouman TK, Meijer KJ. *A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis*. Clin Psychol Psychother 1991; 6(2): 96-101.
- 8- Freestone MH, Ladouceur R, Thibodaux N, Gagnon F. *Cognitive intrusions in a non-clinical population. II associations with depressive, anxious and compulsive symptoms*. Behav Res Ther 1992; 30(3): 1-9.
- 9- Oei TP, Bullbeck K, Campbell JM. *Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression*. J Affect Disord 2006; 92(2-3): 231-41.
- 10- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence*. J Consult Clin Psychol 2002; 70(2): 275-87.

- 11-Benazzi F. *Borderline personality-bipolar spectrum relationship*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006; 30(1): 68-74.
- 12-Wells A, King P. *Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial*. J Behv Ther Exp Psychiatry 2006; 37(3): 206-12.
- 13-Wells A. *Metacognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder*. Behav Cognitive Psychotherapy 1995; 23(3): 301-20.
- 14-Wells A, Papageorgiou C. *Relationships between worry, obsessive compulsive symptoms and meta cognitive beliefs*. Behav Res Ther 1998; 36(9): 899-913.
- 15-Rheaume J, Freeston MH, Dugas JM, Letarte H, Ladouceur R. *Perfectionism, responsibility and obsessive – compulsive symptoms*. Behav Res Ther 1995; 33(7): 785-94.
- 16-Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorder: a practice manual and conceptual guide*. UK: Wiley; 1997.
- 17-Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A, Os JV. *Positive and negative beliefs about depressive rumination. a psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression*. Cog Ther Res 2011; 34(2): 196-205.
- 18-Bieler RF, Snowman J. *Psychology applied to teaching*. Houghton Mifflin; 1993.
- 19-Feldhusen IF. *Creativity: a knowledge bas: metacognitive skills and personality factors*. J Creat Behav 1995; 29(4): 255-68.
- 20-Papageorgio C, Wells A. *Metacognition beliefs about rumination in recurrent major depression*. Cog Res 2001; 8(2): 160-64.
- 21-Peterson TJ, Feldman G, Harley R, Fresco DM, Graves L, Holmes A, et al. *Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: Change with antidepressant administration and stability during continuation treatment*. J Consult Clin Psychol 2007; 75(1): 145-53.
- 22-Sheppard LC, Teasdale JD. *How does dysfunctional thinking decrease during recovery from major depression?* J Abnorm Psychol 2004; 113(1): 64-71.
- 23-Wells A, Purdon C. *Introduction: metacognition and cognitive behavior therapy*. Clin Psychol Psychother 1999; (6): 71-72.
- 24-Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. UK: Wiley; 2000.
- 25-Wells A, Carter K. *Further tests of a cognitive model of generalized onmiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients*. Behav Ther 2001; 32(1): 85-102.
- 26-Corcoran KM, Segal ZV. *Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions*. Int J Cog Ther 2008; 1(1): 33-44.
- 27-Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T. *Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment*. Cog Ther Res 2009; 33(3): 291-300.

- 28- Wells A, Papageorgiou C. *An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression*. Cog Ther Res 2011; 34(2): 261-73.
- 29- Delavar A. *Theoretical and practical research in the humanities and social sciences*. 2th ed. Tehran: Roshd; 2001. [Persian]
- 30- Yazdandost R, Rezvantalab H, Peiravi A. *Dysfunctional attitudes, depression and coronary heart disease intensity in CCU inpatient*. Andishe va Raftar 2001; (4). [Persian]
- 31- Wells A, Cartwright-Hatton S. *A short form of metacognitions questionnaire*. Behav Res Ther 2004; 42(4): 385-96.
- 32- Abolghasemi A, Kiamarsi A. *Relationship between metacognition and cognitive dysfunction in elderly*. Adv Cog Sci 2009; 11(1): 8-15. [Persian]
- 33- Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. *Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive compulsive symptoms and coping style: a preliminary prospective study on an Italian non clinical sample*. Clin Psychol Psychother 2007; 14(4): 258-68.
- 34- Singer AR, Dobson KS. *An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression*. Behav Res Ther 2007; 45(3): 563-75.
- 35- Mohammadkhani SH. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Tehran: Varaye Danesh; 2011. [Persian]
- 36- Kaplan RM, Saccuzo DP. *Psychological testing: principle, application and issues*. 5th ed. Tronto: Wadsworth; 2001.
- 37- Yoosefi R, Aghdamjangi H, Sivanizade M, Adhamian E. *Metacognition compared in patients with schizophrenia, anxiety disorder and control Group*. Adv Cog Sci 2008; 10(2): 1-8. [Persian].
- 38- Toneatto T. *Metacognition and substance use*. Addict Behav 1999; 24(2): 167-74.
- 39- Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. *An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder*. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36(3): 226-39.

Evaluation of relationship between metacognition components and dysfunctional attitudes in outpatients with bipolar mood disorder II

Kazemi H(MD)^{*1}, Ghorbani M(MD)²

¹*Department of Clinical Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran*

²*Clinical Psychologist, Parse Clinic, Isfahan, Iran*

Received: 25 Apr 2011

Accepted: 26 Jan 2012

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the relationship between metacognitive components and dysfunctional attitudes in outpatients with bipolar mood disorder II.

Methods: Thirty-six young adult outpatients with current diagnoses of BMD II(20 females and 16 males) were recruited from Esfahan Counseling Center. Diagnoses were based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder-Clinical Version(SCID-CV). A battery of questionnaires including Metacognition Questionnaire and Dysfunctional Attitude Scale(DAS) were self-assessed by patients before medical therapy.

Results: Pearson's correlation analysis showed that the components of metacognition and its relationship with dysfunctional attitudes is positive and significant($r= 28/0$, $p<0/05$). Multiple regression analysis showed that two of the metacognitive components emerged as potentially useful in prediction of dysfunctional attitudes(negative beliefs about uncontrollability, danger and thoughts control). Also, results indicated that those two components have a significant positive relationship with vulnerability, perfectionism and effectiveness($R^2= 0/29$, $0/35$; $p<0/05$). Components of positive beliefs about worry and beliefs about cognitive self-consciousness related to cognitive confidence in predicting the criterion variable and its components showed no significant contribution.

Conclusion: Study findings suggest that DSM-IV BMD II outpatients with metacognitive distortions have shown higher levels of dysfunctional attitudes.

Keywords: Metacognition; Dysfunctional Attitudes; Bipolar Mood Disorder II

This paper should be cited as:

Kazemi H, Ghorbani M. *Evaluation of relationship between metacognition components and dysfunctional attitudes in outpatients with bipolar mood disorder II.* J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 20(1): 90-100.

****Corresponding author: Tel: +98 9134082088, Email: kazemi_psyc@yahoo.com***