



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
MARBURG
PSYCHIATRIE-KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
Chemie Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی اثر بخشی مداخله فراشناختی بر علائم شناختی بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی

اکرم شاطالی^۱ - دکتر رمضان حسن زاده^۲

چکیده:

افکار و هیجانهای آدمی نحوه واکنش دمی وی را تغییر می دهند یکی از واکنش های بدنی انسان، بیماری است و ما معمولاً از این مسئله غافل هستیم که بیماری های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی و... ممکن است تحت تاثیر افکار و احساسات قرار گیرند. چنین اختلالی روان تنی نام دارد و به صورت اختلال بدنی که تحت تاثیر ذهن قرار دارد تعریف شده است. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مداخله فراشناختی بر اختلال روان تنی انجام شد.

روش کار: این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به اختلال روان تنی مراجعه کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی شهر اصفهان انجام شد. در این پژوهش ۲۰ نفر به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۰ نفر) گروه شاهد (۱۰ نفر) تقسیم شدند. پس از اجرای پیش آزمون که با استفاده از پرسشنامه MMPI به عمل آمد گروه مداخله طی ۸ جلسه هفتگی مورد درمان فراشناختی قرار گرفتند ولی گروه شاهد مداخله دریافت نکردند. پس از آزمون و پیگیری که ۸ هفته بعد با همان ابزار انجام گرفت داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و تحلیل کوواریانس تجزیه تحلیل شدند.

یافته ها: نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علائم شناختی بیماران مبتلا به اختلال روان تنی تاثیر معنی داری دارد ($p \leq 0/001$)

واژه های کلیدی: اختلال روان تنی، مداخله فراشناختی

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی: Psy_shatalebi@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

The effectiveness of met cognitive therapy on cognitive symptoms among psychosomatic disorders patients

Abstract

Purpose: Human thoughts and emotions change reactions. One of physical reactions is disease. Physical illness such as ulcer, heart disease and... have effect on feelings and thoughts. These diseases are called as psychosomatic disorders. The met cognitive is knowledge, or cognitive process that included appraisal, monitoring, or cognitive control. The Purpose of the current study is to consider effect of met cognitive interaction on psychosomatic disorders.

Method: The research method is experimental. Statistical sample are ۲۰ clients of social worker clinics in Isfahan. From purposive sample method were used. The experimental group (۱۰) and control group (۱۰) assignment with random method. For assessment of cognitive symptoms MMPI were used. The experimental group in ۸ weekly sessions are cured met cognitively, but control group didn't cured. After intervention and follow up with the same tools based ۸ week, data gathering and with using of SPSS software and covariance method are analyzed.

Results : The results showed that met cognitive therapy have effect on cognitive symptoms among psychosomatic disorders patients.

Key words: met cognitive therapy, cognitive symptoms, psychosomatic disorders.

مقدمه

اعتقاد به این که حالت روانی شخص می تواند بدنش را تحت تأثیر قرار دهد تاریخچه ای طولانی دارد. با این حال پژوهش های معاصر در مورد جنبه های فیزیولوژیکی و روان شناختی هیجانات و فشار روانی نیز نشان داده است که تنش هیجانی بر دستگاه عصبی خودکار و غدد درون ریز تأثیر می گذارد (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷). در واقع امروزه بیشتر پژوهشگرانی که فرایندهای روان شناختی را مطالعه می کنند، نظرات ساده انگارانه اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علایم جسمی خاص رد می کنند و از دیدگاه تعاملی به علایم جسمانی می نگرند. آنان معتقدند که نقایص بدنی ممکن است باعث مشکلات روان شناختی شوند و مشکلات روان شناختی چه بسا موجب نقایص بدنی شوند. از این رو، آنان تخمین زده اند که بین ۲۵ تا ۵۰

درصد از بیماران درمان شده در درمانگاه های پزشکی به اندازه بیماریهای جسمانی دارای بیماری های روان شناختی هستند (لیوسکی، ۱۹۸۵).

پژوهش های اخیر نشان داده اند که تعدادی از اختلالات جسمی وجود دارند که ممکن است عوامل شخصیتی و اجتماعی تا حد زیادی در آنها نقش داشته باشد. اصطلاح اختلالات روان تنی یا اختلالات روانی فیزیولوژیکی اشاره به حالات جسمانی ای دارد که در آنها حوادث پر معنای روان شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی عروقی، تنفسی، معدی، استخوانی عضلانی، دستگاه های تناسلی ادراری و پوست هستند. یافته های بالینی اهمیت عوامل روان شناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می دهند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲).

نظریه های شناختی در مورد اختلالات هیجانی، نظیر نظریه طرحواره (schema theory) (بک، ۱۹۷۶) برای اصل مبتنی هستند که اختلالات روانی با آشفتگی در تفکر همراه میباشند تصور میشود که افکار منفی یا تفاسیر تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلند مدت منشأ میگیرند.

طبق این نظریه، اختلال هیجانی با فعال شدن طرحواره های بدکنش (dysfunctional) رابطه دارد. طرحواره ها، ساختارهای حافظه هستند که حاوی دو نوع اطلاعات میباشند: باورها (beliefs) و مفروضات (assumptions) باورها، هسته مرکزی ساختارهایی با ماهیت غیر شرطی هستند برای نمونه، (من آسیب پذیرم) (دنيا جای خطرناکی است) که در مورد خود و دنیا به عنوان حقایق پذیرفته می شوند. مفروضات شرطی هستند وابستگی های بین وقایع و خود ارزیابی ها را نشان می دهند برای نمونه (اگر من یک علامت مرضی جسمانی نامشخص دارم، پس باید به بیماری وخیمی مبتلا باشم). طرحواره های بدکنش که اختلال هیجانی را مشخص می کنند، از طرحواره های افراد عادی انعطاف ناپذیرتر، خشک تر و عینی ترند (بک، ۱۹۷۶). محتوای طرحواره ها نوع اختلال را مشخص می سازد. فعال شدن طرحواره های بدکنش موجب سوگیری در پردازش و تفسیر اطلاعات میشود. این سوگیریها در سطح ظاهری، به صورت افکار منفی خودکار در جریان هشیاری نمایان میشوند. ارزیابیهای منفی از این نوع، تجلی سازوکارهای شناختی هستند که سبب حفظ اختلالات هیجانی میشوند. نظریه پردازان و توصیف بک از پدیده اختلال هیجانی با توجه به ساختار طرحوارهها، هنوز توجیه بالینی قوی و مفیدی از این اختلال است. بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان روان شناختی مبتنی بر فراشناخت در درمان اختلالات روان تنی است.

تعریف و طبقه بندی اختلالات روان تنی

بیماری های (سایکوسوماتیک) بیماری های جسمی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آنها مؤثرند. منظور این نیست که فقط علل روانی در به وجود آوردن این اختلالات دخالت دارند بلکه عوامل دیگر هم دخالت داشته منتهی عوامل روانی به صورت عوامل

تسریع کننده یا کاتالیزور عمل می کنند. این اختلالات معلول وجود مشکلات روانی هستند یا این که حداقل تحت تأثیر عوامل و فشارهای روانی تشدید میشوند. اصطلاح " روان تنی " نسبتاً مهم است، زیرا معمولاً عوامل روان شناختی خاصی در سبب شناسی بسیاری از بیماری های غیر روان تنی و درمان بیماران صرف نظر از ماهیت بیماری وجود داشته است (آزاد، ۱۳۸۱).

اختلالات روان تنی به طور ناگهانی به وجود نمی آیند بلکه ابتدا توسط نشانه هایی مثل استفراغ، تپش قلب و رنگ پریدگی ظاهر شده و استرس ها و ضربه های روحی به طور تدریجی روی فرد تأثیر می گذارند و اثر تجمعی آنها سبب بروز بیماری های سایکوسوماتیک می شوند.

مکانیزم های ایجاد کننده بیماری های روان تنی

۱- سیستم عصبی مرکزی: این محور در مقابل استرس مقاومت می کند. این نحوه مقاومت را سندرم سازگاری عمومی می نامند. این محور سندرمی ایجاد می کند به نام سندرم تطابق عمومی یا سندرم سلیه. اگر این محور در سیستم عصبی انسان وجود نداشت، انسان با کوچک ترین استرس تلف می شد.

۲- سیستم عصبی خودکار: شامل سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک، ترشح اسید کلریدریک در معده بر اثر استرس شامل این حالت می شود و تحت تأثیر سیستم عصبی اتونومیک است. اگر ترشح بی موقع اسید معده در اثر عامل استرس زا به مدتی زیاد تکرار شود، فرد مبتلا به زخم معده می شود (آزاد، ۱۳۸۱).

انواع بیماری های روان تنی

میگرن، سردردهای تنشی، تهوع و استفراغ، کولیت مزمن (ورم مزمن روده بزرگ)، آسم، جوش و آکنه، واکنش های آلرژی، کهیر، کاهش قند خون، افزایش ترشح غدد داخلی، دیابت نوع دو، چاقی، فشار خون اساسی، بیماری کروز قلب و افزایش ضربان قلب.

۱- دستگاه گوارش: زخم معده و اثنی عشر از اختلالات روان تنی هستند. بر طبق نظریه روان پویایی، این افراد حالت تهاجمی داشته و زمانی که مقداری از این تهاجم را بیرون می ریزند و مقداری دیگر را کنترل کرده در درون خود نگه می دارند، این انرژی باقی مانده باعث ترشح اسید کلریدریک شده و در نتیجه ایجاد زخم در این ناحیه می کند.

۲- کولیت مزمن (ورم روده بزرگ): این حالت بیشتر در آدم های زودرنج و حساس که مقاومت در آنها ایجاد شده دیده می شود. این افراد غالباً درونگرا هستند.

۳- فشار خون: فشار خونی که علت قلبی و کلیوی و غددی دارند مورد نظر ما نیستند چون این فشار خون ثانوی به بیماری های دیگرند. فشار خونی که علتی برای آن نداریم و غالباً ارثی است اصلی یا اسانسیل گفته می شود. این افراد معمولاً انعطاف ناپذیر و کمال طلب هستند و این عدم انعطاف زمینه را برای فشار خون مستعد می کند. البته باید این مسئله را به یاد داشت که عامل اصلی ارثی است اما عوامل روانی و استرس در بروز آن نقش مؤثر دارند.

۴- بیماری های تنفسی مثل آسم علاوه بر داشتن زمینه ارثی معمولاً در افرادی دیده می شود که برونگرا، مهاجم و فکور هستند.

۵- دردهای استخوانی و مفصلی: ورم مفصل یا آرتریت روماتوئید، معمولاً از افراد پرکار، خوش قلب و خوش نیت که در باطن شخصیت متخاصم دارند دیده می شود. ورم مفاصل زمانی بیشتر می شود که خشم فروخورده ای در فرد به وجود آید و وی جایی برای بروز این خشم نیابد.

۶- دردهای ستون فقرات و کمردردهای روان تنی: ممکن است کمردرد بر اثر دیسک، ساییدگی مهره ها، تومورهای نخاع و ستون فقرات باشد، این بیماری ها چون علت عضوی دارند مد نظر نیستند. معمولاً دردهایی که در ۱/۳ بالای مهره ها باشد مثل مهره های اول پشتی و گردن بیشتر در افرادی دیده می شود که در انطباق خود با محیط پیرامونی دچار مشکل می شوند و نمی توانند هیجان هایشان را با محیط تطبیق دهند یا به عبارتی **coping** هیجانی با محیط ندارند. این افراد دارای خلق پایین به صورت طولانی مدت هستند.

۷- بیماری های ناشی از غدد مترشحه داخلی و تغذیه: معمولاً بعد از وارد شدن استرس های یکنواخت و طولانی مدت به فرد، پرکاری تیروئید دیده می شود. از علل مشکلات تغذیه ای هم می توان به این نکته اشاره کرد که این افراد همیشه حالت تدافعی داشته و تعامل مناسب با محیط کار و خانه ندارند.

۸- بیماری های زنان، آمنوره یا فقدان دوران قاعدگی: به وقفه یا عدم جریان عادت ماهیانه زنان به غیر از دوران حاملگی و یا یائسگی اطلاق می شود. درد شدید موقع پرئود است (البته یک سری از دردها علل عضوی دارند که در اینجا مد نظر نیستند) این حالت بیشتر در دخترانی دیده می شود که به نوعی به زن بودن خود معترض هستند، روحیه پرخاشگری داشته و از موقعیت خود ناراضی هستند و یا در شرایطی به سر می برند که یک استرس دائمی و یکنواخت به آنها وارد می شود.

۹- بیماری های پوستی: از انواع این بیماری ها می توان کهیر و اگزما، آکنه، قرمزی پوست صورت، لیتوگیا که پوست سفید یا شیری رنگ می شود، پلاک یا الکسی که موی صورت (در مردان) ابرو و یا موی سر به اندازه یک دایره کوچک می ریزد. این افراد معمولاً از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند و از موقعیت اجتماعی خود اطمینان کافی ندارند.

۱۰- میگرن - سردردهای مزمن یا سردردهای تنشی: معمولاً در افرادی دیده می شود که کمال طلب بوده، وظیفه شناس و مهربان هستند اما سرکوب حالت های خصمانه و خشم فروخورده باعث بروز این گونه سردردها می شود.

۱۱- بیماری های قلبی و عروقی: این دردها معمولاً یک یا دو دقیقه طول می کشد و در سمت چپ بدن به دست و گردن می زند این افراد معمولاً به علت فشاری که به دستگاه عصبی خود وارد می کنند و دائم در حالت تلاش و کوشش هستند بدون آنکه به خود استراحت بدهند به این درد مبتلا می شوند. این افراد سختکوش، جاه طلب، عجول و رقابت طلب هستند و بیشتر از افراد دیگر در معرض سکنه های قلبی قرار دارند (ولمن، ۱۹۹۸، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات روان تنی

در DSM-IV-TR اختلالات روان تنی با عنوان عامل روان شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی معرفی شده است. ویژگی اصلی عامل روان شناختی مؤثر بر بیماری جسمانی یا اختلالات روان تنی وجود یک یا چند عامل روان شناختی یا رفتاری خاص است که بر یک بیماری جسمانی تأثیر نامطلوب می گذارد.

این عوامل روان شناختی یا رفتاری عبارتند از:

- اختلال های محور I

- اختلال های محور II

- نشانه های روان شناختی یا صفات شخصیتی که با ملاکهای کامل یک اختلال روانی خاص مطابقت ندارند.

- رفتارهای بهداشتی ناسازگار یا پاسخ های فیزیولوژیایی به عوامل تنش زای محیطی یا اجتماعی به طور کلی عوامل روان شناختی مؤثر بر تشخیص بیماری روی محور I کدگذاری شده و بیماری جسمانی همراه روی محور II کدگذاری می شود (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

علل اختلالات روان تنی

در تبیین علت و تسکین اختلال های روان تنی چهار نظریه هستند که با چهار مکتب نابهنجاری مطابقت دارند: زیست پزشکی، روان پویایی، رفتاری و شناختی، همه این مکتب ها با رویکرد بیماری پذیری ارثی - استرس هماهنگ هستند.

الگوی زیست پزشکی

الگوی زیست پزشکی بر بیماری پذیری ارثی به عنوان زیربنای بیماری روان تنی تأکید می‌ورزد. دیدگاه زیست پزشکی چهار مؤلفه دارد: ژنتیک، آسیب پذیری اندام بخصوص، انتخاب تکاملی و نشانگان انطباق عمومی.

در مورد مؤلفه ژنتیک طبق بررسی های علمی موجود، داشتن آمادگی برای اختلال های روان تنی از نظر ژنتیکی ارثی است. در ارتباط با مؤلفه آسیب پذیری اندام بخصوص باور بر این است که این ضعف اندام بخصوص است که ارثی است. یعنی وقتی که یک نفر دچار استرس می شود ضعیف ترین حلقه در زنجیرهٔ بدنی او پاره می شود. این واقعیت که افراد گرایش دارند با یک قسمت خاص بدن به استرس واکنش دهند اختصاصی بودن اندام را تأیید می کند. معمولاً برخی با معدهٔ ضعیف به استرس واکنش نشان می دهند برخی با سردرد، دیگران با عرق کردن و برخی دیگر با تندتر شدن ضربان قلب و بیماران مبتلا به سردردهای مکرر با افزایش تنش عضلانی واکنش نشان می دهند (روزنهان، ترجمهٔ سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

تکامل می تواند عملاً ایجاد برخی از اختلال های روان تنی را تسهیل کند. در یک محیط تهدیدکننده افرادی که دنیا را تهدیدکننده می دیدند و قاطعانه با بالا رفتن فشارخون، تنش عضلانی و موارد مشابه پاسخ می دادند همان هایی بودند که با احتمال بیشتری زنده ماندند و تولیدمثل کردند. فقط این روزها که میزان تهدید فیزیکی در مقایسه با دوران غار و جنگل کاهش یافته است به جای امتیاز، اختلال محسوب می شود. پرتنشی فقط برای افرادی مهلک است که سال های زیادی را از سن شکوفایی تولیدمثل پشت سر گذاشته اند. بنابراین گرایش به انواع اختلال های روان تنی به این علت موروثی است که در دورانی از تاریخ این بیماری ها عملاً بقا و تولیدمثل را تسهیل می کردند.

سلیه^۱ (۱۹۴۶) به بررسی تأثیرات استرس بر پاسخ های فیزیولوژیکی پرداخت و سعی کرد این واکنش ها را به بروز بیماری ها ربط دهد. وی با ارائه الگوی زیست شیمیایی استرس نشانگان عمومی سازگاری^۲ (GAS) را به عنوان الگویی برای توصیف واکنش زیست شناختی در مواجهه با استرس جسمانی مستمر و شدید معرفی کرد.

(GAS) به تلاش های عمومیت یافته بدن برای دفاع از خود در قبال عوامل مضر اشاره دارد. این نشانگان شامل تمام تغییرات نامعین خاصی است که به دستگاه زیستی القا شده و در سه مرحله اتفاق می افتد: ۱- واکنش هشدار ۲- مقاومت ۳- فرسودگی (روزنهان، ترجمهٔ سیدمحمدی، ۱۳۸۲).

^۱ Selye

^۲ General Adaptation Syndrome

الگوی روان پویشی

فرانتز الکساندر^۱ (۱۹۵۰) مشهورترین نظریه پرداز روان تحلیل گری اختلال های روان تنی است. دیدگاه او آسیب پذیری ژنتیکی اندام، عوامل شخصیت و استرس زندگی را در هم ادغام می کند. شخصی که از نظر ژنتیکی در اندام خاصی آسیب پذیر است و تعارض های روان پویشی بخصوصی دارد زمانی که استرس زندگی تعارض های روان پویشی او را برانگیخته می کند و او دیگر قادر نیست از خود در برابر آنها دفاع کند، به بیماری آن اندام مبتلا خواهد شد. هر سه عامل دستگاه اندامی آسیب پذیر، تعارض پویشی بنیادی و موقعیت زندگی ایجاد کننده استرس برای ایجاد بیماری با هم تعامل می کنند. ماهیت مجموعه شخصیت در مورد فردی که به زخم گوارشی مبتلا خواهد شد، تعارض درباره نیازهای وابستگی در مقابل ابراز وجود مستقل است. الکساندر تعارض های دیگری را برای آسم، التهاب مفصل و اختلالات پوستی فرض می کند.

الگوهای شناختی رفتاری

نظریه های ناشی از دیدگاههای رفتاری و شناختی معتقدند که یادگیری یا شناخت موجب اختلال های روان تنی می شوند و آنها بر جنبه استرس بیماری پذیری ارثی - استرس تأکید می ورزند. استرس می تواند به وسیله شرطی شدن، توسط شناخت ها یا به وسیله رویدادهای زندگی ایجاد شود.

شرطی سازی

دیدگاه شرطی سازی اختلال های روان تنی بر این باور است که نشانه ها پاسخ شرطی هستند که زمانی فراگیر می شوند که یک محرک خنثی با یک محرک غیرشرطی که موجب اختلال شده است همایند شده باشد.

شناخت ها و اختلال های روان تنی

افکار بخصوصی می توانند موجب نشانه های جسمانی شوند. ویلیام گریس^۲ و دیوید گراهام^۳ (۱۹۸۵، به نقل از ولمن، ۱۹۸۸) معتقدند که ادراک فرد از دنیا و اینکه او درباره تهدید چه فکری می کند پیش بینی می کنند که چه اختلال روان تنی ایجاد خواهد شد.

گریس و گراهام برای پی بردن به این موضوع که چه موقعیت هایی بلافاصله قبل از شروع نشانه ها واقع می شوند و اینکه چگونه فرد متوجه می شود که چه چیزی قرار است برای او اتفاق افتد با ۱۲۸ بیمار مبتلا به انواع بیماری ها مصاحبه کردند. آنها افکار بخصوصی را یافتند که با بیماری های بخصوصی در ارتباط بودند. مثلاً افراد مبتلا به فشارخون بالا همواره برای مواجهه

^۱ Franz Alexander

^۲ William Grace

^۳ David Graham

شدن با تهدید در حالت آمادگی دائمی بودند و زمانی که با تهدید روبرو می شدند فکر می کردند که ((هیچ کس تاکنون بر من غلبه نکرده است. من برای هر چیزی آمادگی دارم)).

درمان اختلالات روان تنی

در حال حاضر در درمان اختلالات روان تنی چندین رویکرد و دیدگاه وجود دارد. از قبیل دارویی، فیزیولوژیکی، روانکاوی و رویکردهای رفتاری و شناختی، تعیین اینکه کدام رویکرد بیشترین کارایی را دارد به آسانی میسر نیست زیرا اختلالات روان تنی به مجموعه ای از عوامل روانی، زیست شیمیایی و روانی بستگی دارد.

درمان های شناختی رفتاری

در این روش روش های شناختی و رفتاری در کنار هم به کار می روند. درمان های شناختی- رفتاری شامل راهبردهایی هستند که به منظور تغییر تفکر، نگرش، ادراک و رفتار افراد مسئله دار طراحی شده اند. آموزش روش های حل مسئله^۱، آموزش خود^۲ و مدیریت خود^۳ از روش هایی هستند که به تغییر در شناخت منجر شوند (خدایاری فرد، ۱۳۸۳).

در شناخت رفتار درمانگری کوشش می شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار درمانجو افکار و اعمال وی اصلاح شود. شناخت رفتار درمانگری که از رفتار درمانی منشعب شده است بر تأثیر تفکر در عواطف، رفتار و چگونگی دریافت فرد از جهان توجه دارد (خدایاری فرد، ۱۳۸۳).

یک سطح اساسی در تبیین روان شناختی که برای کمک به افراد جهت تغییر افکارشان ضروری میباشد، سطحی است که ما را قادر میسازد تا عواملی را که بر کنترل، اصلاح، ارزیابی و تنظیم خود تفکر تأثیر میگذارد، مفهوم سازی کنیم. علاوه بر این، در حالی که اهمیت محتوای اندیشه در تعیین ماهیت اختلال روانشناختی مورد تردید است، چگونگی تفکر افراد بُعد مهمی است که تلویحاتی را برای اختلال روانشناختی و بهبود در بردارد.

فراشناخت^۴

فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول، ۱۹۷۹؛ موسس و بیرد، ۲۰۰۲). از یک نظر، آن را میتوان به عنوان یک جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیتهای شناختی نقش دارد. برخی از جنبه های خاص فراشناخت با اختلالات روانشناختی رابطه دارد (ولز و ماتیوز،

^۱ Problem solving

^۲ self - instruct

^۳ self - management

^۴ met cognition

۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۰۱). نظریه و تحقیق در مورد فراشناخت عمدتاً از طریق کار در روانشناسی رشد شناختی (فلاول، ۱۹۷۹)، نوروسایکولوژی، عملکرد حافظه و سالمندی (متکالف و شیمامورا، ۱۹۹۴) توسعه یافته است. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل میکند (موسس و بیرد، ۲۰۰۲). بیشتر فعالیتهای شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آنها نظارت و کنترلشان میکنند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت منشعب میشوند اغلب به صورت احساسات ذهنی تجربه میشوند که میتوانند بر رفتار اثر بگذارند.

اغلب نظریه پردازان بین دو جنبه از فراشناخت، یعنی دانش فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز اساسی قایل شده اند. دانش فراشناختی، اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خودشان و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها بر آنها اثر میگذارد. نظارت فراشناختی به دامنه ای از کارکردهای اجرایی، نظیر توجه کردن، کنترل کردن، چک کردن، برنامه ریزی کردن و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره دارد (براون، برانسفورد، فرارا، و کمپیون ۱۹۸۳). این ایده که فراشناخت، شناخت عمومی را کنترل و بر آن نظارت میکند، نشان از تمایز دو سطح شناختی دارد. نلسون و نارنز (۱۹۹۰) خاطر نشان کرده اند که فرایندهای شناختی در دو یا چند سطح مرتبط با هم عمل میکنند. این سطوح را سطح فرا (meta level) و سطح عینی (object level) می نامند.

برای فهم شناخت در اختلال روانشناختی میتوان از رابطه بین سطح فرا و سطح عینی استفاده کرد. همانطور که نظارت، فرآیندهای ورودی برای نظام خود گردانی و کنترل یک فرد است، هرگونه تحریف در نظارت میتواند در بدکنشی روانشناختی نقش داشته باشد. به همین قیاس، فرایندهای کنترل میتواند سطح عینی را، برای مثال از طریق آغاز یک کنش جدید، ادامه یا اصلاح یک کنش گذشته یا خاتمه یک فعالیت تغییر دهد. بنابراین، آشفتگی یا سوگیری در کنترل، برای مثال، انتخاب برخی راهبردهای مقابله ای نامناسب، ممکن است در اختلال روانی نقش داشته باشد. در این مدل، انتخاب و اجرای یک راهبرد مقابله‌ای، تعیین کننده اصلی ادامه یا خاتمه آشفتگی روانی است.

انواع فرا شناخت

برای درک فرایندهای مهم در اختلال اضطراب تعمیم یافته سه نوع فرا شناخت وجود دارد ۱- دانش فراشناختی ۲- تجربه های فراشناختی و ۳- راهبردهای کنترل فراشناختی. اکنون هر یک از این طبقات را توضیح میدهم و رابطه آنها را با اختلالات هیجانی مشخص میکنیم.

دانش فراشناختی

دانش فراشناختی به باورها و نظریه هایی اشاره دارد که افراد در مورد شناخت خود دارند؛ نظیر باورها در مورد معنای نوع خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی. در نظر گرفتن دو نوع دانش فراشناختی آشکار و ضمنی (implicit met cognitive know lodge) به ویژه در زمینه اختلال هیجانی، مفید است. دانش فراشناختی آشکار، دانشی هشیار می باشد. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته معتقدند که نگران بودن، کنترل نشدنی و خطرناک است و برخی نیز باور دارند که نگران بودن میتواند مزایایی داشته باشد (ولز، ۲۰۰۱). دانش فراشناختی ضمنی معمولاً هشیار نیست و نمیتوان آن را به صورت کلامی بیان کرد. این دانش مشتمل بر قواعد یا طرحهایی است که پردازش را هدایت میکند (نظیر توجه کردن، جستجو در حافظه و استفاده از تدابیر اکتشافی و سوگیری در قضاوت کردن). در نظر گرفتن این دانش به عنوان روش یا طرحی برای پردازش اطلاعات مفید است و چنین طرحهای فراشناختی ممکن است حداقل به عنوان دانش خبری در اختلال هیجانی مهم باشند.

تجربه های فراشناختی

تجربه های فراشناختی مشتمل بر ارزیابی معنای وقایع ذهنی خاص (برای نمونه افکار)، احساسات فراشناختی و قضاوت در مورد وضعیت شناخت است. ارزیابی ها و قضاوتهای فراشناختی را میتوان به صورت تفاسیر هشیار و نامگذاری (بر چسب زدن) تجربه های شناختی تعریف کرد. تجربه های فراشناختی تجلی مستقیم استفاده از دانش فراشناختی برای ارزیابی شناخت است. تجربه های فراشناختی از دو طریق با اختلالات هیجانی در رابطه اند. نخست برخی از اختلالات با ارزیابی ها و قضاوتهای فراشناختی منفی رابطه دارند برای نمونه بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی بیشتر تمایل دارند از اطلاعات احساس محور به عنوان راهنمایی برای ارزیابی تهدید و تنظیم راهبردهای مقابلهای اجرایی استفاده کنند. برای مثال، بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی ممکن است برای اینکه احساس اطمینان کنند که آن عمل کاملاً درست انجام شده است، آن را تکرار کنند.

دوم احساسات ذهنی را به شکلهای مختلف میتوان تفسیر کرد و لذا معنای آنها و تأثیرشان بر عملیات پردازش میتواند متأثر از خود آگاهی باشد. در تأیید آثار تفسیر احساسات بر شناخت، کلور و پارات (۱۹۹۴) از طریق هیپنوتیزم احساس عدم اطمینان را کاهش دادند. برخی آزمودنیها معتقد شدند که هیپنوتیزم بر احساسات آنها اثر داشته است و برخی نیز هیچ اسنادی را بیان نکردند. سپس از آزمودنیها خواسته شد تا شعری را بخوانند و میزان فهم خود را از آن مشخص سازند. احساس عدم اطمینان بر فهم شعر، تنها در صورت اسناد بیرونی، تأثیر داشت.

راهبردهای کنترل فراشناختی

راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخهایی هستند که افراد برای کنترل فعالیتهای نظام شناختی نشان میدهند. این راهبردها ممکن است راهبردهای تفکر را افزایش یا کاهش دهند و به افزایش فرایندهای نظارتی کمک کنند در اختلالات بالینی، راهبردهای کنترل اغلب مشتمل بر تلاشهایی جهت کنترل جریان هشیاری است. راهبردهای فراشناختی مشتمل است بر پاسخهای معطوف به تشدید جریان اطلاعات حاصل از سطح عینی (برای نمونه، نظارت کردن) یا راهبردهای معطوف به خاتمه یا اصلاح پردازش سطح عینی. ولز و ماتیوز (۱۹۹۴) اختلال هیجانی را با راهبرد کنترل تهدید مرتبط میدانند که با توجه مستمر به منابع درونی یا بیرونی تهدید مشخص میشود. با توجه به راهبردهای معطوف به اصلاح پردازش در اختلال هیجانی، افراد ممکن است برای کنترل افکار ناخواسته یا اضطراب زای خود از طیفی از راهبردها استفاده کنند.

روش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح تحقیقی به صورت دو گروهی از نوع گروه آزمون و گروه شاهد همراه با پیش آزمون پس آزمون بوده است. در این پژوهش مداخله درمانی (درمان شناختی رفتاری-فراشناخت به صورت موردی) بر گروه آزمون که متشکل از ۱۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک ممدکاری اجتماعی اصفهان در سال ۸۹ بودند، اعمال گردید. در حالیکه گروه شاهد که متشکل از ۱۰ نفر بودند این مداخله درمانی را دریافت نکرد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ممدکاری اجتماعی برای درمان اختلال روان تنی (خصوصاً مشکلات دردهای معده) است. نمونه مورد نظر در این پژوهش ۲۰ نفر (۱۰ نفر گروه آزمون و ۱۰ نفر گروه شاهد) بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه MMPI

در پژوهش حاضر آزمودنی ها بر اساس تشخیص و ارجاع پزشک عمومی با استفاده از نتایج پزشکی نظیر آزمایش عکس برداری با اشعه (X)، مصاحبه های بالینی و توسط درمانگر بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون MMPI مبتلا به بیماری (زخم معده) که یکی از اختلالات روان تنی هستند تشخیص داده شدند. آزمون یا پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده ای از ویژگی های خود توصیفی است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد را به دست می دهد. آزمون MMPI دارای ۱۱ مقیاس است که ۳ مقیاس آن مربوط به روایی آزمون (مقیاس های L, F, K) و ۸ مقیاس دیگر به شاخص های بالینی یا شخصیتی مربوطند (مقیاس های HS یا هیپوکندری، افسردگی یا D، هیستری یا Hy، انحراف روانی- اجتماعی یا Pd، پارانوایا یا Pa، ضعف روانی یا Pt، اسکیزوفرنی یا Sc، شیدایی خفیف یا Ma).

محتوای اکثر پرسش های مربوط به نشانه های بیماری های روان پزشکی، روان شناختی، عصب شناختی و یا جسمانی است. دارای دو فرم کوتاه و بلند است. نحوه پاسخ به پرسش های این آزمون به صورت "صحیح" یا "غلط" است که در آن پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط نمره صفر دریافت می کند. پس از تکمیل شدن آزمون توسط آزمودنی، نیمرخ روانی او براساس نمراتی که در مقیاس های یازده گانه دریافت کرده است ترسیم و توسط روان شناس تفسیر می شود (مارنات، ۱۹۹۰: ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

در پژوهش حاضر از فرم MMPI که دارای ۵۶۶ پرسش است استفاده شده است. در مورد روایی آزمون MMPI مطالعات زیادی صورت گرفته است. شپارد و همکاران (۱۹۸۸) روایی سازه آزمون MMPI را مورد بررسی قرار دادند و روایی سازه آزمون MMPI را مورد بررسی قرار دادند و روایی سازه آن را مطلوب گزارش کرده اند این آزمون از سطوح بالایی از ثبات و همسانی درونی برخوردار است به طوری که پایایی کلیه مقیاس های MMPI در یک مطالعه فراتحلیلی اثبات شد (مارنات، ۱۹۹۰: ترجمه پاشا شریفی و نیکخو، ۱۳۷۵).

شیوه ی اجرای پژوهش

پس از انجام نمونه گیری، یک جلسه پیش آزمون در اوایل مهرماه سال ۱۳۸۹ اجرا شد که از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش آزمون MMPI به عمل آمد. پس از آن کل افراد گزینش شده به صورت تصادفی در گروه شاهد و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ هفته (در طول هر هفته به مدت ۱ جلسه ۱ ساعته) به وسیله یک فارغ التحصیل کارشناس ارشد روان شناسی عمومی که دوره درمان فراشناختی را دیده بود در کلینیک مددکاری اجتماعی مهراندیش شهر اصفهان تحت درمان قرار گرفتند. پس از ۸ جلسه اوایل آذرماه در جلسه آخر از همگی شرکت کنندگان در پژوهش آزمون MMPI به عمل آمد.

یافته ها

شرکت کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۳ سال بودند میانگین و انحراف سنی گروه شاهد به ترتیب $27/5 \pm 23/4$ و گروه آزمون $34/4 \pm 23/2$ سال بود همه شرکت کنندگان تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند و طول بیماری آنها از یک تا ۳ سال بود. بررسی نتایج نشان داد بیمانکاران دو گروه از لحاظ ویژگی های دوگرافیک ذکر شده تفاوت معناداری نداشتند. ($P > 0/5$) جدول شماره ۱ شاخص های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته علائم اختلال روان تنی را به تفکیک گروه ها و مراحل نشان می دهد. ($P < 0/05$)

جدول شماره ۲ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی گیری پس از کنترل پیش آزمون می باشد. چنانچه مشاهده می شود بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون رابطه معنی داری وجود دارد ($P \leq 0/001$).

^۱ marnat

بعد از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی گیری مربوط به نمره کل اختلال روان تنی تفاوت معنی داری وجود دارد و درمان فراشناختی ۷۱٪ از تغییرات مربوط به نمره کل علایم روان تنی را در پس آزمون و ۷۴٪ از تغییرات را پیگیری تعیین می کند.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کل علایم اختلال روان تنی به تفکیک مراحل و گروهها

گروه	مراحل	انحراف \pm معیار میانگین	سطح معنی داری
شاهد	پیش آزمون	$74/52 \pm 3/25$	۰/۰۰۱
	پس آزمون	$74/75 \pm 3/36$	
	پی گیری	$74 \pm 3/25$	
آزمون	پیش آزمون	$78/2 \pm 2/63$	۰/۰۰۱
	پس آزمون	$63/52 \pm 2/8$	
	پی گیری	$62/4 \pm 2/58$	

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر درمان فراشناخت بر کاهش علایم اختلال روان تنی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اختلال روان تنی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۰۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
		درمان فراشناخت	۱	۴۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۱۱۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۹
		درمان فراشناخت	۱	۴۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه سنجش کارایی درمان فراشناختی بر اختلال روان تنی (زخم معده) بود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای این اختلال و نبود درمان مشخص و همه جانبه برای این اختلال، لزوم پژوهش در مورد درمان های جدید برای اثر بخشی بر روی اختلال

روان تنی کاملاً مشخص می باشد. درمان فراشناختی از جمله درمان های جدید است که اثر بخشی آن بر اختلال های هیجانی روشن گردیده است.

مداخله فراشناختی علاوه بر محتوای افکار بر فرآیند پردازش اطلاعات چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون و چگونگی برون داد اطلاعات توجه فزاینده دارد. از دیگر یافته های مهم نتایج می توان موید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تعمق و پایداری اثرات درمان می شود. درمان فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک های ناسازگارانه تفکر و رفع فراشناخت های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علایم طبیعی برانگیختگی به آنها این فرصت را می دهد که به گونه موثر و در عین حال متفاوت از شیوه های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال روان تنی روبرو شوند. از آنجا که نتایج درمان پیگیری نیز پایدار بود، می توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها قادر بوده تا فراشناخت هایی که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می بخشند یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می گردند را تغییر دهند.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از این می باشد که مداخله ی فراشناختی برای مولفه های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال روان تنی (زخم معده) اثر بخش می باشد و می توان این درمان را به عنوان یک روش جدید و چند بعدی در کنار درمان های دیگر برای درمان اختلال روان تنی پیشنهاد نمود.

تقدیر و تشکر

لازم می دانیم از دوست و همکاران گرامی خانم مریم آزاد، مریم همتی، دکتر اسماعیل بیابانگرد، دکتر محمد خدایاری فرد، دکتر خشایار صادقی، یاسمین عابدینی و شرکت کنندگان در این پژوهش کمال سپاسگذاری را بنماییم.

منابع فارسی:

- آزاد، حسین. (۱۳۸۱). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی. چاپ دوم، مترجمان نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. تهران: انتشارات سخن.
- خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۳). کاربرد خانواده درمانگری (مبتهی بر فنون شناختی-رفتاری) در سه تک بررسی وسواس- بی اختیاری. مجله علوم روان شناختی. دوره دوم، شماره ۶، ص ۱۰۱-۱۲۵.
- روزنهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. تهران: نشر ساوالان.
- مارنات، گری گراث. (۱۹۹۰). راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی، حسن و نیکخو، محمدرضا، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.
- ولمن، بنجامین. (۱۹۹۸). اختلالات روان تنی، ترجمه نجاریان، بهمن، دهقانی، محسن و دباغ، بهرام، ۱۳۷۵، تهران: انتشارات رشد.

- Beck, A.T.(۱۹۷۶). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bower, G.H.(۱۹۸۱). Mood and memory. *American Psychologist*, ۳۶, ۱۲۹-۱۴۸.
- Bower, G.H.(۱۹۹۲). How might emotions affect learning? In S.A. Christianson (Eds.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Brown, A.L., Bransford, J.D., Ferrara, R.A., & Campione, J.C.(۱۹۸۳). Learning, remembering, and understanding. In J.H. Flavell & E.M. Markman (Eds.), *Handbook of child psychology, cognitive development*(Vol. ۳., pp.۷۷-۱۶۶). New York: John Wiley & Sons.
- Clore, G.L., & Parrott, W.G.(۱۹۹۴). Cognitive feelings and metacognitive judgements. *European Journal of Social Psychology*, ۲۴, ۱۰۱-۱۱۵.
- Flavell, J.H.(۱۹۷۹). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, ۳۴, ۹۰۶-۹۱۱.
- Lipowski, Z. J. (۱۹۸۵). *Psychosomatic medicine and Liason Psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Metcalfe, J., & Shimamura, A.P.(Eds.),(۱۹۹۴). *Metacognition: Knowing about knowing*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Moses, L.J., & Baird, J.A.(۲۰۰۲). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nelson, T.O., & Narens, L.(۱۹۹۰). Metamemory: A theoretical framework and new findings. In G.H. Bower (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (pp.۱۲۵-۱۷۳). New York: Academic Press.
- Nelson, T.O., Kruglanski, A.W., & Jost, T.J.(۱۹۹۸). Knowing thyself and others: Progress in metacognitive social psychology. In V.Y. Yzerbyt G. Lories & B. Dardenne (Eds.), *Metacognition: Cognitive and social dimensions*. London: Sage.

- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1987). *Abnormal psychology*. New York: Prentice – Hall Press.
- Seley, H. (1946). *The stress of life*. New York: Macmillan.
- Sheppard, D., Smith, G. T., & Rosenbaum, G. (1988). Use of the MMPI subtypes in predicting completion of a residential alcoholism program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 290-296.
- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion, A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.