

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی و منبع کنترل بین بیماران اسکیزوفرنیک و دوقطبی

سیدمحمدحسن نسابه^۱، دکتر حسین بقولی^{۲*}، دکتر آذرمیدخت رضائی^۳، دکتر سلطانه‌لی کاظمی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۴ صص: ۶۸-۴۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۵

چکیده

اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی، از مهم‌ترین اختلالات روانشناختی محسوب می‌شوند. در این تحقیق باورهای فراشناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، و منبع کنترل، در بیماران مذکور مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. تعداد ۳۰ بیمار دارای اختلال اسکیزوفرنیا و ۳۰ بیمار دارای اختلال دوقطبی، جمعاً ۶۰ نفر از بیماران بستری در بیمارستان ابن سینای شیراز، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه‌های: باورهای فراشناختی ولز ۳۰ سوالی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ ۷۵ سوالی، و منبع کنترل راتر ۲۹ سوالی؛ مورد آزمون قرار گرفتند، و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل گردید. تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA و تحلیل واریانس تک متغیری ANOVA، نشان داد: افراد اسکیزوفرن؛ در طرحواره‌های شکست ($P=0/04$)، و وابستگی / بی‌کفایتی ($P=0/01$)؛ و بیماران دوقطبی، در طرحواره‌های ایثار ($P=0/02$) و استحقاق / خودبزرگ‌بینی ($P=0/007$) تفاوت آماری معنی‌داری دارند. در باورهای فراشناختی؛ فقط در بُعد خودآگاهی شناختی، بیماران دوقطبی نسبت به بیماران اسکیزوفرن، میانگین بالاتر و معنی‌داری ($P=0/02$) کسب نمودند. آزمون آماری t برای گروه‌های مستقل، نشان داد که؛ هر دو گروه بیماران دارای منبع کنترل درونی هستند، اما بیماران اسکیزوفرنیا نمرات بالاتری داشته و تمایل بیشتری به منبع کنترل بیرونی دارند.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنیا، دوقطبی، باورهای فراشناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، منبع کنترل

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^۴ دانشیار پایه ۲۰، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

* نویسنده مسول مقاله: bhossein@gmail.com

مقدمه

هدف این تحقیق بررسی تفاوت‌های بین بیماران اسکیزوفرنیک^۱ و دوقطبی^۲ در سه زمینه شامل: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۳، باورهای فراشناختی^۴ و منبع کنترل درونی- بیرونی^۵ بود. این موضوع که آیا منبع کنترل خاص (درونی- بیرونی)، طرح‌واره‌های ناسازگار خاص (در این پژوهش ۱۵ طرح‌واره)، و باورهای فراشناختی خاصی (پنج نوع باور فراشناختی) به هر یک از این اختلالات مرتبط می‌شود یا نمی‌شود؟ آیا اشتراکات و یا افتراقی بین دو نوع بیماری در عناوین و خرده مقیاس‌های مورد سنجش وجود دارد یا خیر؟ پاسخ‌هایی بودند که این تحقیق به دنبال یافتن آن بود.

امروزه اهمیت تحقیقات بنیادین در علم و روش تحقیق بر هیچکس پوشیده نیست. از آنجا که درمان و رویکردهای درمانی نیازمند شناسایی دقیق علل و عوامل مؤثر در هر اختلال و بیماری می‌باشد، و برای این که سهم تفکر و شناخت و فرآیندهای فکری و روانشناختی در پیدایی این اختلالات معین گردد، این پژوهش انجام گرفت.

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی و منبع کنترل (درونی - بیرونی) در بیماران اسکیزوفرنیک و دوقطبی با اهداف نهائی زیر صورت گرفت:

زمینه‌سازی برای: (۱) - رویکردهای روان‌درمانی بر اساس طرز تفکر بیمار (۲) - کمک به تشخیص افتراقی بین دو بیماری مذکور بر اساس متغیرهای شاخص و تاثیرگذار بر هر یک از اختلالات محل اجرای پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بخش روانپزشکی- بیمارستان ابن سینا بود که پس از اخذ اجازه اجرای آزمون‌های روانشناختی بر روی بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنیا و دوقطبی I، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و تایید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی

¹ Schizophrenic

² Bipolar disorders

³ Early maladaptive schemas

⁴ Metacognitive beliefs

⁵ Intrinsic-Extrinsic locus of control

دانشگاه مذکور، مبتنی بر اخذ رضایت آگاهانه از بیماران و رعایت منشور اخلاقی، و از دی ماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ انجام گرفت.

پرسش‌ها و فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- بین بیماران اسکیزوفرنیک و دوقطبی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای فراشناختی، و منبع کنترل درونی- بیرونی تفاوت وجود دارد.
- ۲- هر کدام از بیماران اسکیزوفرنیک و دوقطبی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مختص به همان اختلال بیشتر استفاده می‌کنند. به عبارتی در هر کدام از بیماری‌های مذکور طرح‌واره‌های اختصاصی همان نوع بیماری فعال‌تر می‌باشد.
- ۳- بین بیماران اسکیزوفرنیک و دوقطبی در نوع باورهای فراشناختی تفاوت وجود دارد.
- ۴- منبع کنترل (درونی- بیرونی) در بیماران اسکیزوفرنیک متفاوت با بیماران دوقطبی است. پیشنهاد تحقیق

ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اسکیزوفرنیا

بارتلون، کاپدویل، بولینگر، کریستین، نارگوت، رافارد^۱ (۲۰۱۳)، در بررسی نشانه‌شناسی مثبت اسکیزوفرنیا و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نشان دادند که، بعد از کنترل کردن افسردگی، بیماران اسکیزوفرن نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل در شش طرح‌واره ناسازگار به دست آوردند و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های مثبت و نه منفی مرتبط بودند. بعد از کنترل افسردگی، تنها طرح‌واره بی‌اعتمادی/ بد رفتاری پیش‌بین معنادار نشانه‌های مثبت با تبیین ۴/۱۲ درصدی بود. خسروانی، محمدزاده، شیوائی اسکویی (۲۰۱۸)، طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه (EMSs)^۲ در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و غیر بیماران با صفات بالا و پایین اسکیزوتایپال و تفاوت‌های آنها بر اساس شدت افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنها نشان داد که طرح‌واره‌های سوءاستفاده/بدگمانی و انزوای اجتماعی به ترتیب پیشگویی کننده‌های معنی‌دار نشانه‌های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنیا بودند. یافته‌های این تحقیق اذعان می‌کند طرح‌واره‌های سوءاستفاده/بدگمانی و انزوای اجتماعی می‌تواند مختص نشانه‌های سایکوتیک باشد. همچنین اسکیزوفرنیا و صفات اسکیزوتایپال

^۱ Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J. p., Christine, M., Nargeot, G., & Raffard, S.

^۲ Early maladaptive schemas

می‌تواند در ارتباط با EMSs همپوشی داشته باشند. بعلاوه EMSs فعال شده ممکن است با افسردگی بالا در اسکیزوفرنیا مشارکت کنند.

ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال دوقطبی

مطالعات هاوک، پروونچر و آرتنز^۱ (۲۰۱۱)، با عنوان؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریسک ابتلاء به اختلالات دوقطبی، نشان داد که طرحواره‌های استحقاق، بزرگ‌منشی و خودکنترلی/ خود انطباطی ناکافی به طور مثبتی خطر ایجاد یک اختلال دوقطبی را پیش‌بینی کرد. در تحقیقی توسط هاوک، پروونچر^۲ (۲۰۱۲)، برای بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اختلال دوقطبی، نشان داده شد که شرکت‌کننده‌های دارای اختلال دوقطبی نمره‌های بالایی در اکثر طرحواره‌های ناسازگار نشان دادند و زمانی که افسردگی کنترل شد شرکت‌کننده‌های دوقطبی، در طرحواره‌های تأییدطلبی و استحقاق/ بزرگ‌منشی نسبت به افسرده‌های تک قطبی نمره‌های بیشتری به دست آوردند. نیلسون^۳ (۲۰۱۲)، در تحقیقی با عنوان؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال عملکردی در فرونشانی اختلال دوقطبی در بیماران، با استفاده از تجزیه و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که هفت طرحواره ناسازگار اولیه شامل: انزوای اجتماعی، شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، مهار احساسی، خودکنترلی ناکافی و بدبینی به طور قابل توجهی با اختلال عملکرد در بیماران دوقطبی مرتبط است، و این که این طرحواره‌ها ۲۸ درصد از واریانس اختلال عملکرد بیماران دوقطبی را به خود اختصاص داده‌اند. در تحقیق دیگری که توسط نیلسون (۲۰۱۶)، با عنوان؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دوقطبی با و بدون اقدام به خودکشی، انجام گرفت نشان داد که افراد دوقطبی با نمرات بالاتر در طرحواره‌های انزوای اجتماعی، استحقاق، و بی‌کفایتی عملی نسبت به آن‌هایی که نمرات پایین‌تری دارند، احتمال اقدام به خودکشی بالاتری دارند. خسروی، ابراهیمی، شایان، حواسیان و جمشیدی (۲۰۱۷)، به بررسی و مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دوقطبی و افراد سالم پرداختند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که: علاوه بر اختلالات هیجانی و خلقی، بیماران دوقطبی در مقایسه با افراد سالم نمرات معنی‌دار بالاتری در طرحواره‌های؛ محرومیت هیجانی(ed)^۴.

¹ Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A.

² Hawke, L. D., & Provencher, M. D.

³ Nilsson, K. K.

⁴ Emotional deprivation

بی‌ثباتی / رهاشدگی (ab)^۱، سوءاستفاده/بدگمانی (mu)^۲، انزوای اجتماعی (si)^۳، نقص/شرم (ds)^۴، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (vh)^۵، گرفتار (em)^۶، اطاعت (sb)^۷، بازداری هیجانی (ei)^۸، بدست آوردند. خسروانی، محمدزاده، باستان، امیری‌نژاد و امینی (۲۰۱۹)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریسک خودکشی در بیماران دوقطبی بستری را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های آنها نشان داد که طرحواره‌های، استحقاق و نقص با ایده‌پردازی برای خودکشی اخیر مرتبط بودند. بعلاوه طرحواره‌های استحقاق و انزوای اجتماعی، با اقدام به خودکشی در طول زندگی ارتباط داشتند. وانگهی، نشان داده شد که اندازه اثر برای طرحواره‌های استحقاق و نقص در آن‌هایی که ریسک خودکشی بالا داشتند در مقایسه با بیماران بدون ریسک خودکشی بالا، بزرگتر بود. نهایتاً نتایج این تحقیق بیان می‌کند که طرحواره‌های استحقاق، انزوای اجتماعی، و نقص می‌تواند با ریسک خودکشی در بیماران دوقطبی مرتبط باشد.

ارتباط باورهای فراشناختی با اختلال اسکیزوفرنیا

ابوالقاسمی، کیامرثی، ایرانپور (۱۳۸۴)، به مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرن، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار پرداخته و دریافتند که، بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرن، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و میانگین نمرات باورهای فراشناختی بیماران اسکیزوفرن نسبت به اختلال اضطراب منتشر و آزمودنی بهنجار بالاتر و معنی‌دار است، و نیز در بیماران دارای اختلال اضطراب منتشر نسبت به آزمودنی‌های بهنجار به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/01$). در تحقیقی توسط ابوالقاسمی (۱۳۸۶)، برای بررسی ارتباط باورهای فراشناختی با علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا نشان داده شد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرن رابطه مثبت معنی‌داری دارد. همچنین در بیماران دارای هذیان، مؤلفه باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار، در بیماران دارای توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، و در بیماران دارای هذیان- توهم به ترتیب مؤلفه‌های خودآگاهی شناختی، باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و باورهای مثبت در مورد نگرانی، و نیز در

¹ Abandonment

² Mistrust/abuse

³ Social isolation

⁴ Defectiveness

⁵ Vulnerability to harm

⁶ Enmeshment

⁷ Subjugation

⁸ Emotional inhibition

مورد بیماران بدون هذیان- توهم مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی قویترین پیش‌بینی کننده برای نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنیا بودند. در صورتی که در بیماران دارای هذیان و توهم مؤلفه باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و، مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی کم، قویترین پیش‌بینی کننده برای نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی بودند. یوسفی، جنگی اقدام، سیوانی زاده، ادهمیان (۱۳۸۷)، با «مقایسه فراشناخت‌ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال اضطرابی و گروه کنترل غیر بیمار». به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی ناسازگارانه ارتباط بالاتر و معنی‌دارتری با اختلال اسکیزوفرنیا داشته و از این نظر اضطراب در رتبه دوم قرار می‌گیرد. در تحقیقی برای مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی و گروه بهنجار (ساداتی، ۱۳۹۱)، نتایج حاصل نشان داد میانگین نمرات باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن به غیر از خودآگاهی شناختی در بین بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به بیماران افسرده و آزمودنی‌های بهنجار بیشتر بود.

در مطالعه دیگری توسط موریسون و ولز^۱ (۲۰۰۳)، بیماران دچار توهم، هذیان، اختلال پانیک با گروه کنترل غیر بیمار در باورهای فراشناختی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بیماران سایکوتیک که تجربه توهم شنوایی داشتند؛ گرایش به نشان دادن سطوح بالاتری از باورهای فراشناختی بدکارکرد، نسبت به گروه‌های دیگر بیماران داشته و نمرات معنی‌دار بالاتر از حداقل ۲ تا از سه گروه کنترل روی باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر، اطمینان شناختی و باورهای منفی شامل خرافه‌پرستی، مجازات و مسئولیت داشتند. لیساکر، وارمن، دیماگو، پروکاکسی، لارکو، کلارک، دایک، نیکولو^۲ (۲۰۰۸)، در تحقیقی با عنوان «فراشناخت در اسکیزوفرنیا- مرتبط با سنجش چندگانه عملکرد اجرایی»، بیان کردند که نتایج به دست آمده حاکی از حمایت نسبی از این فرضیه است که؛ توانایی‌های فراشناختی (نه فراشناخت‌های آسیب‌شناختی) مختلف ممکن است با عملکردهای مختلف اجرایی در اسکیزوفرنیا مرتبط باشد. در پژوهش دیگری؛ لیساکر، شی، باک، دیماگو، نیکولو، پروکاکسی و راند^۳ (۲۰۱۰)، با عنوان: «فراشناخت به عنوان میانجی تاثیرات اختلال عصب‌شناختی بر عملکرد اجتماعی، در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا»، به این نتیجه رسیدند که به طور قطع فرم‌های فراشناختی، میانجی اعمال نفوذ

¹ Morrison, A. P., & Wells, A.

² Lysaker, P. H., Warman, D. M., Dimaggio, G., Procacci, M., LaRocco, V. A., Clark, L. K., & Nicolò, G.

³ Lysaker, P. H., Shea, A. M., Buck, K. D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. & Rand, K. L.

عصب‌شناختی بر عملکرد در اسکیزوفرنیا می‌باشند. در مطالعه‌ای توسط لیساکر، دیماگو، دارویانی، و همکاران^۱ (۲۰۱۰)، با عنوان «سنجش فراشناخت در اسکیزوفرنیا با مقیاس ارزیابی فراشناختی، در رابطه با شناخت اجتماعی و مقیاس روابط شیء»، مشخص شد که یک حوزه فراشناخت، مستقل از عملکرد عصب‌شناختی و نشانه‌ها، به شناخت اجتماعی مرتبط بود. در پژوهشی توسط موریتز، پترس، لاروئی، لینکلن^۲ (۲۰۱۰)، باورهای فراشناختی در بیماران وسواس با بیماران اسکیزوفرنیا و افراد سالم مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که، دو گروه بیماران (وسواس-اسکیزوفرنیا) بیش از گروه کنترل سالم، در تمام خرده‌مقیاس‌ها، به جز «باورهای مثبت در مورد نگرانی»؛ نمرات بالا داشتند. در تحقیق دیگری توسط؛ لیساکر، السک، وارمن، سالزمن، نیکولو، سالواتور، و دیماگیو^۳ (۲۰۱۱)، با عنوان؛ «نقش فراشناخت در اسکیزوفرنیا: همبستگی و پایداری نقایص در تئوری ذهن و خودبازتابی»، محققین به این نتیجه رسیدند که نتایج آن‌ها با ادعاهایی (تحقیقاتی) مبنی بر این که نقص در فراشناخت یک ویژگی پایدار اسکیزوفرنیا است، مطابقت دارد. در پژوهشی توسط نیکولو، دیماگو، پاپلو، کارسینو، پروکاکسی، هام، و لیساکر^۴ (۲۰۱۲)، ارتباط فراشناخت با نشانه‌ها، بینش، و علائم عصب‌شناختی در بیماران کلینیک سرپائی اسکیزوفرنیا در ایتالیا مورد بررسی قرار گرفت. آن‌ها یافته‌های خود را همسان با مطالعات قبلی عنوان کردند و این که تحقیقات آن‌ها نشان داده، مجموع عملکردهای فراشناختی عموماً با نشانه‌های منفی و علائم عصب‌شناختی اسکیزوفرنیا مرتبط هستند. برونو، ساکس، دمیلی، فرانک و پاچری^۵ (۲۰۱۲)، هذیان‌ها و فراشناخت را در بیماران اسکیزوفرن مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که اختلالات فراشناختی نقش مهمی را در حفظ و نگهداری باورهای هذیانی ایفاء می‌کند. سلرز، وارس، ولز و موریسون^۶ (۲۰۱۶)، در یک متاآنالیز از باورهای فراشناختی با بیماران روانپزشک بالینی دریافتند: که افرادی که دارای روان‌پریشی بالاتر بوده‌اند نمراتشان به طور معنی‌داری در کلیه ۵ زیر مقیاس پرسشنامه فراشناخت MCQ نسبت به بیماران گروه کنترل غیر روانپزشکی بالاتر بوده؛ و زمانی که بیماران سایکوتیک با بیماران دچار اختلالات عاطفی مقایسه شدند؛ به طور معنی‌داری نمرات بالاتر فقط در مورد «باورهای مثبت در

¹ Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K. D., LaRocco, V. A., Carcione, A., & Nicolò, G.

² Moritz, S., Peters, M. J., Larøi, F., & Lincoln, T. M.

³ Lysaker, P. H., Olessek, K. L., Warman, D. M., Martin, J. M., Salzman, A. K., Nicolò, G., ... & Dimaggio, G.

⁴ Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J. & Lysaker, P. H.

⁵ Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N., & Pacherie, E.

⁶ Sellers, R., Varese, F., Wells, A., & Morrison, A.

مورد نگرانی» نشان دادند. در تحقیق مشابه دیگری توسط سلرز، گودا، ولز و موریسون^۱ (۲۰۱۶)، در مورد «نقش باورهای فراشناختی مضر و بی‌فایده در روان‌پریشی: ارتباط با نشانه‌های مثبت (توهم و هذیان) و اثرات منفی (اضطراب و افسردگی)»؛ محققین دریافتند که، باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده‌های منحصر به فرد و مستقلی برای اضطراب و افسردگی در افراد سایکوتیک هستند؛ اما ارتباط مثبت کمتری با ویژگی‌های توپولوژیک نشانه‌های مثبت روان‌پریشی (توهمات و هذیان‌ها) دارند. یافته‌های آنها نشان دادند که فراشناخت‌ها ممکن است تعیین‌کننده‌های مهم‌تری برای نشانه‌های منفی روان‌پریشی نسبت به نشانه‌های مثبت باشند. در مطالعه‌ای توسط هایجن، سالم، اپستاد، هانسن، و هایجن^۲ (۲۰۱۷)، نقش باورهای فراشناختی و نشانه‌های وسواسی-جبری در روان‌پریشی مورد مطالعه مقایسه‌ای قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که: باورهای فراشناختی ارتباط نیرومند مثبت با همه نشانه‌های مورد سنجش (وسواس، افسردگی، اضطراب، توهم، پارانویا) نشان دادند. وان کلیف، وان دانکرسگود، و دی‌جانگ^۳ (۲۰۱۸)، فراشناخت در ارتباط با شناخت و عملکرد اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیا، را در عملکرد روزمره مورد مطالعه قرار دادند؛ یافته‌های این تحقیق نشان دادند که شناخت، عملکرد اجتماعی و فراشناخت رابطه‌ای ندارند. از اینرو، مدلی که فراشناخت را واسطه ارتباط بین شناخت و عملکرد اجتماعی در بیماران اسکیزوفرنیا می‌دانست تایید نگردید. برایت، پارکر، فرنچ، فائولر، گاملی، موریسون، و ولز^۴ (۲۰۱۸)، در پژوهشی با عنوان «اعتقادات فراشناختی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی عملکرد اجتماعی: تحقیق با جوانان در معرض خطر روان‌پریشی»؛ نقش باورهای فراشناختی با کنترل سایر عوامل مداخله‌گر را مورد بررسی قرار دادند. مشخص شد که ضعف در عملکرد اجتماعی در افراد می‌تواند باعث افزایش ریسک و خطر روان‌پریشی در افراد باشد. آن‌ها بیان کردند که این اولین مطالعه‌ای بوده که فهمیده باورهای فراشناختی بالاتر در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطر افکار؛ عملکرد اجتماعی پائین‌تر (در یک نمونه‌گیری) را پیش‌بینی می‌کند و این که ادراک خطر وجود افکار به ویژه اهمیت خاصی دارد. لیساکر، گاجن، رایت، ووهمس، کوکلا، یانوس، حصون-اوهایون^۵ (۲۰۱۸)، در تحقیقی با عنوان «تقایص فراشناختی پیش‌بینی‌کننده بینش آسیب دیده در اسکیزوفرنیا در پروفایل‌های علائم: یک تحلیل سنخ پنهان» بیان کردند که: مدل

¹ Sellers, R., Gawęda, Ł., Wells, A., & Morrison, A.

² Hagen, K., Solem, S., Opstad, H. B., Hansen, B., & Hagen, R.

³ Van Kleef, R., van Donkersgoed, R., & de Jong, S.

⁴ Bright, M., Parker, S., French, P., Fowler, D., Gumley, A., Morrison, A. P., ... & Wells, A.

⁵ Lysaker, P. H., Gagen, E., Wright, A., Vohs, J. L., Kukla, M., Yanos, P. T., & Hasson-Ohayon, I.

یکپارچه‌بینش در اسکیزوفرنیا نشان می‌دهد که بینش ناچیز نتیجه چند عامل است که توانایی افراد را برای ادغام جریان اطلاعات به سمت یک آگاهی شخصی از چالش‌های روان‌پریشی و پاسخ‌های سازگار (انطباقی) را به خطر می‌اندازد. این مدل فرض می‌کند که نقایص فراشناختی و مشکل در شکل‌گیری یک فهم مجتمعی و یکپارچه از خود (self) و دیگران، و نفوذ بینش، بدون در نظر گرفتن علل ریشه‌ای از قبیل نیمرخ بالینی علت مشکلات است. در تحقیقی توسط آیدین، لیساکر، بالیکسی، اونال-آیدین، و ایسن-داناسی^۱ (۲۰۱۸)، «ارتباطات سطح پلاسمای اکسی‌توسین (OT)^۲، و وازوپرسین (VP)^۳، با عملکرد عصبی شناختی، شناختی اجتماعی، و فراشناختی در اسکیزوفرنیا» بررسی شد. مقایسه گروه‌ها نشان داد سطح اکسی‌توسین (OT) پلاسمای خون در گروه اسکیزوفرنیا پایین بود. همچنین نتایج نشان داد که اختلال در OT با نقایص در فراشناخت مرتبط است و ممکن است با سایر شکل‌های نقص شناختی تداخل کرده، و مانع توانایی‌های فرد برای تشکیل یک احساس پیچیده و یکپارچه از خود و دیگران باشد.

ارتباط باورهای فراشناختی با اختلال دوقطبی

کاظمی، قربانی (۱۳۹۱)، در بررسی رابطه بین مولفه‌های فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال خلق دو قطبی II به این نتیجه رسیدند که فراشناخت و مولفه‌های آن با نگرش‌های ناکارآمد رابطه مثبت و معناداری دارند و اختلال در سطوح بالاتر فراشناخت، نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی II را افزایش می‌دهد. ساریسوی، پازوانت‌اغلو، اوزتوران، آی، ییلمن، مور، و گومز^۴ (۲۰۱۴)، یک مقایسه تحقیقی از باورهای فراشناختی در مورد نگرانی آسیب‌شناختی در بیماران با اختلال افسردگی یک قطبی و دوقطبی انجام دادند. نتایج نشان داد که نمرات باورهای منفی در مورد نگرانی درباره‌ی غیر قابل کنترل بودن و خطر، و برای باور در مورد نیاز به کنترل افکار، در هر دو گروه بیماران یک قطبی و دوقطبی بالاتر از افراد گروه کنترل سالم بود ($p < 0/05$). نمرات فقدان اعتماد شناختی در گروه بیماران دوقطبی نسبت به گروه کنترل سالم بالاتر بود ($p < 0/05$). باورهای فراشناختی (با وسعت بالاتری در پارامترها در گروه دوقطبی)، با سطح اضطراب و سطح افسردگی و عزت‌نفس در هر دو گروه بیماران وابسته بودند. به گفته‌ی محققین، در کل مشخص شد که باورهای فراشناختی به نشخوار فکری در اختلال افسردگی یک قطبی و

¹ Aydın, O., Lysaker, P. H., Balıkçı, K., Ünal-Aydın, P., & Esen-Danacı, A.

² Oxytocin

³ Vasopressin

⁴ Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., ... & Gümüş, K.

دوقطبی وابسته بودند. استفجلز، میل، آمینوف، هلوین، هایجین، لاگربرگ و روزبرگ^۱ (۲۰۱۷)، رابطه باورهای فراشناختی مضر، سن و استراتژی‌های کنترل فکر در بیماران دوقطبی را مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند بیماران دارای اختلال دوقطبی نسبت به جمعیت نرمال گروه کنترل؛ سطوح بالاتری از باورهای فراشناختی مضر و استراتژی‌های کنترل فکر نشان دادند.

تأثیر منبع کنترل بر اختلال دوقطبی

بررسی نقش تعدیل کننده منبع کنترل در رابطه بین خشم و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (بشارت، عبدالمنافی، فراهانی، خدایی، ۱۳۹۰)، نشان داد که، منبع کنترل بیرونی و خشم می‌توانند افسردگی را پیش‌بینی کنند. اِون، تونیل، کالک-استرن، کریکوئیلیون-دابت، کاروود، و روئیلون^۲ (۲۰۱۰)، در تحقیقی با عنوان «آموزش روانشناسی برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دریافت کننده لیتیوم: تأثیر کوتاه مدت و بلند مدت بر روی محل کنترل و دانش در مورد لیتیوم»؛ بیان کردند: که آموزش روانشناختی به طور پیوسته دانش درباره لیتیوم را افزایش می‌دهد و موجب تغییرات طولانی مدت در منبع کنترل می‌شود؛ و لذا می‌تواند یک هدف مهم روانشناختی برای بیماران دوقطبی باشد.

تأثیر منبع کنترل بر اختلال اسکیزوفرنیا

هافمن و کوپر^۳ (۲۰۰۲)، دریافتند که افراد اسکیزوفرنیا با افزایش نشانه‌های سایکوتیک، گرایش بیشتری به جهت‌گیری بیرونی دارند. آن‌ها نشان دادند که داشتن منبع کنترل درونی در بیماران اسکیزوفرنیا با افزایش تغییرات (میزان) بازیابی و بازتوانی همراه بوده است. بچدولف، کلاسترکوتر، هامبرت، ناست، کانترمن، شیلر و پاکروپ^۴ (۲۰۰۳)، بیان داشتند افرادی که اعتقاد و گرایش به منبع کنترل برونی داشتند، کیفیت زندگی پائین‌تری دارند. هارو، هانسفورد، و استراچان-فلچر^۵ (۲۰۰۹)، در یک مطالعه طولی ۱۵ ساله مجدداً دریافتند که یک منبع کنترل بیرونی با سطوح بالاتری از روانپریشی؛ و یک جهت‌گیری درونی با افزایش ریکآوری همراه بوده است. هرچند هارو و همکاران

¹ Østefjells, T., Melle, I., Aminoff, S. R., Hellvin, T., Hagen, R., Lagerberg, T. V., ... & Røssberg, J. I.

² Even, C., Thuile, J., Kalck-Stern, M., Criquillion-Doublet, S., Gorwood, P., & Rouillon, F.

³ Hoffman, H., & Kupper, Z.

⁴ Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., & Pukrop, R.

⁵ Harrow, M., Hansford, B. G., & Astrachan-Fletcher, E. B.

(۲۰۰۹) در پژوهش‌های خود دریافتند که منبع کنترل می‌تواند تغییراتی در طی مراحل و دوره‌های بیماری داشته باشد. چنانکه جهت‌گیری‌ها در فاز حاد روان‌پریشی در مقایسه با بعد از فاز حاد در همه بیماران (روان‌پریش، افسرده و دارای جنبه‌های مختلف شخصیتی)، گرایش بیشتری به بیرونی بودن دارند. در واقع در همه انواع اختلالات طیف اسکیزوفرنیا از جمله پارانوئیدها و بیماران افسرده و انواع روان‌پریشی‌ها؛ خلق و رفتار افسرده بیشتر با منبع کنترل بیرونی مرتبط بودند. بوه‌گیار، پارسوناج، آسبورن^۱ (۲۰۱۱)، در مطالعه‌ای علی مقایسه‌ای رفتارهای بهداشت جسمی و منبع کنترل در بیماران طیف اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی را با بیماران روانی غیر سایکوتیک مقایسه نموده و دریافتند بیماران با اختلال شدید روانشناختی در مقایسه با بیماران روانی غیر روان‌پریش منبع کنترل بیرونی‌تر و توجه کمتری به سلامت جسمی خود دارند. در تحقیقی در مورد اثر متقابل منبع کنترل، نشانه‌های سایکوتیک تحت بالینی (زیر آستانه‌ای) و بهزیستی روانشناختی در سفیدپوستان و اقلیت‌های قومی توسط وینتراب، ویسمن و توفیک^۲ (۲۰۱۵)، نتایج نشان داد که منبع کنترل بیرونی با تخریب بیشتر بهزیستی روانشناختی مرتبط بوده است. در کل، بیماران با اختلال اسکیزوفرنیا در مقایسه با جمعیت غیر سایکوتیک، منبع کنترل بیرونی بیشتری نشان دادند (که مشابه نتایج استخراج شده این تحقیق می‌باشد (نگارنده)). همچنین، نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که یک منبع کنترل بیرونی، ارتباط معنی‌داری با افسردگی در این جمعیت نیز دارد. چانگ، ویو، وانگ، لیو، و پان^۳ (۲۰۱۶)، در مقاله‌ای با عنوان «مفاهیم خود، منبع کنترل سالم و عملکرد شناختی مرتبط با شیوه زندگی سالم در بیماران اسکیزوفرنیا»، بیان کردند که ۵۶ نفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را مورد مطالعه قرار داده‌اند. یافته‌های آن‌ها نشان داد: خودکارآمدی، عزت نفس، منبع کنترل درونی سالم و قدرتمند و توجه به موقعیت، پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای حیطه‌های زندگی پرورش‌دهنده سلامت است. که می‌تواند به متخصصان بهداشت روان، از طریق درک بهتر از اعتماد به نفس، خود کارآیی، منبع کنترل سالم و عملکرد عصب‌شناختی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، و برای حفظ و بهبود رفتارهای ارتقاء سلامت؛ کمک کند. در تحقیق دیگری توسط سولیوان، تامپسون، کونالی، لویز، و زامیت^۴ (۲۰۱۷)، نتایج بدست آمده نشان داد که در سنین ۸ تا ۱۲ و ۱۲ تا ۱۸ سالگی ارتباط قوی و مثبتی بین منبع کنترل بیرونی با اختلالات سایکوتیک و افسردگی وجود دارد و با افزایش سن این ارتباط اختلالات سایکوتیک و افسردگی به یکدیگر نزدیکتر و با نمرات بالاتر منبع کنترل بیرونی مرتبط‌تر می‌شوند. به عبارتی در

¹ Buhagiar, K., Parsonage, L., & Osborn, D. P.

² Weintraub, Marc & Weisman, Amy & Tawfik, Saneya.

³ Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., Wang, C. S., Liu, C. H., & Pan, L. H.

⁴ Sullivan, S. A., Thompson, A., Kounali, D., Lewis, G., & Zammit, S.

سنین پایین‌تر در مقایسه بین اختلال سایکوتیک و افسردگی؛ افسردگی با نمرات پایین‌تر منبع کنترل بیرونی مرتبط بود (اشاره می‌شود که در تحقیق حاضر میانگین سنی کل بیماران مورد مقایسه ۳۴/۶ بوده و نمرات جهت‌گیری منبع کنترل بیماران اسکیزوفرنیا برابر ۸ و بیماران دوقطبی برابر ۷ بود و هر دو گروه دارای منبع کنترل درونی بودند، هرچند بیماران دچار اختلال اسکیزوفرنیا گرایش بیشتری به بیرونی بودن نشان دادند).

روش پژوهش

«در این تحقیق آزمودنی‌ها دو گروه ۳۰ نفری مردان، یک گروه با تشخیص اختلال دوقطبی و گروه دیگر با اختلال اسکیزوفرنیا، مجموعاً ۶۰ نفر بودند. بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران بستری در بیمارستان ابن‌سینای شیراز، و با این شرط که تشخیص نهائی و یا میان‌دوره اسکیزوفرنیا، یا اختلال دوقطبی، را توسط روانپزشک بخش دریافت کرده باشند، انتخاب شدند. از ملاک‌های شرکت در آزمون و پژوهش داشتن حداقل سطح تحصیلات اول راهنمائی، تمایل به همکاری، و پرکردن فرم رضایت آگاهانه بود. بازه سنی بیماران از ۱۷ ساله با اختلال اسکیزوفرنیا تا ۵۸ ساله با اختلال دوقطبی بود^۱. هر آزمودنی به ۳ پرسشنامه مشروح در ذیل پاسخ داد. سپس پرسشنامه‌ها توسط فرم‌های آماده شده با نرم افزار اکسل ۲۰۱۰ نمره‌گذاری شده و نتایج در نرم‌افزار SPSS25 وارد گردید. آنگاه عملیات آماری برای اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری، یک متغیری، آزمون t برای گروه‌های مستقل، و تلخیص اطلاعات صورت گرفت.»

ابزارهای مورد استفاده شامل

نرم‌افزار SPSS25، اکسل ۲۰۱۰ و نیز ۳ پرسشنامه: آزمون طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی یانگ فرم کوتاه ۷۵ سوالی، پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30)، مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر فرم ۲۹ سؤالی بود.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

اسکیزوفرنیا

اختلالی است که مشخصات آن در راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، ویرایش پنجم (رضائی، فرزین؛ فخرائی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی‌آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد؛ ۱۳۹۴)، ذکر گردیده و مشخصات اصلی آن شامل: هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار

^۱ Mean=34, SD=9.7

بسیار آشفته یا کاتاتونیک و نشانه‌های منفی می‌باشد و در این تحقیق با تشخیص نهائی و یا میان‌دوره توسط روانپزشک در بیمارستان ابن سینای شیراز مشخص و تایید گردیده است.

اختلال دوقطبی

منظور از اختلال دوقطبی در این تحقیق اختلال دو قطبی I بوده که مشخصات آن در راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، ویرایش پنجم (همان منبع)، ذکر گردیده و علائم اصلی آن شامل: حداقل یک دوره اختلال مانیک (سرخوشی) و سایر مشخصات مطابق راهنمای تشخیصی و آماری فوق‌الذکر بوده و در این تحقیق با تشخیص نهائی و یا میان‌دوره توسط روانپزشک در بیمارستان ابن سینای شیراز مشخص و تایید گردیده است.

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

«الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند»^۱، و در این تحقیق همان چیزی است که توسط جفری یانگ و همکارانش تعریف شده و توسط پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ، فرم ۷۵ سوالی مورد سنجش و بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه را در ایران آهی، محمدی‌فر و بشارت^۲ (۲۰۰۷)، ترجمه و آماده اجرا نموده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه مذکر ۰/۹۸ و در گروه مؤنث ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند.

باورهای فراشناختی

چیزی است که توسط آدریان ولز بر اساس مدل پردازش اطلاعات مطرح گردیده و «به آنچه که افراد در مورد افکار خود باور دارند و اینکه ذهن آنها چگونه کار می‌کند اشاره داشته»^۳، و در این تحقیق به وسیله پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز^۴ (MCQ30)، فرم کوتاه ۳۰ سوالی مورد سنجش قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار

¹ Hamidpur, Hasan; Andooz, Zahra

² Ahi, G., Mohammadifar, M. A., & Besharat, M. A.

³ Wells, Adrian

⁴ Wells, A., & Cartwright-Hatton, S.

به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین‌زاده، گودرزی، و تقوی ۲۰۰۸).

منبع کنترل (Locus of control)

به این عقیده جولیان راتر^۱ اشاره می‌کند که، برخی افراد معتقدند تقویت‌کننده‌ها به اعمال خودشان بستگی دارد، در حالی که برخی دیگر باور دارند تقویت‌کننده‌های آن‌ها به وسیله دیگران و نیروهای بیرونی کنترل می‌شوند و در این تحقیق به وسیله مقیاس منبع کنترل راتر فرم ۲۹ سوالی مورد ارزیابی واقع گردید. ضریب روائی این مقیاس در نمونه ایرانی با روش کودر-ریچاردسون ۰/۷ بوده است (خدیوی و وکیلی مفاخری، ۱۳۹۰).

متغیرهای مستقل

در این تحقیق متغیرهای مستقل عبارتند از: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با پانزده طرحواره مختلف، باورهای فراشناختی با پنج مؤلفه، و منبع کنترل با دو سطح؛ که توسط پرسشنامه‌هایی با همین عناوین بررسی و اندازه‌گیری شد.

متغیرهای وابسته

در این تحقیق متغیرهای وابسته عبارتند از: اختلال اسکیزوفرنیا، و اختلال دوقطبی، که توسط روانپزشک و بر اساس شواهد بالینی و معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM5)^۲، بررسی و تشخیص‌گذاری شد.

نتایج پژوهش

جدول شماره ۱ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره را جهت نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی (ترکیب خطی طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی) نشان می‌دهد.

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) بین دو گروه در ترکیب خطی طرح‌واره‌ها

نام آزمون	مقدار	F مقدار	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	اندازه اثر
ویلکس لامبدا	0/6	1/95	15	44	0/04	0/4

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، تفاوت در ترکیب خطی همه طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی در افراد دارای اختلال اسکیزوفرن و افراد دارای اختلال دوقطبی با توجه به مقدار $f=1/95$

و سطح معناداری 0/04 معنی‌دار می‌باشد. به این معنی که دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار شناختی با هم تفاوت معنی‌دار دارند؛ که به طور کلی مطابق با فرضیه اول این تحقیق می‌باشد. جدول ۲ آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از طرحواره‌های ناسازگار شناختی (تحلیل واریانس تک متغیری) را نشان می‌دهد.

همانگونه که مشاهده می‌شود افراد اسکیزوفرن در طرحواره‌های مربوط به بریدگی و طرد (شامل مؤلفه‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقض / شرم و انزوای اجتماعی)، در طرحواره‌های: رهاشدگی / بی‌ثباتی، نقض / شرم، انزوای اجتماعی؛ و در طرحواره‌های مربوط به خودگردانی و عملکرد مختل (شامل مؤلفه‌های وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار و شکست)، در طرحواره‌های: شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، نمره بالاتری را کسب نموده‌اند.

افراد دو قطبی در طرحواره‌های مربوط به محدودیت‌های مختل، مؤلفه‌های استحقاق / خود بزرگ بینی و خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی، و نیز در طرحواره‌های مربوط به دیگر جهت‌مندی؛ در مؤلفه‌های اطاعت و ایثار؛ همچنین در طرحواره‌های مربوط به گوش به زنگی بیش از حد و بازداری؛ در مؤلفه‌های بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی؛ و نیز از طرحواره‌های مربوط به خودگردانی و عملکرد مختل؛ فقط در مؤلفه خود تحول نیافته / گرفتار، و در طرحواره‌های مربوط به بریدگی و طرد، در مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، و بی‌اعتمادی / بدرفتاری؛ نمره بالاتری کسب نموده‌اند.

تحلیل هر یک از طرحواره‌های ناسازگار شناختی به تنهایی (ANOVA) نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا، در طرحواره‌های شناختی، شکست (P=0/04)، وابستگی / بی‌کفایتی (P=0/01) با توجه به مقدار P (سطح معناداری)، به طور معنی‌داری نسبت به افراد دارای اختلال دو قطبی میانگین بالاتری کسب نموده‌اند. همچنین افراد دارای اختلال دو قطبی، در طرحواره‌های ناسازگار شناختی ایثار (P=0/02)، استحقاق / خودبزرگ بینی (P=0/007) با توجه به مقدار P (سطح معناداری)، نسبت به افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا میانگین معنی‌دار بالاتری به دست آورده‌اند. در بقیه طرحواره‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

¹ Julian B Rotter

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.

جدول ۲- آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی (تحلیل واریانس تک متغیری)

اندازه اثر	تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA)					دوقطبی		اسکیزوفرنیک		طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی
	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورت	درجه آزادی	مجموع مجذورات	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/008	0/5	0/45	19/26	1	19/26	6/98	9/33	6/07	8/2	محرومیت هیجانی
0/02	0/27	1/22	40/01	1	40/01	5/58	8/8	5/84	10/43	رهاشدگی/ بی‌ثباتی
0/00	0/95	0/004	0/15	1	0/15	6/31	9/4	6/33	9/3	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری
0/003	0/6	0/17	5/4	1	5/4	5/65	6/26	5/43	6/86	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
0/04	0/11	2/5	64/06	1	64/06	4/2	4/46	5/78	6/53	نقض اشرم
0/07	0/04	4/34	132/01	1	132/01	4/47	3/06	6/38	6/03	شکست
0/09	0/01	5/89	156/81	1	156/81	4/37	3/3	5/82	6/53	وابستگی/ بی‌کفایتی
0/02	0/26	1/28	46/81	۱	46/81	6/11	4/9	5/94	6/66	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
0/00	0/91	0/012	0/41	1	0/41	6/41	8/26	5/1	8/1	خودتجول نیافته/ گرفتار
0/00	0/94	0/005	0/15	1	0/15	5/09	5/93	5/7	5/83	اطاعت
0/08	0/02	5/5	138/01	1	138/01	5/51	13/06	4/44	10/03	ایثار
0/04	0/09	2/87	79/35	1	79/35	4/95	9/06	5/54	6/76	بازداری هیجانی
0/03	0/14	2/19	68/26	1	68/26	5/14	12/33	5/98	10/2	معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی
0/12	0/007	7/87	240	1	240	5/93	12/2	5/07	8/2	استحقاق/ خودبزرگ‌بینی
0/03	0/15	2/03	46/81	1	46/81	4/79	7/46	4/79	5/7	خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی

لذا، فرضیه اول این تحقیق مبنی بر این که، بین طرح‌واره‌های ناسازگار شناختی در افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا و افراد دارای اختلال دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، فقط در چهار بُعد فوق‌الذکر معنی‌دار بود و در سایر طرح‌واره‌ها با وجود تفاوت‌های ظاهری مختص به هر اختلال؛ تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره را جهت نمره کل باورهای فراشناختی (ترکیب خطی باورهای فراشناخت) نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت در ترکیب خطی همه باورهای فراشناخت در افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا و افراد دارای اختلال دوقطبی با توجه به مقدار $f=2/02$ و سطح

معناداری 0/09 معنادار نمی‌باشد. به این معنی که دو گروه در باورهای فراشناختی با هم تفاوت معنی‌دار ندارند.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بین دو گروه در ترکیب خطی باورهای فراشناخت

نام آزمون	مقدار	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	اندازه اثر
ویلکس لامبدا	0/84	2/02	5	54	0/09	0/15

جدول ۴ مربوط به تحلیل واریانس تک متغیری جهت بررسی تفاوت در هر یک از باورهای فراشناخت می‌باشد.

جدول ۳- آزمون اثرات بین آزمودنی در هر یک از باورهای فراشناخت (تحلیل واریانس تک متغیری)

تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA)						دوقطبی		اسکیزوفرنیک		
اندازه اثر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	باورهای فراشناخت
0/001	0/77	0/07	2/4	1	2/4	5/41	9/33	5/59	9/73	باورهای مثبت در مورد نگرانی
0/03	0/13	2/36	40/01	1	40/01	2/95	10/9	5/01	9/26	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار
0/012	0/4	0/71	15	1	15	4/05	6/06	5/05	7/06	اعتماد شناختی کم
0/017	0/32	0/98	18/15	1	18/15	3/5	10/4	4/94	9/3	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار
0/08	0/02	5/46	117/6	1	117/6	4/37	13/56	4/88	10/76	خودآگاهی شناختی

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در؛ باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی کم، میانگین نمرات افراد اسکیزوفرن بالاتر از گروه افراد دوقطبی بوده است. همچنین، میانگین نمرات افراد دوقطبی در، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورها در مورد نیاز به کنترل افکار، و خودآگاهی شناختی، بالاتر از گروه افراد اسکیزوفرنیا می‌باشد.

تحلیل هر یک از ابعاد باورهای فراشناختی با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA)، به تنهایی نشان می‌دهد که فقط در بعد خودآگاهی شناختی با توجه به مقدار $P=0/02$ (سطح معناداری) افراد دارای اختلال دوقطبی به طور معنی‌داری نسبت به افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا میانگین بالاتری کسب نموده‌اند و در بقیه ابعاد باورهای فراشناختی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. لذا فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر این که؛ بین باورهای فراشناختی در افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا و افراد دارای اختلال دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ علی‌رغم وجود تفاوت‌های نمرات، فقط در بعد خودآگاهی شناختی تایید گردید.

جدول شماره ۵ نتایج آزمون آماری t برای گروه‌های مستقل را جهت نمره کل منبع کنترل (درونی - بیرونی) نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون آماری t برای گروه‌های مستقل بین دو گروه در منبع کنترل (درونی - بیرونی)

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
اسکیزوفرنیک	8	3/61	1/1	58	0/27
دوقطبی	7	3/4			

با توجه به اینکه در پرسشنامه منبع کنترل هرچه نمره بیشتر شود نشان دهنده بیرونی بودن منبع کنترل می‌باشد و نقطه برش منبع کنترل بیرونی - درونی نمره ۹ می‌باشد، پس نتیجه می‌گیریم که هر دو گروه دارای منبع کنترل درونی هستند (بر خلاف پژوهش‌های پیشین) ولی گروه اسکیزوفرنیا بیشتر تمایل به منبع کنترل بیرونی دارند. همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، مقدار t برابر با ۱/۱ می‌باشد که در سطح ۰/۲۷ معنی‌دار نمی‌باشد. بدین معنا که بین افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا و افراد دارای اختلال دوقطبی در منبع کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لذا، فرضیه

سوم این تحقیق مبنی بر اینکه، بین منبع کنترل (درونی - بیرونی) در افراد دارای اختلال اسکیزوفرنیا و افراد دارای اختلال دوقطبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، تایید نگردید.

بحث و مرور نتایج

در قسمت‌های قبل بیان گردید « این مسئله که کدام حوزه/طرح‌واره به اختلالات خاصی مرتبط‌تر و تاثیر گذارترند فضای روشن‌تری جهت تشخیص و درمان در اختیار محققین و دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان قرار خواهد داد».

در قسمت نتایج بیان گردید که داده‌های این تحقیق حاکی از معنی‌دار بودن دو طرح‌واره در نشان دادن اختلال دوقطبی می‌باشد که عبارت بودند از: ایثار و استحقاق/ خودبزرگ بینی؛ و دو طرح‌واره در نشان دادن اختلال اسکیزوفرنیا معنادار می‌باشد که عبارت بودند از طرح‌واره‌های: شکست و وابستگی/ بی‌کفایتی.

شواهد تاییدی برای طرح‌واره‌های مربوط به اختلال دوقطبی

هاوک، پروونچر و آرنتز (۲۰۱۱)، طرح‌واره استحقاق/ بزرگ‌منشی را یکی از دو طرح‌واره مؤثر در اختلال دوقطبی عنوان نمود. هاوک و پروونچر (۲۰۱۲)، نیز طرح‌واره استحقاق/ بزرگ‌منشی را مجدداً و البته با طرح‌واره تاییدطلبی، به عنوان طرح‌واره‌های مؤثر در اختلال دوقطبی نشان داد. خسروانی و همکاران (۲۰۱۸)، ترکیبی از طرح‌واره استحقاق/ بزرگ‌منشی با دو طرح‌واره نقص/شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی را به ترتیب در ایده‌پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران دوقطبی، معنادار و مرتبط نشان دادند. در حالی که در پژوهش حاضر طرح‌واره‌های نقص/ شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی نمرات بالاتری را در بیماران اسکیزوفرنیا و به عبارتی سایکوتیک نشان دادند.

شواهد تاییدی برای طرح‌واره‌های مربوط به اختلال اسکیزوفرنیا

بارتلون و همکاران (۲۰۱۳)، نیز طرح‌واره شکست را در کنار پنج طرح‌واره متفاوت از این پژوهش (محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، گرفتار/خودتحول نیافته، اطاعت)، در ارتباط با اسکیزوفرنیا معنی‌دار یافتند. همچنین، کیافر و همکاران (۲۰۱۷) نیز در بررسی طرح‌واره‌های فعال

در افسردگی با علائم سایکوتیک، هر دو طرحواره شکست و وابستگی/بی‌کفایتی را در کنار طرحواره‌های دیگری (نقص/شرم، انزوای اجتماعی) در ارتباط با این اختلال معنی‌دار دانستند.

شواهد تاییدی برای تایید نقش باورهای فراشناختی در اختلال اسکیزوفرنیا

ابوالقاسمی، کیامرثی، ایرانپور (۱۳۸۴)، باورهای فراشناختی را در بیماران اسکیزوفرنیا با نمرات بالاتر نشان دادند. مجدداً ابوالقاسمی (۱۳۸۶)، بیان نموده که باورهای فراشناختی رابطه مثبت معنی‌دار با نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنیا دارد و اینکه «باورهای مثبت در مورد نگرانی» و «اعتماد شناختی» از دیدگاه او قویترین پیش‌بینی کننده اسکیزوفرنیا می‌باشد. یوسفی و همکاران (۱۳۸۷)، دریافتند باورهای فراشناختی ارتباط بالاتر و معنی‌دار با اسکیزوفرنیا دارد. ساداتی (۱۳۹۱)، بر خلاف تحقیق حاضر و علی رغم تایید ارتباط باورهای فراشناختی با اسکیزوفرنیا؛ خودآگاهی شناختی را کم ارتباط با اسکیزوفرنیا دانست. موریسون و ولز (۲۰۰۳)، همانند نتایج این پژوهش، سطوح بالاتر باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنیا را تایید کردند. لیساکر و همکاران مختلف وی در تحقیقات متوالی از سال‌های ۲۰۰۸ بین باورهای فراشناختی و اسکیزوفرنیا ارتباط پیدا کردند. همچنین تحقیقات موریتز و همکاران (۲۰۱۱)، نیکولو و همکاران (۲۰۱۲)، برونو و همکاران (۲۰۱۲)، سلرز و همکاران (۲۰۱۶)، لیساکر و همکاران (۲۰۱۸)، نیز مؤید همین نتایج بود.

شواهد تاییدی برای تایید نقش باورهای فراشناختی در اختلال دوقطبی

در زمینه باورهای فراشناختی گفته شد که «پنج حیطة متفاوت (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، اعتماد شناختی کم، نیاز به کنترل کردن افکار، و خودآگاهی شناختی) وجود دارد و قراین حاکی از تاثیر حداقل برخی از این زمینه‌ها در آسیب‌شناختی روانی می‌باشد». جدول نتایج به دست آمده از این تحقیق تا حدودی گویای جهت برتری رابطه هر یک از باورهای فراشناختی در اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنیا می‌باشد. هرچند از لحاظ آماری تفاوت‌ها فقط در خودآگاهی شناختی معنی‌دار ($p < 0/05$ و $Effect\ size = 0/08$) و با برتری نمرات میانگین در اختلال دوقطبی نسبت به اسکیزوفرنیا همراه بود. با این حال تحقیقات ساریسوی و همکاران (۲۰۱۴)، باورهای منفی در مورد نگرانی، غیر قابل کنترل بودن و خطر، و باور در مورد نیاز به کنترل افکار را در جمعیت بیماران دوقطبی بالاتر از جمعیت نرمال دانسته‌اند.

نتایج در مورد جهت‌گیری منبع کنترل

با توجه به این که نمرات جهت‌گیری درونی در هر دو اختلال کمتر از عدد ۹ (که نمره برش است) می‌باشد، مشخص است که هر دو گروه بیماران، علی‌رغم تحقیقات پیشین (هافمن و کوپر

(۲۰۰۲)، و بنتال و کوپر (۲۰۰۵)^۱، در زمینه نمرات جهت‌گیری بیرونی در اختلالات شدید روانشناختی، نمرات این پژوهش تمایل به جهت‌گیری درونی داشته‌اند. هرچند بیماران اسکیزوفرنیا در مقایسه با اختلال دوقطبی گرایش بیشتری به جهت‌گیری منبع کنترل بیرونی دارند. این موضوع درونی‌تر بودن جهت‌گیری منبع کنترل در هر دو گروه از بیماران در این پژوهش، شاید تا حدودی ناشی از مزمن بودن بیماری، و یا تحت درمان و ریکاوری بودن، در آزمودنی‌های مورد سنجش از هر دو اختلال باشد. همان‌طور که؛ «هارو و همکاران (۲۰۰۹)^۲» در تحقیقات خود در مورد بیماران مزمن نشان دادند که، میزان بینش^۳ در بیماران مزمن نسبت به بیماران فاز حاد، افزایش نشان داده و منبع کنترل نیز با گذر از مراحل حاد اختلالات سایکوتیک و خلقی، و ریکاوری بیمار، به سمت درونی‌تر شدن پیش می‌رود.

لازم به ذکر است که بیماران مورد پژوهش در این تحقیق، افراد بستری در بخش‌های درمانی و در حالت تحت درمان و ریکاوری بودند. لذا نتایج این پژوهش به نحوی مؤید تحقیقات «هارو و همکارانش در سال ۲۰۰۹» می‌باشد. در واقع افزایش بینش، بستری شدن، و تحت درمان و در ریکاوری بودن، ممکن است با درونی‌تر شدن منبع کنترل در بیماران ارتباط داشته باشد، چنان که نتایج این تحقیق نیز آن را نشان داده است؛ و البته این موضوع می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد مذاکره قرار گیرد. از سوئی دیگر احتمالاً جنبه‌های فرهنگی، مذهبی، اجتماعی، الگوها و فشارهای خانوادگی، شرایط بستری در بیمارستان، پاسخ‌گویی به توقعات کادر درمان، آموزش‌های حین بستری توسط کادر درمان و تاثیرات دارودرمانی، نیز می‌تواند در نوع جهت‌گیری منبع کنترل در بیماران

^۱ نتایج تحقیقات آن‌ها نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیا گرایش به منبع کنترل بیرونی دارند.

^۲ به پیشینه پژوهش، تحقیقات هارو و همکاران مراجعه شود.

نقش داشته باشد و نیازمند تحقیقات جداگانه برای کشف عوامل اختصاصی درگیر در این موضوع است.

شواهد تائیدی برای تایید ارتباط منبع کنترل با اختلال اسکیزوفرنیا

بوه‌گایر و همکاران (۲۰۱۱)، دریافتند بیماران دارای اختلال شدید روانشناختی، منبع کنترل بیرونی تری دارند. همچنین تحقیقات وینتراب و همکاران (۲۰۱۵)، نیز همان نتایج را نشان داد.

شواهد تائیدی برای تایید ارتباط منبع کنترل با اختلال دوقطبی

سولیوان و همکاران (۲۰۱۷)، ارتباط قوی و مثبت بین منبع کنترل بیرونی و اختلالات سایکوتیک و افسردگی^۱ نشان دادند.

محدودیت‌های این پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نداشتن گروه کنترل سالم (غیر بیمار) برای درک معنی‌دار بودن میانگین یا برافراشتگی نمرات بیماران در آیتم‌های مورد بررسی و مقایسه با افراد معمولی غیر بیمار بود. همچنین بیماران در مرحله حاد با بیماران مزمن و یا تحت درمان مقایسه نشدند و لذا تفاوت‌ها و شباهت‌های موضوعی بین آن‌ها در موارد مورد پژوهش مشخص نگردید. تعداد بیماران

^۱ در گذشته اختلالات دوقطبی در طیف اختلالات افسردگی دسته‌بندی می‌شدند.

مورد مقایسه کم بوده و تعمیم نتایج به جامعه آماری مشکل می نماید و نهایتاً این ها موضوعاتی هستند که می تواند در پژوهش های آینده مورد بررسی قرار گیرند.

پیشنهاداتی برای پژوهشگران آینده

- با توجه به محدودیت های این تحقیق مسیر پژوهندگان آتی مشخص و روشن خواهد بود.
- پیشنهاد می شود تحقیقات بعدی با حجم نمونه بزرگتر انجام شود.
- بیماران به دو گروه حاد و مزمن تقسیم بندی شوند.
- گروه کنترل تصادفی از افراد سالم (پس از تست سلامت روان) انتخاب شوند.

References

- ابوالقاسمی، ع. (۱۳۸۶). ارتباط باورهای فراشناختی با نشانه های مثبت و منفی در بیماران اسکیزوفرنی. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد سال چهاردهم- دوره جدید شماره ۲۵، ۱۱-۱.
- ابوالقاسمی، ع.، کیامرثی، آ.، و ایرانپور، چ. (۱۳۸۴). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرن، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۳، شماره ۲، ۱۲-۱۹.
- آهی، ق (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- بشارت، م. ع.، عبدالمنافی، ع.، فراهانی، ح.، و خدائی، م. ر. (۱۳۹۰). نقش تعدیل کننده منبع کنترل در رابطه بین خشم و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. روانشناسی معاصر، جلد ۶ (۲)، ۱۵-۲۵.
- خدیوی، ا.، و وکیلی مفاخری، ا. (۱۳۹۰). رابطه بین انگیزه پیشرفت، منبع کنترل، خودپنداره و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال اول متوسطه نواحی پنجگانه تبریز. علوم تربیتی، شماره ۱۳، بهار، ۴۵-۶۶.
- رضائی، فرزین؛ فخرائی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد (۱۳۹۴)، چکیده ملاک های تشخیصی DSM-5، انتشارات ارجمند، چاپ اول، ص ۱۲۱-۱۴۱.
- ساداتی، س. (۱۳۹۱). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران اسکیزوفرنی، اختلال افسرده و گروه بهنجار. مجله روانشناسی بالینی- سال چهارم، شماره ۲ (پیاپی ۱۴)، ۷۹-۸۸.

شیرین‌زاده، د. ص؛ گودرزی، م. ع؛ تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی- اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

کاظمی، ح. و قربانی، م. (۱۳۹۱). رابطه بیم مؤلفه‌های فراشناختی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران سرپایی مبتلا به اختلال دوقطبی II. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد- دوره ۲۰، شماره ۱ فروردین و اردیبهشت، ۹۰-۱۰۰.

ولز، آدریان (۱۳۹۰). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. وراى دانش.

یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت؛ و ویشار، مارجوری (۱۹۵۰). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). مترجمان: حسن حمید پور و زهرا اندوز (۱۳۸۹). تهران: ارجمند.

یوسفی رحیم، جنگی اقدم حمید، سیوانی زاده مجید، ادهمیان الهام (۱۳۸۷). مقایسه فراشناخت‌ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا اختلال اضطرابی و گروه کنترل غیر بیمار. تازه‌های علوم شناختی. ۱۰ (۲): ۱-۸.

- Ahi, G., Mohammadifar, M. A., & Besharat, M. A. (2007). Young Schema Questionnaire-Short Form standardization SQ-SF (factor structure) between Tehran university students during the academic year 2004-2005 (Doctoral dissertation, MSc Thesis]. Allameh Tabataba'i University).
- Aydın, O., Lysaker, P. H., Balıkcı, K., Ünal-Aydın, P., & Esen-Danacı, A. (2018). Associations of oxytocin and vasopressin plasma levels with neurocognitive, social cognitive and meta cognitive function in schizophrenia. *Psychiatry research*, 270, 1010-1016.
- Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., & Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 228- 235.
- Bortolon, C., Capdevielle, D., Boulenger, J. p., Christine, M., Nargeot, G., & Raffard, S. (2013). Early Maladaptive Schemas predict positive symptomatology in schizophrenia. *Psychiatry Research* 209, 361-366.
- Bright, M., Parker, S., French, P., Fowler, D., Gumley, A., Morrison, A. P., ... & Wells, A. (2018). Metacognitive beliefs as psychological predictors of social functioning: An investigation with young people at risk of psychosis. *Psychiatry research*, 262, 520-526.
- Bruno, N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N., & Pacherie, E. (2012). Delusions and metacognition in patients with schizophrenia. *Cognitive neuropsychiatry*, 17(1), 1-18.
- Buhagiar, K., Parsonage, L., & Osborn, D. P. (2011). Physical health behaviours

- and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with non-psychotic mental illness. *BMC psychiatry*, 11(1), 104.
- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., Wang, C. S., Liu, C. H., & Pan, L. H. (2016). Self concepts, health locus of control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 70, 82-89.
- Even, C., Thuile, J., Kalck-Stern, M., Criquillion-Doulet, S., Gorwood, P., & Rouillon, F. (2010). Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *Journal of affective disorders*, 123(1-3), 299-302.
- Hagen, K., Solem, S., Opstad, H. B., Hansen, B., & Hagen, R. (2017). The role of metacognition and obsessive-compulsive symptoms in psychosis: an analogue study. *BMC psychiatry*, 17(1), 233. doi:10.1186/s12888-017-1392-1.
- Hamidpur, Hasan; Andooz, Zahra (2007), quoted by Young, Jeffrey. E., et al. (1950), *Scheme Therapy*, p. 30.
- Harrow, M., Hansford, B. G., & Astrachan-Fletcher, E. B. (2009). Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis -- A 15-year longitudinal study. *Psychiatry research*, 168(3), 186-92.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A. (2011). Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 428-436.
- Hoffman, H., & Kupper, Z. (2002). Facilitators of psychosocial recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 293-302.
- Khadiji, A., and Vakili Mafakheri, A. (1390). Relationship between Achievement Motivation, Source of Control, Self-Concept and Academic Achievement in High School Students in Tabriz County. *Educational Sciences*, Number 13, Spring, 45-66.
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Bastan, F. S., Amirinezhad, A., & Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 271, 351-359.
- Khosravanian, V., Mohammadzadeh, A., & Oskouyi, L. S. (2018). Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Comprehensive psychiatry*.
- Khosravi, S., Ebrahimi, M., Shayan, A., Havasian, M. R., & Jamshidi, F. (2017). Investigation of early maladaptive schemas in patients with bipolar disorder compared to healthy individuals. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 9(6), 771.

- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Daroyanni, P., Buck, K. D., LaRocco, V. A., Carcione, A., & Nicolò, G. (2010). Assessing metacognition in schizophrenia with the Metacognition Assessment Scale: associations with the Social Cognition and Object Relations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 303-315.
- Lysaker, P. H., Gagen, E., Wright, A., Vohs, J. L., Kukla, M., Yanos, P. T., & Hasson-Ohayon, I. (2018). Metacognitive deficits predict impaired insight in schizophrenia across symptom profiles: a latent class analysis. *Schizophrenia bulletin*, 45(1), 48-56.
- Lysaker, P. H., Olesek, K. L., Warman, D. M., Martin, J. M., Salzman, A. K., Nicolò, G., ... & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: Correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Research*, 190(1), 18-22.
- Lysaker, P. H., Shea, A. M., Buck, K. D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., & Rand, K. L. (2010). Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 405-413.
- Lysaker, P. H., Warman, D. M., Dimaggio, G., Procacci, M., LaRocco, V. A., Clark, L. K., ... & Nicolò, G. (2008). Metacognition in schizophrenia: associations with multiple assessments of executive function. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(5), 384-389.
- Moritz, S., Peters, M. J., Larøi, F., & Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive neuropsychiatry*, 15(6), 531-548.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 251-256.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J. & Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(7), 644-647.
- Nilsson, K. K. (2012). Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1104-1108.
- Nilsson, K. K. (2016). Early maladaptive schemas in bipolar disorder patients with and without suicide attempts. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 236-239.
- Østefjells, T., Melle, I., Aminoff, S. R., Hellvin, T., Hagen, R., Lagerberg, T. V., ... & Røssberg, J. I. (2017). An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 73, 84-92.

- Rezaei, Farzin; Fakhraie; Ali; Farmand; Atoosa; Nilofari; Ali; Hashemi Azar; Janet; Shamloo; Farhad (1394); Abstract Diagnostic criteria DSM-5; Arjmand Publication, First Printing, pp. 121-141.
- Sadaty, S. (1391). Comparison of metacognitive beliefs in schizophrenic patients with depressive disorder and normal group. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 4, No. 2 (14), 79-88.
- Sellers, R., Gawęda, Ł., Wells, A., & Morrison, A. (2016). The role of unhelpful metacognitive beliefs in psychosis: Relationships with positive symptoms and negative affect. *Psychiatry Research*, 246, 401-406. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.10.029.
- Sellers, R., Varese, F., Wells, A., & Morrison, A. (2016). A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*. DOI: 10.1016/j.schres.2016.09.032.
- Shirinzadeh, D. S., Goudarzi, M. A., & Taghavi, S. M. R. (2008). Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals.
- Sullivan, S. A., Thompson, A., Kounali, D., Lewis, G., & Zammit, S. (2017). The longitudinal association between external locus of control, social cognition and adolescent psychopathology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 643-655.
- van Kleef, R., van Donkersgoed, R., & de Jong, S. (2015). Metacognition in Relation to Cognitive and Social Functioning in Schizophrenia. *Journal of European Psychology Students*, 6(3).
- Wells, Adrian (2003), quoted by Mohammad Khani, Shahram (1393), *Practical Guide to Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, p. 3.
- Yousefi Rahim, War of Aghdam Hamid, Sevani Zadeh Majid, Adhemian Elham (2008). Metacognition comparison in patients with schizophrenia, anxiety disorder and non-control group. *New Cognitive Science*. 10 (2): 1-8.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 136(3), 803-811.
- Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., ... & Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic journal of psychiatry*, 68(4), 275-281.
- Weintraub, Marc & Weisman, Amy & Tawfik, Saneya. (2015). The interplay among locus of control, sub-clinical psychotic symptoms and psychological Well-Being in whites and ethnic minorities. *Interamerican Journal of Psychology*. 49. 413-424.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions

questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy, 42(4), 385-396.