

حافظه شرح حال و فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلالات وسواس - اجبار و اضطراب اجتماعی

فریده نظرزاده*، فاطمه معینی، حمیدرضا آقا محمدیان، محمد سعید عبدخدایی

گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: نقایص شناختی در اختلالات اضطرابی از موضوعاتی است که در سال های اخیر با شواهد فزاینده ای رو به رو است. هدف پژوهش حاضر مقایسه حافظه شرح حال و فراشناخت در اختلالات وسواس، اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی سه گروه ۲۲ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس، اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی ها مصاحبه حافظه شرح حال (معنایی کودکی، معنایی بزرگسالی، معنایی اخیر، رویدادی کودکی، رویدادی بزرگسالی و رویدادی اخیر) و پرسشنامه فراشناخت (باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی) را تکمیل کردند.

یافته ها: بر اساس نتایج، در حافظه، گروه وسواسی نسبت به گروه بهنجار عملکرد ضعیف تری نشان داد ($P < 0/01$). همچنین در زمینه فراشناخت، گروه وسواسی عملکرد ضعیف تری در مقیاس کنترل ناپذیری و خطر و مقیاس اطمینان شناختی در مقایسه با افراد بهنجار و اضطراب اجتماعی نشان دادند ($P < 0/01$). نتیجه گیری: گروه وسواسی عملکرد ضعیف تری در حافظه شرح حال در مقایسه با مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی و افراد بهنجار دارند که به نظر می رسد به دلیل وجود نقایص عصب روان شناختی در اختلال وسواسی باشد و همچنین باورهای فراشناختی نقش مهمی در علائم اختلالات اضطرابی دارند. از نظر بالینی نیز شناسایی جنبه های شناختی اختلالات اضطرابی به ظهور بینش جدیدی از این اختلال منتهی خواهد شد تا روش های درمانی موجود، متناسب با ویژگی های آن تعدیل یا روش های درمانی جدید طراحی شود.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس-اجبار، حافظه شرح حال، فراشناخت.

مقدمه:

گردیده است تا پژوهشگران بیش از پیش این مطالعات را انجام دهند. یک بخش اختصاصی در روانشناسی شناختی، مربوط به حافظه و فرایندهای آن است. در این راستا، پژوهشگران شناختی طرح و توصیف هایی در خصوص، مفاهیم، ساخت حافظه، طرح واره ها، پردازش اطلاعات و ارتباط آنها با هم در تبیین اختلال های هیجانی، بیان داشته اند. از جمله اختلالات هیجانی که در سال های اخیر بررسی هر چه بیشتر ابعاد

پیشرفت روانشناسی شناختی و مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات یکی از موضوعاتی است که در سال های اخیر مورد توجه روانشناسان بالینی قرار گرفته است. رشد فزاینده دیدگاه های شناختی در خصوص تبیین تحولات شناختی افراد مبتلا به این اختلالات از یک سو، و توسعه روش های درمانی جدید به ویژه شناخت درمانی و دستیابی به روش های ارزیابی و تشخیصی جدید از سوی دیگر، موجب

شناختی آن (مانند حافظه) مد نظر قرار گرفته است، اختلالات اضطرابی می‌باشند (۱).

اختلال وسواس فکری- عملی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی محور یک می‌باشد که در حال حاضر در طبقه اختلالات اضطرابی قرار دارد. اختلال وسواس فکری- عملی عبارت است از وسواس‌های فکری یا عملی برگشت‌کننده که به دلیل شدت، وقت‌گیر بوده و منجر به پریشانی آشکار می‌شود، در این اختلال فرد به غیر منطقی و افراطی بودن آن آگاه می‌باشد (۲).

افرادی که از اختلال وسواس رنج می‌برند، احساس می‌کنند مجبورند به چیزهایی که نمی‌خواهند، فکر کنند و یا برای انجام برخی تشریفات (که اغلب بی‌معنی هستند) برخلاف میل شان اقدام کنند، اگرچه این افراد متوجه هستند که رفتارهایشان غیر منطقی است، اما احساس می‌کنند که نمی‌توانند این احساس و اعمال را کنترل نمایند. چندین گزارش شناختی از وسواس بر باورها و محتوای ذهنی ناکارآمد این بیماران متمرکز هستند. Rachman مطرح می‌کند که سوء تعبیرهای فاجعه‌بار از افکار و تصاویر و تکانه‌های ناخوانده شخص، انگیزه‌های اصلی در سبب شناسی افکار وسواسی در اختلال وسواس اجباری هستند. به عبارت دیگر، بیماران مبتلا به وسواس به افکار ناخوانده‌شان بیش از حد اهمیت می‌دهند (۳). از سوی دیگر، محققان پیشنهاد کرده‌اند که ماهیت تکراری افکار و رفتارهایی که مشخصه این اختلال است به دلیل نقص یا سوگیری در پردازش اطلاعات آن‌هاست (۴).

بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری اغلب گزارش می‌دهند که مطمئن نیستند که آیا آن‌ها یک عمل را به درستی انجام داده‌اند و یا صرفاً تصور انجام آن را داشته‌اند. با توجه به ماهیت نشانه شناختی اختلال وسواس اجباری، آنچه در این میان با اهمیت تلقی می‌شود عملکرد حافظه این افراد در بخش‌های

مختلف است که به نظر می‌رسد از نقص برخوردار می‌باشد (۵).

دانشمندان شناختی سه نوع از حافظه را متمایز کرده‌اند که شامل: اپیزودیک، معنایی و رویه‌ای می‌باشد (۶). حافظه اپیزودیک (ضمنی) به حافظه برای رویدادهای شخصی مورخ در گذشته فرد اشاره دارد. این نوع از حافظه مشخص شده است که کاملاً نسبت به فراموشی آسیب‌پذیر است. تمایز میان انواع مختلف فرآیندهای حافظه مهم است زیرا این امکان وجود دارد که برخی از فرآیندهای نسبت به انواع دیگر در تداوم و حفظ رفتارهای تکراری که مشخصه اختلال وسواس اجباری است، مهم‌تر باشند. حافظه‌ی ضمنی (از جمله حافظه‌ی شرح حال) نقش بسیار مهمی در آشکارسازی نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری ایفا می‌کند. محققان شناختی که، از نظریه ساختاری حافظه پیروی می‌کنند معمولاً جایگاه حافظه شرح حال را زیر مجموعه حافظه ضمنی می‌دانند (۷).

حافظه شرح حال همان سیستم حافظه شخصی است. این حافظه شامل خاطرات شخصی، اطلاعات فردی، اینکه چه بودیم، چه هستیم و چه می‌توانیم باشیم، است (۸). حافظه‌ی شرح حال، جنبه‌ای از حافظه است که به تجدید خاطرات، تجارب، موضوعات و رویدادهای شخصی زندگی گذشته مربوط می‌شود، این حافظه به "احساس خود" مرکزیت و انسجام بخشیده و به طور موثر منجر به یک احساس فردی از خود، حفظ جهت در زندگی و پیگیری اهداف در سایه حل مسائل گذشته می‌گردد. این جهت‌یابی و تعقیب اهداف به ویژه برای اهداف بین‌فردی بسیار مهم است (۹).

چندین مطالعه به نقش حافظه شرح حال در آسیب‌شناسی پرداخته است. پژوهش مولایی حکایت از عملکرد ضعیفتر حافظه شرح حال بیماران وسواسی در مقایسه با گروه بهنجار در همه متغیرهای حافظه به جز حادثه شرح حال شخصی- دوران اخیر و در مقایسه با

گروه اضطراب فراگیر در بخش مربوط به حافظه دور یعنی بخش حادثه شرح حال کودکی دارد (۱۰).

Wilhelm و همکاران (۱۱) دریافتند که بیماران وسواسی در بازخوانی اطلاعات مربوط به حافظه شرح حال خود دچار اختلال بوده و این کار برایشان مشکل می باشد؛ این در صورتی است که در تحقیق دیگری پژوهشگران (۱۰) دریافتند که بیماران مبتلا به وسواس مشکلی در دسترسی به بخش هایی از حافظه شرح حال خود ندارند؛ مگر آنکه بیماری آنها با اختلال افسردگی همبودی داشته باشد.

یکی دیگر از مباحث نوین در روانشناسی امروز، مسأله ابعاد فراشناختی و به عبارتی تفکر فرد در مورد تفکر خود است. این مسئله بیانگر این است که فرد بسته به این که کدام سطح از باورهای فراشناختی را به کار می برد. کدام یک از این سطوح بر فرآیندهای شناختی فرد حاکم است، حائز اهمیت است. واژه «فراشناخت» که نخستین بار توسط Flavell (۱۹۷۹) به کار برده شد، به فرایند «تفکر درباره تفکر» و دانش در مورد این که «چه می دانیم» و «چه نمی دانیم» اطلاق می شود. مطالعه فراشناخت ابتدا در حیطه روانشناسی رشد آغاز شد و به دنبال آن به حوزه های دیگر از جمله روانشناسی حافظه، پیری و همچنین روانشناسی عصب شناختی گسترش یافت (۱۲).

فراشناخت به ساختارها، دانش و فرایندهای روانشناختی اشاره می کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت ها سروکار دارند. بر اساس نظریه پردازان های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالات روانشناختی (۱۳، ۱۴)، مخصوصاً در اختلال اضطراب منتشر (۱۵) و اختلال وسواس اجباری است (۱۶).

Lobban و همکاران بر اساس پژوهشی عنوان کردند که باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک، اختلال وسواس فکری و عملی و اختلال استرس پس از ضربه مختل تر است (۱۷). در مطالعه دیگری نیز پژوهشگران (۱۸) مطرح کردند که ابعاد

فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین با اضطراب اجتماعی ارتباط معنی دار دارد.

اختلال اضطراب اجتماعی از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می شود (۲). اضطراب اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن ترس از شرمندگی شدن در موقعیت های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت ها می باشد. این بیماری می تواند باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی شده و به طور معنی داری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت های مهم برای بیمار گردد (۸).

از آنجایی که تعداد مطالعات انجام شده که در آن گروه کنترل شامل یک اختلال اضطرابی دیگر باشد اندک می باشد، دانش ما رادر مورد اینکه آیا این نقص و سوگیری شناختی مختلف مختص به اختلال وسواس اجباری است (برخلاف زمینه های مشترکی که در اختلالات اضطرابی به طور کلی وجود دارد)، محدود می کند. بنابراین اهداف این مطالعه عبارتند از اینکه اولاً، افراد مبتلا به وسواس ابتدا چه عملکردی در حافظه شرح حال و فراشناخت ها دارند و ثانیاً، در مقایسه با اختلال اضطراب اجتماعی از چه عملکردی برخوردار هستند.

روش بررسی:

پژوهش از نوع مطالعه توصیفی- تحلیلی یا طرح علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری، اضطراب اجتماعی که در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره سطح شهر مشهد و همچنین بیمارستان روانپزشکی ابن سینا مشهد مراجعه کرده اند، بود. نمونه آماری در این پژوهش شامل سه گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و اختلال اضطراب اجتماعی و یک گروه شامل افراد بهنجاری بود که سابقه

هیچگونه بیماری روان پزشکی نداشته اند؛ و از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات همتا شده اند. در این پژوهش از ۶۶ آزمودنی (گروه اختلال وسواس اجباری شامل ۲۲ نفر، گروه اضطراب اجتماعی شامل ۲۲ نفر و گروه بهنجار شامل ۲۲ نفر) از هر دو جنس، در محدوده سنی بزرگسالی و با دامنه ۲۰ تا ۵۰ سالگی که حداقل میزان تحصیلات آنها دیپلم بود، استفاده شد. در این پژوهش، افراد سالم و بیماری که داوطلبانه تمایل به انجام مصاحبه و اجرای آزمون داشتند و مشکل محدودیت زمانی نداشتند و به عبارت دیگر، قابل دسترس تر بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی های بالینی عمدتاً از میان افرادی که با تشخیص اختلال مورد نظر از سوی روانپزشک جهت روان درمانی به مراکز مشاوره سطح شهر مشهد و بیمارستان ابن سینا در سال ۱۳۹۱ ارجاع شده بودند، انتخاب شدند.

آزمون ها به صورت انفرادی و در یک جلسه اجرا شد. ابتدا مصاحبه حافظه شرح حال اجرا شد که یک ابزار پژوهشی مفید برای بررسی مواردی است که در آن امکان تفکیک فراموشی پیش گستر و پس گستر وجود دارد. برای مثال، بیمارانی که در آزمون های استاندارد تقریباً یکسان عمل می کنند، احتمال دارد در این آزمون عملکرد متفاوتی داشته باشند (۱۹). این آزمون برای فاصله سنی ۱۸ سال به بالا مناسب است و با هدف از بین بردن محدودیت ها یا آزمون های قدیمی تر ابداع و اعتباریابی شده است. این آزمون شامل یک برنامه مصاحبه نیمه سازمان یافته ای است که از دو بخش تشکیل می شود. بخش اول به نام برنامه معنایی شخصی به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی آزمودنی های می پردازد. برنامه معنایی شخصی، آزمودنی را ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی (برای مثال، یادآوری نام مدرسه یا معلمان)، ابتدای بزرگسالی (برای مثال، نام بردن اولین شغل، تاریخ و محل ازدواج) و وقایع دوران اخیرتر (برای مثال، تعطیلات، مسافرتها یا بستری شدن در بیمارستان)

می نماید. بخش دوم به نام رویداد شرح حال، به یادآوری خاطراتی از همان سه دوره زمانی می پردازد. این آزمون ساده و از قابلیت اجرای نسبتاً سریع برخوردار است و برای بیماران جالب و جذاب می باشد. در مصاحبه حافظه شرح حال، همبستگی میان آزمون های موازی، بین ۸۳ درصد تا ۸۶ درصد در نوسان می باشد. سپس آزمودنی ها پرسشنامه فراشناخت ها را تکمیل کردند که این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه ای که برخی از آن ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روانشناختی دارند، طراحی شده است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ها استفاده شد که به وسیله Wells و Cartwright-Hatton (۲۰) از روی فرم بلند ۶۵ سؤالی مقیاس فراشناخت تهیه شده بود. فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ها با استفاده از ۳۰ ماده چندین حیطه از باورهای فراشناختی را می سنجد. برای هر فرد نمراتی در پنج مقیاس زیر به دست می آید: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری افکار و خطر، اطمینان شناختی، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل و خود آگاهی شناختی. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی باز آزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره ی کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خود آگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ می باشد (۱۲).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی و نرم افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته ها:

در این پژوهش ۶۰ نفر پرسشنامه ها را تکمیل کردند که در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد به ترتیب، گروه وسواس ۲۸/۵ و ۵/۵، گروه اضطراب اجتماعی ۲۵/۹ و ۴/۱۶، گروه بهنجار ۲۵/۵ و ۱۰/۳ بود. در گروه وسواس، اضطراب

اجتمایی و بهنجار به ترتیب ۱۵، ۱۶ و ۱۵ نفر زن بودند. گروه بهنجار در بین سایر گروه ها از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بود. به منظور بررسی تفاوت گروه های مورد پژوهش در نمرات حافظه، نمرات گروه های مورد بررسی در این مقیاس با استفاده از تحلیل واریانس

چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. بر اساس این نتایج، سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه ها از لحاظ متغیر حافظه معنی دار نبود؛ ولی بزرگترین ریشه روی معنی دار شد ($P=0/03$)، جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت گروه های مورد پژوهش در نمرات حافظه تفاوت سه گروه در مصاحبه حافظه شرح حال

متغیر / شاخص ها	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
گروه	بیلائی	۰/۴۸	۱/۳۱	۲۱	۱۵۶	۰/۱۲
	ویلکز	۰/۵۹	۱/۷۴	۲۱	۱۴۴	۰/۱۰
	هتلینگ	۰/۶	۱/۲۹	۲۱	۱۴۶	۰/۱۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۲۴	۲/۵	۹	۸۳	۰/۰۳

در بررسی نتایج جزئی تفاوت ها، در همه زیر مقیاس های حافظه به جز مقیاس رویدادی بزرگسالی و معنایی بزرگسالی و رویدادی اخیر بین گروه ها تفاوت معنی دار وجود داشت ($P<0/05$). مقایسه جفت میانگین ها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین گروه وسواس و بهنجار در زیرمقیاس معنایی کودکی، معنایی اخیر و رویدادی کودکی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P<0/05$)؛ ولی بین گروه وسواس و اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$)، جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه تفاضل میانگین نمرات حافظه شرح حال در گروه های بالینی به کمک آزمون تعقیبی توکی

متغیرها	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معنی داری
معنایی کودکی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۲/۹	۰/۹۶	۰/۰۸
		بهنجار	-۲/۰۹	۰/۹۶	۰/۰۱
معنایی بزرگسالی	وسواس	اضطراب اجتماعی	۰/۸	۰/۹۶	۰/۶
		بهنجار	۰/۰۹	۰/۷۴	۰/۹۹
معنایی اخیر	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۰/۸۱	۰/۷۴	۰/۵۱
		بهنجار	-۰/۹۰	۰/۷۴	۰/۴۴
رویدادی کودکی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۰/۴۰	۰/۵۰	۰/۷۰
		بهنجار	-۱/۵۴	۰/۵۰	۰/۰۱
رویدادی بزرگسالی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۱/۰۴	۰/۵۰	۰/۱۰
		بهنجار	-۱/۱۳	۰/۷۲	۰/۲۶
رویدادی اخیر	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۲/۳۱	۰/۷۲	۰/۰۱
		بهنجار	-۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۳۵
نمره کل	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۱/۲۷	۰/۶۳	۰/۱۱
		بهنجار	-۱/۱۳	۰/۶۳	۰/۱۷
اضطراب اجتماعی	وسواس	اضطراب اجتماعی	۰/۱۳	۰/۶۳	۰/۹۷
		بهنجار	-۰/۵۴	۰/۴۹	۰/۵۱
اضطراب اجتماعی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۰/۵۹	۰/۴۹	۰/۴۶
		بهنجار	-۰/۰۴	۰/۴۹	۰/۹۹
اضطراب اجتماعی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۴/۳	۳/۲۹	۰/۳۹
		بهنجار	-۸/۴۰	۳/۲۹	۰/۰۴
اضطراب اجتماعی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۳/۷	۳/۲۹	۰/۴۹
		بهنجار			

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت گروه های مورد پژوهش در نمرات فراشناخت نشان داد، هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت گروه ها از لحاظ متغیر فراشناخت معنی دار است ($P < 0/01$)، جدول شماره ۳). این یافته به این معناست که گروه ها حداقل در یکی از متغیرها از هم متفاوتند ($P < 0/05$).

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت گروه های مورد پژوهش در نمرات فراشناخت تفاوت سه گروه در فراشناخت ها

متغیر / شاخص ها	آماره ملاک	ارزش آماره	نسبت F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
پیلانی	۰/۴۸	۱/۲۴	۲۱	۱۵۶	۰/۰۱	
ویلکز	۰/۵۹	۱/۵۱	۲۱	۱۴۲	۰/۰۱	
هتلینگ	۰/۶	۱/۳۳	۲۱	۱۳۶	۰/۰۹	
بزرگ ترین ریشه روی	۰/۴۳	۲/۷	۹	۷۲	۰/۰۱	

مقایسه گروه ها به کمک آزمون توکی نشان داد که بین گروه وسواس و اضطراب اجتماعی تفاوت معنی داری وجود ندارد (جدول شماره ۴)، عملکرد افراد بهنجار در زمینه کنترل ناپذیری و خطر از افراد وسواسی بهتر و در زمینه متغیر اطمینان شناختی عملکرد افراد بهنجار از افراد وسواس و اضطراب اجتماعی بهتر است. این نتایج حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلال وسواس و اضطراب اجتماعی در زمینه فراشناخت ها عملکرد ضعیف تری دارند.

جدول شماره ۴: مقایسه تفاضل میانگین نمرات فراشناخت در گروه های بالینی به کمک آزمون تعقیبی توکی

متغیرها	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معنی داری
باورهای مثبت درباره نگرانی	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۰/۸۶	۱/۰۱	۰/۶۷
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	-۰/۶۸	۱/۰۱	۰/۷۸
کنترل ناپذیری و خطر	وسواس	اضطراب اجتماعی	۰/۱۸	۱/۰۱	۰/۹۸
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۱/۷۲	۱/۲۳	۰/۳۴
اطمینان شناختی	وسواس	اضطراب اجتماعی	۴/۳۶	۱/۲۳	<۰/۰۰۱
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۲/۶۳	۱/۲۳	۰/۰۹
نیاز به کنترل افکار	وسواس	اضطراب اجتماعی	۱/۰۴	۱/۲۰	۰/۶۶
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۵/۰۴	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	وسواس	اضطراب اجتماعی	۴/۰۰	۱/۲۰	<۰/۰۰۱
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۰/۵۴	۱/۲۱	۰/۸۹
نمره کل	وسواس	اضطراب اجتماعی	۲/۳۶	۱/۲۱	۰/۱۳
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۱/۸۱	۱/۲۱	۰/۳۰
	وسواس	اضطراب اجتماعی	۰/۳۶	۱/۲۳	۰/۹۵
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	-۱/۱۳	۱/۲۳	۰/۶۳
	وسواس	اضطراب اجتماعی	-۱/۵	۱/۲۳	۰/۴۵
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۲/۸۱	۴/۲۳	۰/۷۸
	وسواس	اضطراب اجتماعی	۱۰/۴	۴/۲۳	۰/۰۴
	اضطراب اجتماعی	بهنجار	۷/۵۹	۴/۲۳	۰/۱۸

بحث:

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل داده های حافظه شرح حال، تفاوت نمرات حافظه گروه وسواس- اجبار در مقایسه با گروه بهنجار معنی دار بود که نشان می دهد بیماران مبتلا به وسواس در زمینه

همکاران (۲۵) و هم سو با الگوی فراشناختی Wells در مورد اختلال های هیجانی است که مطرح می کند باورهای فراشناختی از مهمترین عوامل ایجاد کننده و تداوم دهنده در اختلال های هیجانی بوده است.

این بررسی نشان داد که هر پنج خرده مقیاس فراشناختی بین گروه های مبتلا به اختلال وسواس اجباری، اضطراب اجتماعی و بهنجار تفاوت معنی دار وجود دارد. مقایسه جفت میانگین ها نیز به کمک آزمون توکی نشان داد که گروه های مبتلا به وسواس با افراد بهنجار در زیر مقیاس کنترل ناپذیری و خطر و اطمینان شناختی از نظر آماری تفاوت معنی دار دارند، اما بین بیماران وسواسی و اضطراب اجتماعی در این مقیاس ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. این یافته گویای آن است که باورهای یاد شده شکلی کلی آسیب شناسی اختلال های اضطرابی است و به اضطراب اجتماعی یا اختلال وسواس اجباری اختصاص ندارد (۲۶).

آزمون تعقیبی نشان داد که تنها باور فراشناختی اطمینان شناختی در دو گروه وسواس و اضطراب اجتماعی با گروه بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد. به بیان دیگر تفاوت بیماران مبتلا به وسواس و اضطراب اجتماعی با افراد بهنجار در این باور از نظر آماری معنادار است. در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که این اختلالات میتوانند ساختاری باشند، یعنی در ماهیت افکار بیمار و مهمتر از آن در فرآیند یا راهبردهایی ریشه داشته باشند که بیماران برای ارزیابی و کنترل افکارشان به کار می برند (۵). در نظریه فراشناخت، تأکید بر عواملی است که تفکر را کنترل می کنند و وضعیت ذهن را تغییر می دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه های غیرسودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجانات منفی و کژکاری، و تداوم اختلالات روانشناختی می شوند.

نتایج پژوهش های Cartwright- Hatton و Wells (۲۰)، Wells و Papageorgiou (۱۶) حاکی از این است که باورهای فراشناختی مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارد. باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی، در مقایسه با جمعیت غیربیمار، دارای انحرافات است. این بیماران به افکار خود ارزیابی کننده منفی، توجهی افراطی

حافظه شرح حال عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه بهنجار دارند. در واقع گروه مبتلا به وسواس در زیر مقیاس های معنایی کودکی و معنایی اخیر و رویدادی کودکی نمرات پایین تری بدست آوردند که این نتایج با نتایج پژوهش مولائی (۱۰)، Rugg و Wilding (۲۱) همسو می باشد.

تحقیقات متعددی اختلال در حافظه بیماران مبتلا به وسواس را تأیید کرده اند، از این رو که شواهد نشان می دهد که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در اجرای برخی از تکالیف مربوط به حافظه عملکرد متفاوتی دارند. حتی برخی از رفتارهای این بیماران می تواند توسط مشکلات مربوط به حافظه آنان تفسیر شود. احتمال یک نقص کلی در حافظه بیماران اختلال وسواس وجود دارد که اختلال وسواس اجباری را با کاهش اعتماد به حافظه مرتبط می داند. Dirson و همکاران (۲۲)، رابطه بین نقایص حافظه دیداری را با شدت علائم وسواسی نشان دادند. Sher و همکاران معتقدند که مبتلایان به وسواس عملی از یک نقص ویژه حافظه برای اعمال حرکتی یاد گرفته شده برخوردارند (۲۳). مطالعات عصب- روان شناختی جدید نشان می دهد که افراد دارای اختلال وسواس نقایصی در حافظه غیر کلامی به ویژه حافظه دیداری نشان می دهند. همچنین این افراد مشکلات حافظه ای در مورد اعمال خویش دارند (۵). مطالعات Kuelz و همکاران (۲۴) متمرکز بر حافظه غیر کلامی بر آسیب موجود در مرحله فراخوانی اطلاعات در بیماران وسواسی اشاره و برخی به شکست در به کار گیری راهبردهای سازماندهی شده در حافظه اشاره داشته اند. نتایج تحقیقات در زمینه آسیب شناسی روانی نیز نشان می دهد که عملکرد ضعیف در حافظه شرح حال دور می تواند نشانه وجود اختلالات عصب شناختی باشد که با آسیب در قطعه گیجگاهی و اختلال در حافظه مرتبط است (۲۴).

همچنین در زمینه متغیر فراشناخت نیز نتایج نشان داد که گروه های بیمار از نظر باورهای فراشناختی با افراد بهنجار تفاوت آماری معنی داری دارند، ولی این تفاوت بین گروه های بیمار وجود ندارد. این یافته مطابق با یافته های Wells و Papageorgiou (۱۶)، Julien و

طولانی نشدن فرایند اجرا، به طور غیر مستقیم و با ارزیابی میزان تحصيلات (حداقل دیپلم، بنابراین دارای بهره هوشی حداقل نرمال) به این عامل توجه نمود.

نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر در مجموع موید عملکرد ضعیف تر بیماران وسواس در حافظه شرح حال و فراشناخت ها نسبت به گروه بهنجار می باشد. با توجه به نارسایی های شناختی خاص در اختلال وسواسی- اجباری که به نظر می رسد ریشه در مشکلات عصب روانشناختی این اختلال داشته باشد، می توان ماهیت این اختلال را دوباره مورد تفسیر و بازنگری قرار داد و به عنوان اختلالی با زیر بنای متفاوت از سایر اختلالات اضطرابی قرارداد.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگران از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش و همچنین کارکنان بیمارستان روانپزشکی ابن سینای مشهد و همراهان بیماران کمال تشکر و قدردانی را دارند.

و متمرکز دارند که این توجه به وسیله فرآیندهای باورهای فراشناختی راه اندازی می شود.

همچنین یوسفی و همکاران اذعان داشتند افراد دارای تشخیص اختلال روانپزشکی و افراد غیربیمار، در باورهای فراشناختی با یکدیگر متفاوتند و افراد مضطرب در مقایسه با گروه گواه، باورهای فراشناختی مختل کننده بیشتری دارند (۲۷). همچنین نتایج پژوهش ابوالقاسمی و همکاران حاکی از این است که افراد دارای اختلال وسواس و اختلال تنیدگی پس از ضربه، در مقایسه با افراد عادی، در مؤلفه های باورهای فراشناختی نمره بالاتری دارند (۲۸).

نتایج پژوهش های انجام یافته در زمینه فراشناخت، حاکی از نقش قابل توجه باورهای فراشناختی در پیدایش و حفظ اختلالهای روانشناختی است (۲۷، ۲۹-۱۶).

در مورد محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت که دسترسی به نمونه های پژوهش تا حدودی با مشکلاتی همراه بود. با توجه به اینکه اصولاً اختلالات روانی از همبودی برخوردارند؛ لذا یافتن بیماران وسواسی و اضطراب اجتماعی خالص بسیار مشکل بود. به طور کلی در مطالعات شناختی سنجش عامل هوش از اهمیت خاصی برخوردار است. در پژوهش حاضر به دلیل برخورداری از وقت محدود و

منابع:

1. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev. 2003; 23(3): 339-76.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington DC: American psychiatric Association; 2000.
3. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. Behav Res Ther. 1998; 36(4): 385-401.
4. Tallis F. The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. Br J Clin Psychol. 1997; 36(1): 3-20.
5. Muller J, Roberts JE. Memory and attention in Obsessive-Compulsive Disorder: a review. J Anxiety Disord. 2005; 19(1): 1-28.
6. Grusec JE, Lockhart RS, Walters GC. Foundations of psychology. Toronto: Copp Clark Pitman; 1990.
7. Henderson JG Jr, Pollard CA. Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. J Clin Psychol. 1988; 44(5): 747-52.
8. Conway MA. Memory and the self. J Mem Lang. 2005; 53: 594-628.
9. Nelson K, Fivush R. The emergence of autobiographical memory: a social cultural developmental theory. Psychol Rev. 2004; 111(2): 486-511.

10. Molae M. Study neurological evidence and neuropsychology of obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder [dissertation]. Tarbiat Moallem University of Tehran; 2006: 88-92.
11. Wilhelm S, McNally RJ, Baer L, Florin I. Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *Br J Clin Psychol.* 1997; 36(1): 21-31.
12. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
13. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons; 2000; PP: 3-54.
14. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. 1st ed. UK: Hove, Lawrence Erlbaum; 1994.
15. Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogni Ther Res.* 2005; 29(1): 107-21.
16. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther.* 1998; 36(9): 899-913.
17. Lobban F, Haddock G, Kinderman P, Wells A. The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personal Individ Differ.* 2002; 32(8): 1351-63.
18. Spada MM, Georgiou GA, Wells A. The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cogn Behav Ther.* 2010; 39(1): 64-71.
19. Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. The autobiographical memory interview. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company; 1990.
20. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997; 11(3): 279-96.
21. Rugg MD, Wilding EL. Retrieval processing and episodic memory. *Trends Cogn Sci.* 2000; 4(3): 108-15.
22. Menzies RG, Desilva P. Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment. New York: John Wiley & Sons; 2003: 141-50.
23. Sher KJ, Frost RO, Kushner M, Crews TM, Alexander JE. Memory deficits in compulsive checkers: replication and extension in a clinical sample. *Behav Res Ther.* 1989; 27(1): 65-9.
24. Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol.* 2004; 65(3): 185-236.
25. Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personal Individ Differ.* 2006; 41(7): 1205-16.
26. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2006; 44(4): 469-80.
27. Yousefi R, Jangi Aghdam H, Saivani z adah M, Adhamiyan A. A comparison of metacognition in patients with schizophrenia, anxiety disorder, and non-patient control. *Adv Cogn Sci.* 2008; 10(2): 1-8.
28. Abolghasemi A, Ebrahimzadeh S, Narimani M, Ahadi B. Comparison of metacognitive beliefs and dimensions of perfectionism patients with obsessive-compulsive disorder in and post-traumatic stress disorder in interaction with uncertainty. *J Psychol.* 2008; 12(1): 20-35.
29. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behav Ther.* 2001; 32(1): 85-102.

Autobiographical memory and metacognition in patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety

Nazarzadeh F*, Moini F, Aghamohamadian HR, Abdkhoda MS
General Psychology Dept., Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, I.R. Iran.

Received: 18/Nov/2013 Accepted: 4/May/2014

Background and aims: Cognitive deficits in anxiety disorders is one of the topics which has faced with increasing evidence in recent years. The purpose of this study was to compare autobiographical memory and metacognition in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and social anxiety disorder (SAD), and normal group.

Methods: In this descriptive-analytical study, three 22-individual groups of the patients with OCD and SAD, and normal people were enrolled per convenient sampling. The testees underwent autobiographical memory interview (semantic childhood, semantic adulthood, childhood events, adulthood events, and recent events) and filled out metacognition questionnaire (positive beliefs about worry, uncontrollability and risk, cognitive confidence, need for thoughts control, and cognitive self-awareness).

Results: By the results, for memory, the OCD group showed weaker performance compared with normal participants ($P<0.01$). Also, for metacognition, the OCD group showed weaker performance in uncontrollability and risk, and cognitive confidence compared with normal participants and SAD patients ($P<0.01$).

Conclusion: The OCD group showed weaker performance in autobiographical memory compared with SAD group and normal participants, which seems to be due to neuropsychological deficits in OCD and also cognitive beliefs have an important role in the symptoms of anxiety disorders. Clinically, identifying cognitive aspects of anxiety disorders will lead to emergence of a new insight into this disorder so that the available therapeutic approaches could be modified appropriate to its characteristics or new therapeutic approaches could be developed.

Keywords: Autobiographical memory, Metacognition, Obsessive-compulsive disorder, Social anxiety disorder.

Cite this article as: Nazarzadeh F, Moini F, Aghamohamadian HR, Abdkhoda MS. Autobiographical memory and metacognition in patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2015; 16(6): 57-66.

***Corresponding author:**

General Psychology Dept., Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, I.R. Iran.
Tel: 00989357500037, E-mail: nazarzadeh1986@gmail.com