

اثربخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدنی و سایر علائم مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن (BDD)

سیده حکیمه موسوی^{۱*}، رضا رستمی^۲، مسعود غلامعلی لواسانی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله فراشناختی بر اضطراب، تصویر بدنی و سایر علائم در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی که یک مداخله بالینی تصادفی می‌باشد، با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، بر روی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن از بین مراجعین مراجعه کننده به متخصصین جراحی زیبایی و مراکز درمان بیماری‌های پوست، انجام شد. ۳۰ بیمار در دو گروه گواه و آزمایش به روش تصادفی جایگزین شدند. پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی یل-براون برای اختلال بدشکلی بدن، پرسشنامه تصویر بدنی تن فشر و پرسشنامه اضطراب بک انجام شد. گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی تحت مداخله فراشناختی قرار گرفت. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج آن به کمک آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. علائم بیماران در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری کاهش یافته بود.

نتایج: مطالعه نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش اضطراب، بهبود تصویر بدنی، و بهبود سایر علائم مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، این بیماران تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: مداخله فراشناختی بر روی بهبود علائم بیماران بدشکلی بدن، کاهش اضطراب و بهبود تصویر بدنی این بیماران موثر بوده است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۸۸-۸۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 81-88

کلیدواژه‌ها: اختلال بدشکلی بدن، فراشناخت، اضطراب، تصویر بدنی، مداخله فراشناخت.

*Email: hakimehmousavi@yahoo.com

مقدمه

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن^۱ در اثر عیوب ادراک شده خود دچار پریشانی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شوند و اغلب تصاویر و افکار مزاحم یا ناخوانده‌ای درباره ظاهر جسمانی بر آن‌ها هجوم می‌آورد و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها کاهش می‌یابد. ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن که در گذشته بدشکلی هراسی^۲ نامیده می‌شد بر اساس چاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانشناسی آمریکا، نوعی اشتغال ذهنی یا نقص تخیلی در ظاهر توصیف می‌شود که اگر نابهنجاری‌های جسمی مختصری هم در بیمار وجود داشته باشد، نگرانی افراطی نسبت به ظاهر خود دارد، این اشتغال ذهنی از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال چشمگیری در کارکرد شغلی و اجتماعی بیمار ایجاد می‌کند. در این اختلال افراد نگرانی دائمی از یک نقص اغراق‌آمیز یا تخیلی در ظاهر خویش دارند و رفتارهای جبری مثل واریسی ظاهر جسمانی در آینه، پنهان کردن نقص ظاهری و رفتار تکراری آرایش صورت را تجربه می‌کنند. [۱]

نارضایتی از ظاهر جسمانی باعث می‌شود که آنان برای رفع نازیبایی خود، با روش‌های نادرستی همچون جراحی زیبایی یا استفاده از انواع داروهای ناشناخته سلامتی خود را مورد تهدید قرار می‌دهند. میزان شیوع اختلال بدشکلی بدن، در عموم مردم حدود ۷ درصد گزارش شده است که با توجه به شیوع بالای انواع جراحی‌های ترمیمی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و تلاش‌های آن‌ها برای انجام جراحی‌های پلاستیک و زیبایی‌بیانگر نارضایتی آن‌ها از ظاهر جسمانی‌شان است. شیوع اختلال بدشکلی بدن در جمعیت‌های انتخابی مانند کلینیک‌های پوست، متخصص داخلی و جراحی زیبایی بالاتر از جمعیت عمومی است [۲]. در ایران ۹۵ درصد متقاضیان جراحی بینی را زنان و دختران گروه سنی ۱۴ تا ۴۵ سال تشکیل می‌دهند که میزان شیوع جراحی پلاستیک در کشور ما هفت برابر کشورهای غربی بوده و در اغلب موارد نیازی به انجام جراحی نبوده است. همچنین پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی بدن در بیماران پوستی شایع است. نرخ شیوع در بیماران پوستی بین ۸/۵ تا ۱۵ درصد بوده و در میان افرادی که به دنبال درمان‌های زیبایی هستند ۲/۹ تا ۵۳/۶٪ است [۳].

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که ترس از ظاهر جسمانی و نگرانی از بدشکلی بدن پیش‌بینی‌کننده تمایل به جراحی پلاستیک در زنان ارجاعی به جراحان زیبایی می‌باشد [۴]. این اختلال در زنان، به‌ویژه در اواخر نوجوانی، شایع‌تر است و اغلب با افسردگی و اضطراب همراه است [۵]. از نتایج تحقیقات بعد از عمل در زمینه حالات روانی بیماران، مشخص شده است که آن‌ها حس ناخوشایندتری نسبت به تصویر بدنشان دارند. نکته دیگر این است که ۲۰ درصد از اشخاصی که تحت عمل قرار گرفته‌اند، برای حفظ سلامت روانی از دارو استفاده می‌کنند که معمول‌ترین دارویشان، داروهای ضدافسردگی است. تحقیقات نشان داده است

که بسیاری از بیماران پوستی که اقدام به خودکشی شده‌اند، مبتلا به اختلال بدشکلی بدن یا آکنه بوده‌اند [۶]. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد فاقد این اختلال به طور معناداری تاریخچه بیشتری از جراحی زیبایی، خودکشی و تلاش‌های خودکشی ناشی از نگرانی درباره ظاهر گزارش کردند [۷]. به طوری که بر اساس آمار احتمال خودکشی در بین اشخاصی که خود را برای زیبایی به دست تیغ جراحی سپرده‌اند، نسبت به دیگران ۴۵ برابر بیشتر است.

خصیصه‌های مشابهی در آسیب‌شناختی اختلال بدشکلی بدن با اختلال وسواسی - اجباری^۳ و اضطراب وجود دارد. حتی بر اساس شباهت زیاد بین این دو اختلال، گاهی اوقات اختلال بدشکلی بدن به‌عنوان طیفی از اختلال وسواسی - اجباری مفهوم‌سازی می‌شود [۸]. از آنجایی که اثربخشی درمان فراشناختی برای درمان اختلال وسواسی جبری موفق بوده است [۹] و با توجه به شباهت زیاد بین اختلال وسواسی - اجباری و اختلال بدشکلی بدن، محقق پژوهش حاضر بر آن شد تا برای کاهش رنج بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، درمان فراشناختی را در کاهش میزان اضطراب و سایر علائم بیماری و همچنین بهبود تصویر بدنی‌شان مورد مطالعه قرار دهد.

فراشناختی^۴ عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد [۱۰، ۱۱]. از یک نظر آن را می‌توان به‌عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. نخستین بار آدرین ولز، درمان فراشناختی را معرفی کرد. علت پدید آمدن درمان فراشناختی بر نمودن نقص‌های درمان شناختی بود. این روش درمانی از رفتاردرمانی شناختی^۵ متفاوت است؛ زیرا به جای این که درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد تروما و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و می‌تواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکر می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل کرده و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه‌ی فراشناختی است [۱۲]. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناختی با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد [۱۳]. تحقیقاتی که در مورد درمان فراشناختی بر روی اختلالات هیجانی انجام شده‌اند عبارت‌اند از مطالعه‌ی ولز و فیشر^۶ که با

^۳ Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

^۴ Metacognitive

^۵ Cognitive Behavioral therapy (CBT)

^۶ Wells and Fisher

^۱ Body dimorphic disorder (BDD)

^۲ Dysmorphic Phobia

فرایند می توان در مطالعات بعدی به بررسی پایایی این تأثیر پرداخت.

روش نوع پژوهش

طرح این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی می باشد.

آزمودنی

جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران سرپایی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مراجعه‌کننده به سه مرکز خدمات پوست و زیبایی و همچنین دو بیمارستان دارای متخصص جراحی زیبایی در تهران در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. این افراد با روش نمونه‌گیری داوطلبانه و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از (تشخیص اصلی بدشکلی بدن در محور I بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، ۲-عدم همبودی در اختلال‌های محور دو شامل: اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و افسردگی اساسی و... (۳) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (۴) عدم ابتلا به سوءمصرف مواد (۵) عدم ابتلا به اختلال سایکوتیک (۶) تحصیلات حداقل سیکل (۷) جنسیت زن (۸) رضایت به ورود به مطالعه و همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: (۱) ابتلا جدید به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک‌های ورود (۲) مصرف دارو یا هر مداخله دیگر در حین جلسات آموزشی (۳) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله.

ابزارهای پژوهش

۱) **مقیاس اصلاح شده‌ی اختلال وسواسی - اجباری ییل - براون برای اختلال بدشکلی بدن**^۱: ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای یک ساختار مرتبه‌ای دوعاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارت‌اند از وسواس فکری و وسواس عملی و دو سؤال اضافی نیز در مورد بینش^۲ و اجتناب^۳. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه‌ی کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم گسترده است، نشان می‌دهند. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که مقیاس اصلاح شده‌ی اختلال وسواسی - اجباری ییل - براون برای اختلال بدشکلی بدن دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط ربیعی و همکاران ثابت شده است [۲۳]. ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ برای عامل اول و ۰/۷۸ برای عامل دوم به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی بین فرم‌ها در دو نیم سازی ۰/۸۳ و ضریب دونیم سازی گاتمن ۰/۹۱ بوده است که نشان از پایایی مناسب مقیاس اصلاح شده‌ی

استفاده از مدل فراشناختی بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، دریافتند که تمام بیماران در پس‌آزمون، بهبودی معنی‌داری را در علائم اختلال وسواسی - اجباری نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه بعد نیز باقی ماندند [۱۴]. در مطالعه‌ی راس و همکارش با استفاده از مدل فراشناختی و لوز جهت درمان اختلال وسواسی - اجباری بر روی گروهی از بیماران [۶ زن و ۶ مرد] و در دامنه‌ی سنی ۲۱ تا ۵۸ سال دریافتند که در پس‌آزمون و در ۳ و ۶ ماه از دوره‌ی پیگیری ۷ بیمار، علائم کامل بهبودی را نشان دادند [۱۵]. مطالعاتی نیز کاربرد موفقیت‌آمیز مدل فراشناختی را در درمان اختلال اضطراب منتشر [۱۶] و درمان اختلال استرس پس از سانحه [۱۷] نشان داده‌اند. در ایران نیز در مطالعه‌ی تحت عنوان کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی و لوز در درمان یک مورد اختلال وسواسی اجباری مورد آزمایش قرار گرفت. اثربخشی این مدل با استفاده از روش تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه‌ی چندگانه بر روی یک مورد آزمودنی (زن) بررسی شد و اثربخشی مدل فراشناختی مورد تأیید قرار گرفت [۱۸]. بخت‌آور و همکاران نیز اثربخشی درمان رفتاری فراشناختی را بر روی علائم خودتنبیهی ۳۰ بیمار PTSD مورد آزمایش قرار دادند که اثربخشی این مداخله مورد تأیید قرار گرفت [۱۹]. دیوی، پیتزاک و فلیپس [۲۰۱۰] تصویر بدنی را در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بررسی کردند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور معناداری از ظاهرشان نازای بودند. همچنین در مقایسه با جمعیت عمومی، آن‌ها در سلامت بدنی و سبک زندگی پایین‌تر بودند [۲۰]. و لوز و کینگ در مطالعه‌ی تأثیر درمان فراشناختی را بر روی ۱۰ بیمار که بر طبق DSM_IV دارای اختلال اضطراب فراگیر بودند را آزمایش کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران در خرده مقیاس‌های افسردگی، نگرانی و اضطراب بهبود معناداری داشتند و میزان بهبود کلی در پس‌آزمون ۸۷/۵ در صد و در پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه معادل ۷۵ درصد ذکر شده است [۲۱]. بر اساس مطالب فوق می‌توان گفت که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، در خصوص تصویربدنی خود و اضطراب ناراحتی زیادی دارند که این امر باعث بروز مشکلات فردی و اجتماعی برای فرد مبتلا می‌شود. تصویر بدنی به شکل ظاهری واقعی فرد مربوط نمی‌شود، بلکه به ارتباط ویژه فرد با بدنش مربوط است. تصویر بدنی، تصویر ذهنی فرد از اندازه، شکل و فرم بدن است و شامل احساسی است که فرد درباره ویژگی‌ها و ساختار اجزای بدنش دارد [۲۲]. مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا فراشناخت درمانی علائم اختلال بدشکلی بدنی و اضطراب را کاهش می‌دهد و آیا مداخله فراشناختی باعث بهبود تصویربدنی در این بیماران می‌گردد یا خیر؟ هدف این مطالعه تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تصویر بدنی، اضطراب و علائم بدشکلی بدن در مبتلایان به بدشکلی بدن بود. به دلیل کمبود مطالعاتی که بتوانند تأثیر روش درمانی فراشناختی را بر علائم اختلال بدشکلی بدن نشان دهند در این مطالعه تمرکز بر تأثیر حاد این روش درمانی در کاهش رنج و علائم این بیماران می‌باشد و در صورت مؤثر بودن این

¹ Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD)

² Insight

³ Avoidance

فقط در مورد آن چیزی است که در اطرافش اتفاق می‌افتد و یا در معرض هجوم طوفانی از افکار درونی است [۲۴].

۲. تداعی آزاد: تعدادی از کلمات را برای بیماران ادا کرده و از آن‌ها می‌خواهیم به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد. این امر درصدد تسهیل مشاهده منفعل و جاری شدن اتفاقات درونی که در مقابل تحریکات درونی اتفاق می‌افتد است.

۳. تجویز ذهن سرگردان: این تکنیک در نظر دارد ذهن آگاهی انفصالی را مخصوصاً در مواردی که تلاش مفرضی برای کنترل ذهن صورت می‌گیرد تسهیل کند. تلاش‌های مفرضی برای کنترل ذهن در اجتناب‌های هیجانی-شناختی و اختلالاتی که در آن‌ها ترس از افکار مزاحم وجود دارد دیده می‌شود. از بیماران می‌خواهیم ۳-۴ دقیقه با چشمان بسته ذهن خود را باز بگذارند و سپس از آن‌ها می‌پرسیم در ذهنش آنچه اتفاقی افتاده است.

۴. آزمایش ضد منع بازداری: خیلی از بیماران تمایل زیادی به خلاص کردن خود از شر افکار و خالی کردن ذهن خود دارند. برای آن‌ها توضیح می‌دهیم که بین ذهن آگاهی انفصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت وجود دارد. تلاش برای فکر نکردن بی‌فایده است. از آن‌ها می‌خواهیم سعی کنند سه دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینید آیا می‌توانند یا نه؟

۵. تصویرسازی ابرها: در این تکلیف از بیماران می‌خواهیم افکار را مانند ابرهای در آسمان تصور کنند. نیازی به حرکت ابرها و... نیست. باید اجازه دهند افکار مانند ابر حرکت کرده و عبور کنند و بروند.

۶. تمثیل ایستگاه قطار: مانند تصویرسازی ابرهاست. بیماران افکار را مانند مسافرائی سوار بر قطار در نظر می‌گیرند که همراه با قطار از جلوی آن‌ها عبور کرده و دور می‌شوند.

۷. تمثیل کودک متمرده: افکار منفی را مانند کودکی در نظر می‌گیرند که در فروشگاه رفتارهای بدی دارد. اگر به او توجه کنید اوضاع بدتر می‌شود. پس باید از دور مشاهده گری منفعل باشیم. در مقابل افکار نیز باید این‌گونه بود.

۸. حلقه کلامی: از بیماران می‌خواهیم به افکار مزاحم ضبط شده خود گوش دهند و ذهن آگاهی انفصالی را به کار گیرند و هر فکر را فقط مجموعه‌ای از صداها بپندارند که واقعی نیست. پس این را در ذهن نگه دارند که افکار غیرواقعی هستند.

۹. تکنیک آموزش توجه: شامل ۱۵ دقیقه است. ۸ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای انتقال توجه و ۲ دقیقه برای تقسیم توجه. به بیماران می‌گوییم وقتی توجه ما روی افکار منفی و حوادث قفل می‌شود کنترل آن خیلی سخت می‌شود. در این تکنیک می‌خواهیم روی بعضی صداها متمرکز شویم. اگر در میان تمرین افکار مزاحم وارد ذهن شوند طبیعی است و فقط آن‌ها را صداهای اضافی در نظر گرفته و دوباره تمرکز کنید [۲۴].

همچنین جلسات طبق مراحل زیر بر روی بیماران اجرا شد: جلسه اول: معارفه، معرفی و ارزیابی اختلال بدشکلی بدن، آشنایی با درمان فراشناخت، ارائه طرح کلی جلسات، اهداف پایانی دوره، پاسخ به سؤالات، گرفتن بازخورد از جلسه،

اختلال وسواسی - اجباری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن است.

۲ پرسشنامه اضطراب بک^۱: پرسش‌نامه اضطراب بک یک پرسش‌نامه‌ی خود گزارشی برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این آزمون از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است. پنج نوع اعتبار محتوا هم‌زمان سازه تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمره نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است.

۳ آزمون تصویر بدن^۲ تن فیشر: آزمون تصویر تن فیشر در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده است. این آزمون دارای ۴۶ گزینه است که آیت‌های آن یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای است و به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که این دو مقیاس با نام‌های دیگری چون مقیاس تصویرپردنی کلی هم در برخی تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار این آزمون توسط یزدانجو در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. بالیک و همکاران (۲۰۰۱) همبستگی این مقیاس را با شاخص توده بدنی ۰/۸۱ و سال دوم ۰/۸۴ و سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معناداری این ضرایب می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل اول آزمون و نمرات حاصل از اجرای آزمون تصویر تن همبستگی معناداری وجود دارد. این مقیاس در جمعیت دانشجویی از پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ همسانی درونی نسبتاً بالا بین سؤالات را نشان داد (زنجانی و گودرزی، ۱۳۸۷).

شیوه انجام پژوهش

پس از آنکه نمونه‌گیری در سه مرکز خدمات پوست، زیبایی و دو بیمارستان دارای متخصص جراحی زیبایی انجام شد، در یک جلسه بیماران پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل کردند. اعضای نمونه به شیوه تصادفی، به صورت یک‌درمیان، در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه کنترل نیز به منظور ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز در این پژوهش، به مدت هشت جلسه هفتگی، در جلسات ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. این برنامه شامل نه تکنیک به شرح زیر است:

۱. هدایت فراشناختی: این تکنیک شامل طرح یکسری سؤالات است که فرد در هنگام قرار گرفتن در معرض موقعیت‌ها از خود می‌پرسد. فرد از خود سؤالاتی می‌پرسد که آیا افکارش

¹ Beck Anxiety inventory [BAI]

² Body image

پیشنهادات.

جلسه دوم: مرور کلیات جلسه قبل، پاسخ‌گویی به سؤالات، آموزش تکنیک توجه (ATT)، راهبردهای کنترل فکری و هدایت فراشناختی، تمرین ATT، جمع‌بندی، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه سوم: پاسخ‌گویی به سؤالات، مرور مشکلات اجرایی تمرین گذشته، تمرین تکنیک توجه، آشنایی با باورهای مثبت و منفی، رفتارهای ایمنی و معایب آن، آموزش تکنیک حلقه کلامی و ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه چهارم: بازخورد از جلسات گذشته و بیان پیشنهادات، آموزش ذهن آگاهی گسلیده، تمرین تداعی آزاد، تکنیک فاصله‌گیری، ارائه تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه پنجم: پاسخ‌گویی به سؤالات، بازخورد انجام تکنیک‌های گذشته، ذهن آگاهی گسلیده، آزمایش سرکوب فکر، تجسم افکار، راهبردهای جایگزینی تعویق به فکر به جای سرکوب فکر، تکلیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه ششم: مرور نکات، ادامه درمان به وسیله DM شامل تکنیک‌های: ابرگذرا و قطار، آشنایی با نگرانی نوع ۱ و ۲، آزمایش منع بازداری، ارائه پیوست برای تمرین خانگی، جمع‌بندی.

جلسه هفتم: بررسی فواید ذهن آگاهی گسلیده و انجام تکنیک خیال‌پردازی، دیوانگی، حلقه کلامی و کودک متمرکز، جدول عدم مطابقت نگرانی و بررسی نتایج تکنیک‌ها در راهبردهای فکری بیماران، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، جمع‌بندی تکنیک‌ها و روش‌های آموخته شده، راهبردهای گذشته، معایب و محاسن رفتارهای ایمنی، رفتارهای جایگزین، جمع‌بندی تمامی جلسات و پاسخ‌گویی به سؤالات، بازخورد از جلسات، قدردانی.

قابل ذکر است که جلسات به فاصله یک هفته انجام می‌گرفت و در هر جلسه تکالیف خانگی نیز داده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی مراجعه‌کنندگان ۱۹ تا ۳۸ سال بود که

بیشترین فراوانی برای افراد ۱۹ الی ۲۸ سال بوده است. لازم به ذکر است که بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات کارشناسی می‌باشد که از این میان ۰.۵۸/۳ افراد غیر شاغل می‌باشند. همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین نمرات اختلال بدشکلی بدن و اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که مداخله فراشناخت باعث کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن و اضطراب شرکت‌کنندگان شده است. همچنین میانگین نمرات تصویر بدنی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد که می‌توان این مطلب را این‌گونه گفت که مداخله فراشناخت باعث بهبود تصویر بدنی شده است.

از نظر بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی، دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ تمام متغیرهای جمعیت‌شناختی [سن، سطح تحصیلات، تأهل، اشتغال، سابقه‌ی مصرف دارو و سابقه‌ی بیماری] تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. به همین دلیل چون دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی باهم تفاوتی نداشتند نیازی به کنترل آن‌ها نبود.

همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد بعد از درمان؛ نمرات متغیرها در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتری داشته‌اند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مانکوا استفاده گردید تا اثر پیش‌آزمون بر روی نمرات دو گروه در پس-آزمون و پیگیری تعدیل گردد. نتایج تحلیل مانکوا در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد گروه آزمون در پس‌آزمون در همه‌ی متغیرهای وابسته تفاوت معنی-داری دارند. هم‌چنین همان‌طور که قابل مشاهده می‌باشد بیشترین اثر درمان به ترتیب برای اختلال بدشکلی بدن با ۰/۸۶، بهبود تصویر بدنی با ۰/۸۹ و اضطراب با ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به توان آزمون و اندازه‌ی اثر بالا و سطح معنی‌داری نزدیک به صفر ($P=0.002$ و $P=0.001$) در اکثر متغیرهای وابسته می‌توان احتمال این را داد که حجم نمونه در این پژوهش کافی بوده است.

جدول ۱. میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه نمونه به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

پس‌آزمون [M+_SD]	پیش‌آزمون [M+-SD]	متغیرها	
۱۹,۳۸±۳,۷۲	۴,۲۷±۴۱,۲۵	مداخله	اختلال بدشکلی بدن
۲۶,۴۱±۳,۶۸	۲۶,۰۸±۴,۰۳	کنترل	
۲۳,۳۳±۳,۸۲	۲۹/۶۶±۳,۷۹	مداخله	اضطراب
۲۹/۹۱	۳۰/۲۵	کنترل	
۱۴۴/۹۱	۱۲۲	مداخله	تصویر بدنی
۱۱۵/۵۸۳	۱۱۶/۹۱	کنترل	

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش

متغیرها	شاخص آماری	SS	Df	F	Sig	اندازه اثر	توان آزمون
اختلال بدشکلی بدن	پیش‌آزمون	۳۰۵/۰۹	۱	۵۵۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	گروه	۲۹۰/۷۷	۱	۵۳۱/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
	خطا	۱۱/۴۹	۲۱				
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۹۴/۴۴	۱	۲۹۴/۴۴	۰/۰۰۲	۰/۸۷	۰/۹۹
	گروه	۲۱۹/۲۸	۱	۲۱۹/۲۸	۰/۰۰۲	۰/۸۴	۰/۹۹
	خطا	۴۱/۱۴	۲۱				
تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۵۳۰۵/۸۱	۱	۲۷۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۹
	گروه	۳۳۸۰/۳۹	۱	۱۷۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۹۹
	خطا	۴۰۲/۷۷	۲۱				

بحث

(باورهای منفی مثل باور به خطرناک و ترسناک بودن افکار مربوط به بدشکلی ظاهر و باورهای مثبت مثل اعتقاد به مفید بودن افکار مربوط به بدشکلی یا اعتقاد به این که افکار مربوط به بدشکلی باعث می‌شوند تا از زشتی و بدشکلی ظاهر جلوگیری شود).

مداخله‌ی فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرآیند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون (مثل هوشیاری بیش از اندازه به توجه دیگران نسبت به خود) و چگونگی برونداد اطلاعات (مثل رفتارهای ایمنی) توجه فزاینده دارد. یکی از امتیازات پژوهش حاضر، نوآوری آن می‌باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

یکی از محدودیت‌های آن می‌توان به عدم پیگیری نتایج حاصل از مطالعه می‌باشد. همان‌طور که در مقدمه ذکر شد به دلیل روشن نبودن نتایج حاد حاصل از این مداخله، طراحی مطالعه فقط به منظور ارزیابی اثرات حاد و ابتدائی بود و بررسی پایایی این تأثیرات می‌تواند از پیشنهادات حاصل از این پژوهش باشد. محدود بودن نمونه به افراد تحصیل کرده و عدم مقایسه با درمان‌های دیگر مثل دارودرمانی به‌صورت هم‌زمان و یا موزی، از محدودیت‌های دیگر این مقایسه محسوب می‌شوند که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی مورد ملاحظه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی برای دیگر اختلالات مقاوم به سایر درمان‌ها نیز بررسی شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن می‌باشد که مداخله فراشناختی در کاهش اضطراب و سایر علائم بیماران اختلال بدشکلی بدن اثربخش می‌باشد و به‌علاوه بر بهبود تصویر بدنی این افراد نیز تأثیر به‌سزایی دارد و می‌توان این درمان را به‌عنوان درمانی مؤثر در کاهش اختلالات ذکر شده در مراکز درمانی به کار بست.

هدف پژوهش حاضر ارائه و سنجش کارایی مداخله فراشناختی بر کاهش اضطراب و سایر علائم اختلال بدشکلی بدن و بهبود تصویربدنی این بیماران بود. نتایج این مطالعه نشان داد که این مداخله، شاخص‌های مربوط به اختلال بدشکلی بدن، اضطراب و تصویر بدنی، به‌طور معنی‌داری در گروه مداخله کاهش یافت. درحالی‌که این کاهش در گروه کنترل مشاهده نگردید. این تغییرات معنی‌دار در حالی بروز نمود که متغیرهای جمعیت شناختی قبل از مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری باهم نداشتند و بنابراین احتمال اینکه این تغییرات ناشی از آن متغیرها بود باشد منتفی می‌گردد.

درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌ی شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرح‌واره‌هایی که الیس و بک در نظریه‌ی شناختی بر آن‌ها تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل‌هایی فراشناختی باشند که توجه به شیوه‌ی ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل داده و خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران آموزش دهند که بتوانند با شیوه‌ی متفاوت، افکارشان را شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند [۹].

کاهش معنی‌دار نمرات بیماران (گروه آزمون نسبت به گروه شاهد) در علائم اختلال بدشکلی بدن و اضطراب آن‌ها و همچنین بهبود و افزایش نمرات تصویر بدنی این بیماران، از مرحله‌ی خط پایه تا مرحله‌ی پس‌آزمون، دلیلی بر اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر تصویربدنی، اضطراب و علائم بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌باشد. این نتایج یافته‌های مبنی بر کارایی درمان فراشناختی بر درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند و با یافته‌هایی مبنی بر اثربخشی مدل فراشناختی بر وسواس‌ها، هماهنگ می‌باشد [۱۲، ۱۵، ۱۶]. از علت‌های اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی می‌توان این موارد را ذکر کرد. ۱- اثربخشی بر روی راهبردهای کنترل فراشناختی نادرست، ۲- اثربخشی مداخله بر روی باورهای فراشناختی منفی و مثبت

منابع

12. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chi Chester, UK: Wiley; 2000: 187-95.
13. Wells A, Matthews G. Attention and Emotion: A clinical perspective. Erlbaum: Hove; 1994: 24-36.
14. Wells A., Fisher PL. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2011; 43: 117-32.
15. Ross KE, Van K. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2008; 39: 451-8.
16. Wells A., King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2006; 37: 206-12.
17. Wells A., Simbi S. Metcognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. Journal Behaviour Therapy Exp Psychiatry 2004; 35: 307-18.
18. اندوز، زهرا. (۱۳۸۳). کارایی و اثربخشی الگویی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. فصل نامه اندیشه و رفتار. سال دوازدهم. شماره ۱. ۶۶-۵۹.
19. بخت آور، عیسی. نشاط دوست، حمیدرضا. مولوی، حسین و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر کاهش میزان خود تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. تحقیقات علوم رفتاری؛ دوره پنجم، شماره ۲، ۹۳-۹۸.
20. Didie ER, Kuniega-Pietrzak T, Phillips KA. Body image in patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. Body Image: International Journal Research. 2014; 7:66-69.
21. Wells A. Met cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press, 2013.
1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
2. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BI. Prevalence of body dimorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry. 2001; 158[12]:2061-3.
3. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatol 2013;63[2]:235-43.
4. Veale, D. [2003], "Cometic rhinoplasty in body dimorphic disorder", British Journal of Plastic Surgery.56,6, 546-551.
5. Phillips, K. A.; Menard, W.; Fay, c.; Pagano, M. E. [2005], "Psychological functioning and quality of the life in body dysmorphic disorder", Comprative Psychiatry, 46,254-260.
6. Buhmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, William S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Research 2012; 178[1]:171-5.
7. Grossbat TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. Semin cutan Med Surg 2003; 22[2]:136-47.
8. Philips KA. Understanding body dimorphic disorder. London: Oxford press; 2009: 54-87.
9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. London: Guild ford press; 2009: 126-45.
10. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist 1979; 34: 906-11.
11. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Kiel FC. [Editors]. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, MA: MIT; 2002: 187-205.

۲۲. زمزمی آزاده، آگاه هریس مژگان، علی پور احمد. کارآمدی مداخله رفتاری ذهن آگاهی در ارتقاء خودپنداشت و بهبود کیفیت زندگی در دانشجویان دختر دارای تصویربدنی منفی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۹۳؛ ۲ (۱۱): ۷۱-۸۴

23. Rabiei M, Khoramdel, K, Kalantari K, Molavi H. [Validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder [BDD] in students of university of Isfahan]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009; 15: 343-50

۲۴. بختیاری آزاده، نشاط دوست حمیدطاهر، عابدی احمد، صادقی معصومه. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۳۹۲؛ ۲ (۸): ۴۷-۶۲.