

اثر بخشی مداخله‌ی فراشناختی بر علایم در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

مهدی ربیعی^۱ - افشین صلاحیان^۲ - محمداقبر کجباغ^۳ - حسن پالاهنگ^۴

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که بین مؤلفه‌های فراشناختی و اختلال بدشکلی بدن رابطه وجود دارد، ولی با این وجود پژوهشی در مورد اثربخشی مداخله فراشناختی بر روی علائم در آمیختگی افکار اختلال بدشکلی بدن انجام نشده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

روش تحقیق: این پژوهش به روش نیمه تجربی و با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، از مراجعین مراجعه کننده به کلینیک‌های جراحی زیبایی در شهر اصفهان که مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بودند، انجام شد. ۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردیدند و در دو گروه گواه و تجربی به روش گمارش تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از آزمون در آمیختگی افکار (TFI) به عمل آمد، گروه تجربی طی ۸ جلسه هفتگی تحت درمان فراشناختی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. پس از آزمون و پیگیری (سه ماه) با همان ابزار انجام گرفت و نتایج آن به کمک آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی در مهار علائم در آمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تاثیر معناداری دارد. میزان بهبودی یا اندازه اثر درمان بر روی این علائم در پس‌آزمون ۶۵ درصد و در پیگیری سه ماه ۵۶ درصد بود ($p < 0/0001$)

نتیجه‌گیری: این مداخله بر ارتقای مهارت‌های انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیر از طریق فرایند‌های فراشناختی و تاثیر آن در کاهش در آمیختگی افکار در بیماران اختلال بدشکلی بدن تاکید می‌نماید. با توجه به نتایج این تحقیق از درمان فراشناختی می‌توان در کلینیک‌های روانشناختی برای کاهش علائم در آمیختگی افکار و مشکلات فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اختلال بدشکلی بدن؛ علائم در آمیختگی افکار؛ مداخله فراشناختی

افق دانش؛ فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره‌ی ۱۸؛ شماره ۱؛ بهار ۱۳۹۱)

پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۲۲

اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۴/۱۲

دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۱۶

۱- نویسنده‌ی مسؤؤل؛ دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

آدرس: اصفهان- دانشگاه اصفهان- دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی- گروه روانشناسی

تلفن: ۰۹۱۲۴۸۵۷۶۳۵ نامبر: ۰۳۱۱-۲۶۱۵۴۶۰ پست الکترونیکی: rabiei_psychology@yahoo.com

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، دکترای روانشناسی، گروه روانپزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ایران

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن^۱ که در گذشته بدشکلی هراسی نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب آور است (۱). میزان شیوع BDD در عموم مردم در مطالعات ۷ درصد (۱)، در حیطه جراحی زیبایی در حدود ۵ درصد و در کلینک‌های جراحی پوست ۱۲ درصد گزارش شده است (۲). زمینه‌یابی از بیماران BDD نیز شیوع برابر را در دو جنس نشان داده است (۳، ۴). تحقیقات همچنین همبندی بین BDD و دیگر اختلالات بویژه افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری- عملی^۲ را نشان داده است (۳، ۵). خصیصه‌های مشابهی در آسیب‌شناختی BDD با OCD و فوبی اجتماعی وجود دارد، حتی بر اساس شباهت زیاد بین این دو اختلال، BDD به عنوان طیفی از اختلال OCD مفهوم‌سازی می‌شود (۴). برای درمان اختلال بدشکلی بدن درمان‌های مختلفی بکار برده شده است و نتایج نشان می‌دهد که درمان دارویی^۳ SSRI و درمان رفتاری شناختی نسبت به درمان‌های دیگر اثربخشی بیشتری دارند (۴). اما اثربخشی درمان‌های فراشناختی در مورد اختلال BDD تا بحال بررسی نشده است. با توجه به این که اثربخشی درمان فراشناختی برای درمان اختلال وسواس فکری عملی نشان داده شده است (۶) و با شباهت زیاد بین OCD و BDD، محققین پژوهش حاضر را بر آن داشت تا برای بیماران اختلال بدشکلی بدن، اثربخشی درمان فراشناختی را مورد پژوهش قرار دهند. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (۷، ۸). از یک نظر آن را می‌توان به عنوان یک جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. نخستین بار آدرین ولز درمان فراشناختی را معرفی کرد. این روش درمانی از روش استاندارد CBT^۴ متفاوت است. زیرا به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد تروما و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل

ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید فکری می‌شوند توضیحات مختصری را ارائه کرده‌اند. غیرمعقول است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای زمینه‌ای درباره‌ی خود و جهان نسبت دهیم (همانند من آسیب‌پذیرم، من یک شکست خورده‌ام و ...). این باورها باعث به وجود آمدن الگوهای فکری مختل که عمدتاً منفی، تکرار شونده و فزاینده هستند و به دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌ها منتهی می‌شوند. درضمن این باورها همیشه منجر به فشارهای هیجانی طولانی مدت نمی‌گردند. همانطور که مثال فوق توضیح می‌دهد، وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آن چه در این جا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه فراشناختی است (۶). لازم به ذکر است که تحقیقات مختلف هم نشان داده‌اند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روانشناختی رابطه وجود دارد (۹).

یکی از بنیادی‌ترین مباحث در مفهوم سازی مدل‌های شناختی و فراشناختی وسواس، پدیده «درآمیختگی افکار»^۵ می‌باشد. در این پدیده باورهای فراشناختی، مرز بین فکر و اتفاقات و فکر و عمل از بین می‌برد (۱۰). گرچه «TF» به خودی خود مفهوم جدیدی نیست، برای مثال بلولر^۶ (۱۹۱۶/۱۹۳۴) اصطلاح «نیروی افکار» را جهت توصیف باورهایی به کار برد که «بیماران می‌ترسیدند از طریق افکارشان به دیگران آسیب برسانند»، اما نقش آن در مفهوم سازی و درمان OCD در چند دهه‌ی اخیر مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰). در مدل رفتاری شناختی سالکولیس (۱۱) افرادی که دچار وسواس فکری هستند، تمایل دارند افکار مزاحم را به صورت منفی ارزیابی کنند. در نتیجه آنها خودشان را مسئول پیامد‌های مضر افکارشان می‌دانند. چنین مسئولیت‌پذیری برای افکار مزاحم احتمالاً از باورهای خاصی ناشی می‌شود. باورهایی چون فکر کردن در مورد

- 1- Body Dysmorphic Disorder
- 2- Obsessive Compulsive Disorder
- 3- Serotonin-Reuptake Inhibitors
- 4- Cognitive Behavioral Therapy

5- Thoughts Fusion
6- Bleuler

گروه کنترل و کسانی که مراجعه کرده بودند ولی نه در گروه آزمایش و نه در گروه کنترل قرار داشتند (که جمعاً ۱۵ نفر بودند)، بعد از پایان مداخله به مدت پنج جلسه مورد درمان فراشناختی قرار گرفتند.

۱- مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای اختلال بدشکلی بدن^۱ (فیلیپس و دیگران، ۱۹۹۷): یک ابزار خود سنجی ۱۲ سوالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می دهد، که دارای یک ساختار مرتبه ای دو عاملی و دو سوال اضافی است. این عوامل عبارتند از: ۱- وسواس های فکری^۲ ۲- وسواس عملی^۳ و دو سوال اضافی در مورد بینش^۴ واجتناب^۵. پاسخ دهندگان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده است، نشان می دهند. فیلیپس و دیگران (۱۴)، پایایی از نوع ارزیاب ها و بازآزمایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع باز آزمایی در دوره یک هفته ای مناسب بود ($r=0/88$). ضریب آلفای کرونباخ نیز برای همسانی درونی $0/80$ بدست آمد که نشان دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس می باشد. BDD-YBOCS، با نمرات سنجش عملکرد کلی^۶ (GAF) در «DSM» همبستگی مثبتی ($r=0/51$) داشت. روایی تشخیصی در مقایسه با فرم بندی شده کوتاه روانپزشکی^۷ (BPRS) نیز مناسب بود ($r=0/19$) (۱۵، ۱۴). ربیعی و همکاران (۱۶)، (YBOCS-BDD) را در یک نمونه ایرانی اجرا و ویژگی های روانسنجی آن را بررسی کردند. این پژوهش نشان داد که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می باشد.

۲- پرسشنامه درهم آمیختگی افکار:

یک آزمون خود سنجی ۱۴ گویه ایست که باور های رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می سنجد. «TFI» سه مقوله درهم

یک عمل که همانند انجام آن است (۱۱). در مورد ارتباط بین مؤلفه های فراشناخت با اختلال بدشکلی بدن، کوپر و عثمان (۱۲) نشان داده اند که بین افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و افراد سالم از لحاظ مؤلفه های فراشناختی تفاوت وجود دارد. به طوری که میزان مشکلات فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بیشتر می باشد. با توجه به ارتباط مؤلفه های فراشناختی با اختلال بدشکلی بدن و اثربخشی مداخله فراشناختی در اختلال های شبیه اختلال بدشکلی بدن مثل OCD، محققین پژوهش حاضر بر آن شدند که اثربخشی مداخله فراشناختی را بر علائم درآمیختگی بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مورد آزمایش قرار دهند.

روش تحقیق

این پژوهش از دسته طرح های نیمه تجربی و کاربردی است که به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل به همراه پیگیری سه ماه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید.

ابتدا یک اطلاعیه در مورد برگزاری درمان بر روی علائم BDD (علائم با جزئیات در اطلاعیه ذکر شده بود) در همه کلینک های پوست زیبایی و متخصصین جراحی پوست زیبایی، پخش و سپس افراد مراجعه کننده از طریق این اطلاعیه را مورد آزمون به وسیله مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای BDD قرار داده شدند و از بین ۳۰ نفر که BDD داشتند ۲۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند، لازم به ذکر است که منابع مختلف همچون دلاور و سیف نراقی تعداد افراد در گروه های آزمایشی را ۱۰ تا ۱۵ نفر مناسب دانسته اند، همچنین چون نتایج نشان داده اند که در همه موارد توان آماری بالای $0/8$ می باشد، پس حجم نمونه مناسب بوده است.

گروه آزمایش بعد از اجرای پیش آزمون، طی ۸ جلسه ۱ ساعته در هفته، تحت مداخله فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه کنترل مورد پیش آزمون قرار گرفتند ولی هیچ مداخله دریافت نکردند. در پایان مداخله، پس آزمون و بعد سه ماه (پیگیری) از هر گروه آزمون (آزمون درآمیختگی افکار) به عمل آمد. برای اینکه در این پژوهش اخلاق رعایت شود برای

- 1- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD)
- 2- Obsessions
- 3- Compulsions
- 4- Insight
- 5- Avoidance
- 6- Global Assessment of Functioning
- 7- Brief Psychiatric Rating Scale

اختلال بدشکلی بدن بود و درمانگر مسوول بود که دقیقاً بر اساس آن عمل کند. در این پژوهش ریزش وجود نداشت ولی دو نفر از شرکت کننده‌ها جلسات درمان را بطور نا مرتبط شرکت می‌کردند. از علل عدم ریزش در این پژوهش می‌توان تحصیل کرده بودن و عدم دریافت هزینه برای درمان اشاره کرد.

برای تحلیل داده‌ها و سنجش اثربخشی مداخله از تحلیل کواریانس با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. یکی از مهمترین دلایل استفاده از این روش کنترل اثر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته بود. علت استفاده از تحلیل کواریانس ۱- کنترل اثر پیش‌آزمون، ۲- از آنجایی که عامل زمان با درمان تعامل نداشت لازم نبود که اندازه تکراری استفاده شود. زمانی که نیازی به استفاده از اندازه تکراری نباشد از آن استفاده شود میزان خطای نوع اول بالا می‌رود.

یافته‌ها

رضایت مراجعین از درمان، درمانگر، محتوای جلسات، راهبردهای درمان و نتایج درمان در پایان درمان به وسیله یک مقیاس ۶ درجه مورد سنجش قرار گرفت، که دامنه نمرات از ۴ تا ۶ بود.

۱۸ نفر از ۲۰ شرکت کننده را جنس مونث تشکیل می‌دادند و میانگین سنی آنها ۱۸ تا ۳۵ سال بود و تنها ۴ نفر این تعداد متاهل بودند و مابقی مجرد بودند. همه شرکت کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آنها از یک سال تا ۵ سال بود و ۴ نفر از بیماران هم به طور متوسط یک سال سابقه مصرف دارو داشتند. تشخیص اصلی بیماری برای همه شرکت کننده‌های اختلال بدشکلی بدن بود. با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک نشان داده شد که شرکت کننده‌ها در گروه آزمایش و گواه از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی شناختی ذکر شده تفاوت معناداری ندارند ($p > 0.05$).

جدول ۱ مربوط به آزمون لوین می‌باشد که برای سنجش پیش فرض تساوی واریانس‌ها از آن استفاده می‌شود. همان طور که مشاهده می‌شود بین واریانس گروه‌ها از لحاظ متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت وجود ندارد و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد ($p > 0.05$).

آمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده را می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از: ۱. درآمیختگی اندیشه کنش^۱ (TAF)، ۲. درآمیختگی اندیشه شیء^۲ (TOF) و ۳. درآمیختگی اندیشه اتفاق^۳ (TEF). پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه ای و از ۰ = «ابتدا اعتقادی ندارم» تا ۱۰۰ = «کاملاً معتقدم» و به صورتی ده تایی نمره گذاری می‌شوند. مطالعات محدودی ویژگی‌های روانسنجی «TFI» را گزارش کرده‌اند: ویلیام^۴ ضریب همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ۰/۸۹). همچنین همبستگی کل آیتم‌ها را در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ ذکر کرده‌اند (۱۸). همچنین تحقیقات، همبستگی ۰/۴ تا ۰/۷ بین «TFI» با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی و درهم آمیختگی فکر کنش (TAF)، نشان داده است (۱۹). خرمدل و همکاران (۲۰) در مطالعه‌ای در یک نمونه ایرانی ویژگی‌های روانسنجی TFI را بررسی کردند که نتایج نشان داد که دامنه ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ می‌باشد و ضریب آلفای کل پرسشنامه نیز ۰/۸۷ بدست آمد. جهت محاسبه روایی همگرا نیز از پرسشنامه تجدید نظر شده درآمیختگی فکر-عمل TAF-S شفران، (۱۹) استفاده شد که به لحاظ مفهوم شناختی بیشترین شباهت را با (TFI) داشت. ضریب همبستگی بدست آمده بین دو پرسشنامه معادل ۰/۶۵ بود.

مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش براساس درمان فراشناختی ولز (۱۳) برای اختلال وسواس فکری عملی می‌باشد. البته در این درمان برای قابل کاربرد بودن برای بیماران اختلال بدشکلی بدن تغییرات خیلی جزئی صورت گرفته است که تمامی این تغییرات مورد تایید متخصصان در این زمینه بوده است. همچنین قابل ذکر می‌باشد که درمان به وسیله یک فارغ تحصیل کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که ۶ ماه دوره درمان فراشناختی را دیده بود انجام گردید.

منطق درمان، مدل درمان، راهبردهای درمان و اهداف درمان براساس راهنمای MCT برای بیماران مبتلا به

- 1- Thought Action Fusion
- 2- Thought Object Fusion
- 3- Thought Event Fusion
- 4- William

جدول ۱: نتایج آزمون لوین، جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
درآمیختگی در پس آزمون	۲/۶۵	۱	۱۸	۰/۱۲
درآمیختگی در پیگیری	۰/۲۷	۱	۱۸	۰/۶۱

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی گرانش مرکزی متغیر وابسته درآمیختگی افکار به تفکیک گروه‌ها و مراحل آن آمده است. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیر نشان از افزایش درآمیختگی افکار دارد، ملاحظه می‌گردد میانگین گروه آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه گواه کاهش یافته است.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات درآمیختگی افکار به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
گواه	پیش آزمون	۷۰۸	۱/۷۴	۴۶۰	۱۰۰۰
	پس آزمون	۶۸۰	۱/۴۴	۴۶۰	۹۰۰
	پی گیری	۶۸۰	۱/۴۴	۵۰۰	۸۸۰
آزمایشی	پیش آزمون	۶۹۲	۱/۸۱	۴۶۰	۹۲۰
	پس آزمون	۴۵۰	۹/۷۲	۳۰۰	۶۰۰
	پی گیری	۴۴۶	۹/۷۲	۳۰۰	۶۰۰

جدول ۳ مربوط به آزمون تحلیل کورایانس برای مقایسه دو گروه (آزمایش و گواه) از لحاظ پس آزمون و پیگیری بعد از کنترل پیش آزمون میباشد. همانطور که مشاهده میشود بین پیش آزمون و پس آزمون، پیگیری رابطه معناداری وجود دارد ($p \leq 0.001$). با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش آزمون بین دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی گیری در نمره درآمیختگی افکار تفاوت

معناداری وجود دارد. عضویت گروهی ۶۵ درصد از تغییرات مربوط به نمره درآمیختگی افکار در مرحله پس آزمون و ۵۶ درصد را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند ($P \leq 0.0001$). باتوجه به اینکه میزان اثر بالاست، توان آماری نزدیک به یک و سطح معناداری نزدیک به صفر می‌باشد می‌توان ادعا کرد که حجم نمونه پژوهش حاضر مناسب می‌باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کورایانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان درآمیختگی افکار در دو گروه

متغیر وابسته	مراحل پژوهش	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
درآمیختگی افکار در BDD	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۳۴۰۱۷/۷۳	۱۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۷
		عضویت گروهی	۱	۲۵۵۳۲۵/۶۶	۳۲/۰۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۶۷۷۶۱/۳۶	۶/۰۰۶	۰/۰۲۵	۰/۲۶	۰/۶۳
		عضویت گروهی	۱	۲۴۴۷۰۵/۲۳	۲۱/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹

بحث

عینیت می بخشند و آنها را واقعی می دانند و با توجه به اینکه درمان رفتاری فراشناختی راهبرد هایی را برای از بین بردن درآمیختگی افکار و عینیت بخشی به افکار ارائه می دهد می توان نتیجه گرفت که یکی دیگر از عوامل اثربخشی مداخله فراشناختی بر روی درآمیختگی افکار BDD باشد. یکی از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری آن می باشد. این پژوهش اولین پژوهشی است که مدل درمان فراشناختی را بر روی درآمیختگی افکار BDD آزمایش کرده است. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به تصادفی نبودن انتخاب آزمودنی ها اشاره کرد. علاوه بر این در تعمیم نتایج پژوهش به افراد با ویژگی های جمعیت شناختی سوای ویژگی های ذکر شده در این پژوهش باید احتیاط کرد. پیشنهاد می شود که درمان فراشناختی در نمونه های دیگر و مؤلفه های فراشناختی دیگر BDD اجرا شود و با درمان های دیگر مثل CBT و دارو درمانی مقایسه شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر کارآیی مداخله فراشناختی بر علائم درآمیختگی افکار اختلال بدشکلی بدن را نشان داد و حاکی از اثربخش بودن این درمان برای مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن می باشد. با توجه به این که یکی از مؤلفه های اصلی مشکل ساز در اختلال بدشکلی بدن درآمیختگی افکار و عینیت دادن به افکار مربوط به بدشکلی بدن می باشد، می توان از درمان فراشناختی در کلینیک های روانشناختی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و کاهش درآمیختگی افکار در این بیماران استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کارکنان مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington, DC. APA; 2000.
2. Otto M W, Wilhelm S, Cohen L S, Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Ame J Psych* 2001; 158(3): 2061-2063.

هدف پژوهش حاضر ارائه و سنجش کارآیی مداخله ی فراشناختی بر علائم درآمیختگی افکار اختلال بدشکلی بدن بود. درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز، از شیوه های نوین درمان های غیر دارویی است که در راستای برطرف کردن خلاءهای نظریه ی شناختی شکل گرفته است. به بیان واضح تر، باورها و طرحواره هایی که الیس و بک در نظریه ی شناختی شان بر آنها تأکید کرده اند، می تواند عامل فراشناخت هایی باشند که توجه به شیوه ی ارزیابی و پاسخهای مقابله ای را شکل می دهند و این عوامل خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیم درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می کند تا به بیمارانشان آموزش دهند که بتوانند با شیوه ای متفاوت افکارشان را شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می شود، تغییر دهند (۷). کاهش نمرات آزمودنی ها در آزمون درآمیختگی افکار در گروه آزمایشی از مرحله پس آزمون تا مرحله پی گیری، دلیلی بر اثربخشی این شیوه درمانی بر علائم درآمیختگی افکار BDD می باشد. این نتیجه یافته های (۲۱) مبنی بر کارآیی درمان فراشناختی بر درمان اختلالات هیجانی را تایید می کند. در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن همانند اختلال وسواس فکری عملی ائتلاف فکر- عمل (درآمیختگی افکار) وجود دارد و از آنجایی که درآمیختگی فکر و عمل یکی از مؤلفه های فراشناختی می باشد، می توان نتیجه گرفت یکی از علتهای اثربخشی مداخله فراشناختی، اثر گذاری بر روی مؤلفه فراشناختی به ویژه بر روی درآمیختگی افکار می باشد. درآمیختگی افکار در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نشان می دهد که این افراد به افکار مربوط به بدشکلی ظاهر خود

3. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias J A. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. *J Clin Psych* 2003; 57(7): 61-64.
4. Philips K. Understanding body dysmorphic disorder. Oxford Press; 2009.
5. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums* 2002; 7(3): 464-471.

6. Goodman W K, Price L H, Rasmussen S A, Mazure C, Fleischmann R L, Hall C L, Heninger G R, Charney D S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS): Part I: Development, uUse and reliability. *Arch Gen Psych* 1989; 16(2): 1006-1012.
7. Flavell J H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Ame Psychol* 1979; 34(9): 906-911.
8. Moses L J, Baird J A. Metacognition: In R A Wilson & F C Keil (Eds). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press; 2002.
9. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove: Erlbum; 1994.
10. Wells A, Simbi S. Meta-cognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther* 2004; 35(9): 307-318.
11. Salkovskis P M. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1998; 27(2): 677-682.
12. Cooper M, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder: a preliminary exploration. *J Cognit Psych: An Intl Quart* 2007; 21(2): 148-155.
13. Wells A. *Metacognition and emotional disorders, innovative cognitive therapy*, Wiley; 2001.
14. Phillips K A, Diaz S F. Gender differences in body Dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(13): 570-577.
15. Phillips K A, McElroy S L, Keck J R, Pope J, Hudson J I. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Ame J Psych* 2005; 150(4): 302-308.
16. Rabiei M, Khoramdel K, Kalantari M, Molavi H. Examining the validity and reliability of Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for BDD (YBOCS-BDD) in Isfahan University. *J Psych Clin Psych* 2009; 15(3): 343-350. [In Persian]
17. William P. An investigation into the cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms. [Unpublished Thesis]. University of Manchester; 2001.
18. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44(2): 99-111.
19. Shafrana R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Therapy Experim Psych* 2004; 35(4): 87-107.
20. Khoramdel K, Rabiei M, Molavi H, Neshatdoost H. Examining Psychometric characteristic of thought fusion in Isfahan University. *J Psych Clin Psych* 2009; 14(2): 18-29. [In Persian]
21. Fisher P L, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Experim Psych* 2009; 43(3): 117-132.

Efficacy of Metacognitive Therapy in Reducing Thoughts Fusion in Outpatients with Body Dysmorphic Disorder

Mehdi Rabie¹, Afshin Salahian², Mohammad Bagher Kajbaf³ and Hasan Palahang⁴

Abstract

Background and Aim: Previous investigations have indicated that there is a relationship between Meta cognition and Body Dysmorphic Disorder (BDD), but there isn't enough study about efficacy of metacognitive therapy in reducing thoughts fusion. So, this study aimed to examine the efficacy of Metacognitive Behavior Therapy (MCBT) on reducing thoughts fusion in outpatients with BDD.

Materials and Methods: In this experimental study, one sample was selected from the dermatology and cosmetic surgery clinic in Isfahan through voluntary sampling. Twenty subjects were then randomly selected from the patients with BDD referring to this cosmetic surgery clinic and were randomly assigned to one experimental and one control group. Thoughts Fusion Inventory (TFI) was then administered to both groups as pretest. Then, the experimental group received Metacognitive Behavioral Therapy (MCBT) in 8 sessions weekly and the control group received nothing. Post-tests were then administered to both groups immediately after the treatment and 3 months later. The data were analyzed through covariance.

Results: The results showed that MCBT was followed by a significant decrease in Thoughts Fusion ($p < 0.01$). Compared with the pretest, the experimental group showed a 65% decrease in the rate of thoughts fusion in the immediate post-test and a 56% decrease in the follow-up ($p < 0.0001$).

Conclusion: This intervention is believed to reduce thoughts fusion by facilitating transmission from the object mode to the metacognitive and enhancing the efficient and flexible coping skills. Thus, we might reduce the Thoughts Fusion in BDD by this method of therapy.

Keywords: Body dysmorphic disorder, metacognitive therapy, thoughts fusion

Received: 6 January 2011

Revised: 3 July 2011

Accepted: 13 July 2011

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2012; Vol. 18, No.2

1- **Corresponding Author:** PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. **Tel:** +98 912 4857635 **Fax:** +98 311 2615460 **E-mail:** rabiei_psychology@yahoo.com

2- PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Associated Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran