

## مقاله‌ی پژوهشی

### بررسی اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر علایم مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

#### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر کاهش علایم مربوط به مولفه‌های فراشناختی درگیر در بیماران اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش به روش کار آزمایشی بالینی با گروه شاهد و با روش نمونه‌گیری داوطلبانه بر روی مراجعین به متخصصین جراحی زیبایی در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ که بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مقیاس اصلاح شده‌ی اختلال وسواسی جبری یل-براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD) دچار اختلال بدشکلی بدن بودند، انجام شد. ۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه شاهد و آزمون به روش تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسش‌نامه‌ی فراشناخت (MCQ) به عمل آمد، گروه آزمون طی ۸ جلسه‌ی هفتگی تحت مداخله‌ی فراشناختی قرار گرفتند در حالی که گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس‌آزمون و پی‌گیری (۶ ماه بعد) با همان ابزار انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام شد.

**یافته‌ها:** مداخله‌ی فراشناختی در کاهش علایم مربوط به مولفه‌های فراشناختی (باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل افکار و ...) در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری تأثیر معنی‌داری دارد ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، مداخله‌ی فراشناختی حتی در پی‌گیری ۶ ماهه پس از مداخلات نیز در کاهش علایم مربوط به مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن موثر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال بدشکلی بدن، اختلال وسواسی جبری، درمان فراشناختی

\* محسن احمدی طهور

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

مهملدی ربیعی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

پریسا کاملی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم آذربایجان

فاطمه بهرامی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

ایرج صفایی راد

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

مؤلف مسئول:

ایران، همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی

mahmadi\_1362@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۹/۱۱/۲۰

تاریخ تایید: ۹۰/۵/۱۹

#### پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری شرکت کنندگان در این تحقیق سپاسگزاری می‌گردد.

## Original Article

### The effect of metacognitive therapy on symptoms related to metacognitive beliefs in patients with body dysmorphic disorder

---

#### Abstract

**Introduction:** The purpose of the present study is to investigate the effectiveness of metacognitive therapy (MCT) on reduction of the symptoms related to the meta cognitive features in patients with body dysmorphic disorder (BDD) patients.

**Materials and Methods:** In this randomized clinical trial 20 participants were selected from referrals to dermatology and cosmetic surgery clinics in the city of Isfahan in 2009 on the basis of DSM-IV-TR diagnostic criteria for BDD and were randomly assigned to either experimental or control group. The Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder (BDD-YBOCS) and metacognitive questionnaire (MCQ) were used as the pre-test measures. The experimental group received 8 weekly metacognitive intervention sessions. The control group was in the waiting list until end of the follow up. The same measures were used for post-test and follow up. It was utilized multivariate analysis of covariance method using SPSS.18 for analysis of data.

**Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that MCT had a significant effect in reducing symptoms related to metacognitive beliefs (positive beliefs about worry, uncontrollability and danger, cognitive confidence, etc) of patients with BDD in post-test and follow up ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** The findings of this study show that MCT, even in a six-month follow up, is effective in reducing the symptoms of the metacognitive beliefs in patients with BDD.

**Keywords:** Body dysmorphic disorder, Metacognitive therapy, Obsessive-compulsive disorder

*\*Mohsen Ahmadi Tahoor*

Assistant professor of psychology, Islamic Azad University, Branch of Hamadan

*Mahdi Rabiei*

Ph.D. student in psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Isfahan University

*Parisa Kameli*

M.Sc. in psychology, Tarbiat-Moallem University, Azarbaijan

*Fatemeh Bahrami*

Ph.D. student in psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Isfahan University

*Iraj Safaei Rad*

Assistant professor of psychology, Islamic Azad University, Branch of Hamadan

**\*Corresponding Author:**

Department of psychology, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

Mahmadi\_1362@yahoo.com

Received: Feb. 09, 2010

Accepted: Aug. 10, 2011

---

#### Acknowledgement:

This study was approved by research committee of faculty of psychology of Islamic Azad University, Branch of Hamadan. No grant has supported of this research and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Ahmadi Tahoor M, Rabiei M, Kameli P, Bahrami F, Safaei Rad I. The effect of metacognitive therapy on symptoms related to metacognitive beliefs in patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(3): 270-7.

## مقدمه

ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن<sup>۱</sup> (BDD) که در گذشته بدشکلی هراسی<sup>۲</sup> نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر فرد که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است (۱). میزان شیوع BDD در عموم مردم در دو مطالعه ۰/۷ درصد گزارش شده است (۲) که شیوع بالایی در بین نوجوانان و بزرگسالان جوان دارد (۳). شیوع BDD در حیطه‌ی جراحی زیبایی در حدود ۵ درصد (۴) و در کلینیک‌های جراحی پوست ۱۲ درصد می‌باشد (۵). همابندی مکرر بین BDD و دیگر اختلالات به ویژه با افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواسی جبری<sup>۳</sup> (OCD) وجود دارد (۶،۷). خصیصه‌های مشابهی در آسیب‌شناختی BDD با OCD و فوبی اجتماعی وجود دارد. حتی بر اساس شباهت زیاد بین این دو اختلال، گاهی اوقات BDD به عنوان طیفی از اختلال OCD مفهوم‌سازی می‌شود (۸).

از آن جایی که اثربخشی درمان فراشناختی برای درمان اختلال وسواسی جبری بدیهی است (۹) و با توجه شباهت زیاد بین OCD و BDD، محقق پژوهش حاضر بر آن شد تا برای بیماران اختلال بدشکلی بدن، درمان فراشناختی را برگزیند.

فراشناخت 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 به عنوان 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 (۱۲). این روش درمانی از رفتاردرمانی شناختی<sup>۴</sup> (CBT) 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 بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و هم‌چنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آن چه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیر مفید تفکر می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند وجود باورهای منفی به طور مشخص 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 کرده و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه‌ی فراشناختی است (۱۲).

تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه‌ای وجود دارد (۱۳). مطالعه‌ی کوپر و عثمان<sup>۵</sup> نشان داد که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از لحاظ کنترل فکر در مورد بدشکلی ظاهر، باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نگرانی نسبت به بدشکلی ظاهر، راهبردهای کنترل فراشناختی، رفتارهای ایمنی<sup>۶</sup> نسبت به افکار و تصاویر در مورد بدشکلی ظاهر و عینیت دادن به افکار و تصاویر مربوط به بدشکلی ظاهر خود از افراد گروه شاهد، متفاوت می‌باشند (۱۴). تحقیقاتی که در مورد درمان فراشناختی بر روی اختلالات هیجانی انجام شده‌اند عبارتند از مطالعه‌ی ولز و فیشر<sup>۷</sup> که با استفاده از مدل فراشناختی بر روی افراد مبتلا به اختلال OCD دریافتند که تمام بیماران در پس‌آزمون، بهبودی معنی‌داری را در علائم OCD نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه بعد نیز باقی ماندند (۱۵).

در مطالعه‌ی راس<sup>۸</sup> و همکارش با استفاده از مدل فراشناختی ولز جهت درمان اختلال OCD 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 (۱۶). مطالعاتی نیز کاربرد موفقیت‌آمیز مدل فراشناختی را در درمان اختلال اضطراب منتشر<sup>۹</sup> (GAD) (۱۷) و درمان اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD) (۱۸) نشان داده‌اند.

<sup>۵</sup>Cooper and Osman

<sup>۶</sup>Safety Behaviors

<sup>۷</sup>Wells and Fisher

<sup>۸</sup>Ross

<sup>۹</sup>Generalized Anxiety Disorder

<sup>۱</sup>Body Dysmorphi Disorder

<sup>۲</sup>Dysmorphic Phobia

<sup>۳</sup>Obsession Compulsion Disorder

<sup>۴</sup>Cognitive Behavior Therapy

در ایران نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز 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 تایید قرار گرفت (۱۹). بخت‌آور و همکاران نیز اثربخشی درمان رفتاری فراشناختی را بر روی علائم خودتنه‌پی ۳۰ بیمار PTSD مورد آزمایش قرار دادند که اثربخشی این مداخله مورد تایید قرار گرفت (۲۰). علاوه بر این، ربیعی اثربخشی مداخله‌ی رفتاری فراشناختی را بر روی یک مورد BDD مورد آزمایش قرار داد که علائم بیماری بعد از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافت (۲۱). لذا محقق پژوهش حاضر بر آن شد که اثر بخشی درمان فراشناختی را بر روی علائم مربوط به مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مورد آزمایش قرار دهد.

### روش کار

این پژوهش از دسته‌ی طرح‌های تجربی و کاربردی (کارآزمایی بالینی) است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پی‌گیری ۶ ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید. جامعه‌ی آماری این پژوهش عبارت از تمام بیماران سرپایی بودند که در بهار سال ۱۳۸۸ جهت انجام عمل جراحی زیبایی به کلینیک‌های پوست و زیبایی و متخصصین جراحی پوست و زیبایی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و پس از اخذ رضایت آگاهانه در دو گروه آزمون و شاهد به شیوه‌ی تصادفی جایگزین شدند.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس اصلاح شده‌ی اختلال وسواسی-اجباری یل-براون برای اختلال بدشکلی بدن<sup>۲</sup> (YBOCS-BDD): ابزار خودسنجی ۱۲ سوالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و

دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارتند از وسواس فکری و وسواس عملی و دو سؤال اضافی نیز در مورد بینش<sup>۳</sup> و اجتناب<sup>۴</sup>. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه‌ی کاملاً مخالف تا کاملاً موافق گسترده است، نشان می‌دهند. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که YBOCS-BDD دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۲۲) و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط ربیعی و همکاران ثابت شده است (۲۳).

پرسش‌نامه‌ی فراشناختی<sup>۵</sup> (MCQ): این پرسش‌نامه توسط ولز و کارت‌رایت هاوتون<sup>۶</sup> به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی افراد در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازیابی و نظارت فراشناختی و قضاوت در مورد کارآمدی شناختی طراحی شده است. دارای ۶۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس است که عبارتند از: باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی (۱۹ سؤال)، باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی (۱۶ سؤال)، اعتماد شناختی پایین (۱۰ سؤال)، باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار (۱۳ سؤال) و خودآگاهی شناختی (۷ سؤال). شیوه‌ی نمره گذاری سؤال‌ها در مقیاس لیکرت و با ۴ گزینه از موافق نیستیم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه بررسی گردیده و با پرسش‌نامه‌ی اضطراب خصلتی اسپیل‌برگر همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد (۲۴). در پژوهشی ابوالقاسمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ گزارش کرده اند (۲۵).

در انجام کار ابتدا یک اطلاعیه در مورد برگزاری درمان بر روی علائم BDD (علائم با جزئیات در اطلاعیه ذکر شده بود) در تمام کلینیک‌های پوست و زیبایی و مطب متخصصین پوست و جراحی زیبایی شهر اصفهان پخش شد. سپس افراد مراجعه‌کننده، ابتدا توسط YBOCS-BDD مورد آزمون قرار گرفتند و سپس افرادی که نمره‌ی بالای ۲۰ کسب کردند مورد مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته بر اساس چهارمین ویراست راهنمای

<sup>3</sup>Insight

<sup>4</sup>Avoidance

<sup>5</sup>Meta-Cognitive Questionnaire

<sup>6</sup>Wells and Certwright-Hatton

<sup>1</sup>Post Traumatic Stress Disorder

<sup>2</sup>Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD

تضعیف کردن باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید) جلسه ی ششم: رویکردهای رفتاری درمان BDD (روش های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن آیین مندی ها و روش کنترل توجه برای کاهش شدت افکار وسواسی مربوط به زشتی ظاهر) جلسه ی هفتم: آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی سازی ذهنی و به تعویق انداختن نگرانی و توسعه ی هوشیاری و رهایی از اندیشناکی در مورد افکار مربوط به بدشکلی بدن جلسه ی هشتم: بررسی تنش ها (مدیریت تنش)، افزایش آگاهی، کنترل انعطاف پذیری فراشناختی، استراتژی های مقابله ای، انحراف توجه مزمن به سمت خطر و بازسازی فراشناخت های ناسازگار و در نهایت نتیجه گیری قابل ذکر است که در هر جلسه تکالیف خانگی نیز داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

### نتایج

میانگین سنی مراجعه کنندگان ۲۸/۸۰ سال با انحراف استاندارد ۶/۵ بود. لازم به ذکر است که ۲۳/۳ درصد از آزمودنی ها دارای تحصیلات دبیرستان، ۲۶/۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۴۹ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند.

**جدول ۱-** میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری گروه نمونه به تفکیک دو گروه آزمون و شاهد

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری
باورهای مثبت درباره ی نگرانی	۱۶/۲	۱۱/۷	۱۱
کنترل ناپذیری و خطر	۲۰/۵	۱۷/۷	۱۷/۶
اطمینان شناختی	۱۴/۷	۱۲/۴	۱۱/۹
نیاز به کنترل افکار	۱۷/۹	۱۳/۱	۱۳/۵
خود آگاهی شناختی	۱۶/۵	۱۱/۲	۱۱/۹
	۱۵/۸	۱۵	۱۴/۹

از نظر بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی، دو گروه آزمون و شاهد از لحاظ تمام متغیرهای جمعیت شناختی (سن، سطح تحصیلات، سابقه ی مصرف دارو و سابقه ی

تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گرفتند تا از تشخیص BDD اطمینان حاصل شود. در نهایت به طور تصادفی ۲۰ نفر انتخاب شده، در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون بعد از اجرای پیش آزمون به وسیله ی آزمون MCQ، طی ۸ جلسه ی ۱ ساعته در هفته، در یک کلینیک درمانی (کلینیک آفتاب) در شهر اصفهان تحت مداخله ی فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه شاهد مورد پیش آزمون قرار گرفتند ولی هیچ مداخله ی درمانی دریافت نمودند. در پایان مداخله، پس آزمون و بعد ۶ ماه (پی گیری) از هر گروه آزمون MCQ به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش برای گروه شاهد و کسانی که مراجعه کرده بودند ولی در گروه آزمون یا شاهد قرار نداشتند (در مجموع ۱۵ بیمار) بعد از پایان مداخله، پنج جلسه ی درمان فراشناختی انجام گرفت. البته قابل ذکر است که تا کنون هیچ مداخله ی فراشناختی بر روی اختلال بدشکلی بدن انجام نشده و این مداخله اولین مداخله ی فراشناختی است که بر روی مولفه های فراشناختی در بیماران BDD صورت می گیرد و نبود پیشینه باعث شده است که محقق پژوهش حاضر تغییراتی در مدل فراشناختی ولز ایجاد نماید تا قابل اجرا بر روی مبتلایان به BDD باشد. شایان ذکر است که تمام تغییرات، مورد تایید متخصصین در این حوزه بوده است.

مداخله طبق مراحل زیر بر روی بیماران اجرا شد.

جلسه ی اول: ارزیابی بیماران، معرفی هیجان ها و ابعاد آن و رابطه ی آن ها با باورهای فراشناختی

جلسه ی دوم: معرفی BDD به عنوان بی نظمی هیجانی و ترسیم دیالگرم فراشناختی آن، معرفی منطق درمان رفتاری فراشناختی و الگوی فراشناختی BDD و تعیین اهداف درمانی

جلسه ی سوم: تغییر در استراتژی های خودنظارتی و نظارت بر ماشه چکان ها و افکار درونی (مربوط به بدشکل بودن ظاهر).

جلسه ی چهارم: ارزیابی باورهای فراشناختی و درآمیختگی افکار (عینیت بخشیدن به افکار مربوط به بدشکلی بدن) و آموزش در مورد مقابله با این باورها

جلسه ی پنجم: آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده مربوط به افکار مربوط به زشتی ظاهر و

تفاوت معنی‌داری دارند. هم‌چنین همان طور که قابل مشاهده می‌باشد بیشترین اثر درمان در متغیر نیاز به کنترل افکار می‌باشد (۰/۷۶) و این اثر در پی‌گیری ۶ ماه نیز ماندگار بوده است. کمترین اثر درمان نیز بر روی متغیر کنترل ناپذیری و خطر می‌باشد (۰/۳۴). با توجه به توان آزمون و اندازه‌ی اثر بالا و سطح معنی‌داری نزدیک به صفر در اکثر متغیرهای وابسته می‌توان احتمال این را داد که حجم نمونه در این پژوهش کافی بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر ارایه و سنجش کارآیی مداخله‌ی فراشناختی بر مولفه‌های فراشناختی مرتبط با اختلال بدشکلی بدن بود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال بدشکلی بدن و نبود درمان مشخص و همه‌جانبه برای این اختلال، لزوم پژوهش در مورد درمان‌های جدید برای اثربخشی بر روی اختلال بدشکلی بدن کاملاً مشخص می‌باشد. درمان فراشناختی از جمله درمان‌های جدیدی است که اثربخشی آن بر چندین اختلال هیجانی روشن گردیده است

بیماری) به غیر از متغیر جنسیت (۱۸ زن و ۲ مرد) و وضعیت تاهل (۱۷ نفر مجرد و ۳ نفر متأهل) تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. به همین دلیل چون دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی باهم تفاوتی نداشتند نیازی به کنترل آن‌ها نبود. همان طور که در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد بعد از درمان نمرات مولفه‌های فراشناختی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش بیشتری داشته‌اند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مانکوا استفاده گردید تا اثر پیش آزمون بر روی نمرات دو گروه در پس آزمون و پی‌گیری تعدیل گردد. برای استفاده از تحلیل مانکوا پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک توسط شاپیرو- ویلک و آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته و تساوی واریانس‌ها در دو گروه بود ( $P > 0.05$ ). نتایج تحلیل مانکوا در جدول ۲ ارایه شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد حتی بعد از کنترل پیش آزمون، دو گروه آزمون و شاهد در پس آزمون و پی‌گیری در همه‌ی متغیرهای وابسته

جدول ۲- نتایج تحلیل مانکوا و تاثیر عضویت گروهی بر میزان مولفه‌های فراشناختی در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرهای وابسته	مراحل پژوهش	میانگین تعدیل شده گروه‌ها	F	درجه‌ی آزادی	P	اندازه‌ی اثر	توان آزمون
باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی	پس آزمون	۱۱/۱۳	۱۰/۵۴	۱	۰/۰۰۶	۰/۴۴	۰/۸۵
	آزمون	۱۵/۸۶					
کنترل ناپذیری و خطر	پس آزمون	۱۱/۰۳	۱۰/۶۱	۱	۰/۰۰۶	۰/۴۵	۰/۸۶
	آزمون	۱۵/۶۶					
اطمینان شناختی	پس آزمون	۱۸	۶/۶۲	۱	۰/۰۲۳	۰/۳۴	۰/۶۷
	آزمون	۲۰/۴۹					
نیاز به کنترل افکار	پس آزمون	۱۷/۸۷	۶/۸۷	۱	۰/۰۲۱	۰/۳۵	۰/۶۸
	آزمون	۲۰/۵۲					
خودآگاهی شناختی	پس آزمون	۱۲/۲۷	۳۰/۰۳	۱	/۰۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
	آزمون	۱۵/۶۲					
نیاز به کنترل افکار	پس آزمون	۶۸۱۱	۱۴/۸۸	۱	۰/۰۰۲	۰/۵۴	۰/۹۴
	آزمون	۱۴/۹۱					
نیاز به کنترل افکار	پس آزمون	۱۳/۴۸	۴۰/۲۳	۱	/۰۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۹
	آزمون	۱۸/۱۲					
خودآگاهی شناختی	پس آزمون	۱۳/۸۴	۳۷/۲۶	۱	/۰۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹
	آزمون	۱۸/۱۵					
نیاز به کنترل افکار	پس آزمون	۱۱/۰۷	۱۶/۱۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۶
	آزمون	۱۵/۱۲					
نیاز به کنترل افکار	پس آزمون	۱۱/۸۶	۱۲/۱۲	۱	۰/۰۰۷	۰/۴۴	۰/۸۴
	آزمون	۱۴/۹۴					

و از جمله‌ی این اختلالات، اختلال وسواسی جبری می‌باشد (۹،۱۲،۱۵) و از آن جایی که بین OCD و اختلال بدشکلی بدن شباهت زیادی وجود دارد (۸)، محقق پژوهش حاضر بر آن شد تا اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی را بر روی بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن برای اولین بار مورد پژوهش قرار دهد. درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه‌ی شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرح‌واره‌هایی که الیس و بک در نظریه‌ی شناختی بر آن‌ها تاکید 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 بیماران‌شان آموزش دهند که بتوانند با شیوه‌ای 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 مولفه‌های فراشناختی (باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) از مرحله‌ی خط پایه تا مرحله‌ی پی‌گیری، دلیلی بر اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر مولفه‌ی فراشناختی مرتبط با BDD می‌باشد. این نتایج یافته‌های مبنی بر کارایی درمان فراشناختی بر درمان اختلالات هیجانی را تایید می‌کند و با یافته‌هایی مبنی بر اثربخشی مدل فراشناختی بر وسواس‌ها، هماهنگ می‌باشد (۱۲،۱۶،۱۵). علاوه بر این، افراد مبتلا به BDD در مولفه‌های فراشناختی نمرات بالاتری نسبت به هنجار طبیعی جامعه به دست آوردند، این یافته با نتایج کوپر و عثمان (۱۴) مبنی بر متفاوت بودن فراشناخت در افراد مبتلا به BDD نسبت به سایر افراد جامعه، همخوان بود.

از علت‌های اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی می‌توان این موارد را ذکر کرد. ۱- اثربخشی بر روی راهبردهای کنترل فراشناختی نادرست (مثل نشخوار فکری، انعطاف‌ناپذیری در پردازش اطلاعات، نگران‌اندیشی، هوشیاری بیش از اندازه در مورد افکار مربوط به بدشکلی ظاهر)، ۲- اثربخشی مداخله بر روی باورهای فراشناختی منفی و مثبت (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 فرایند دارد. یکی از امتیازات پژوهش حاضر، نوآوری آن می‌باشد و از محدودیت‌های آن می‌توان به آگاهی درمانگر به گروه‌های آزمون و شاهد، کم بودن حجم و محدود بودن نمونه به افراد داوطلب، تحصیل کرده و محدوده‌ی سنی خاص و نبود امکان مقایسه با درمان‌های دیگر مثل CBT اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی برای اختلال بدشکلی بدن در نمونه‌های دیگر و با درمان‌های دیگری مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته و در صورت امکان از طرح‌های دوکورسازی یا ناآگاهی دوسویه استفاده شود.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از این می‌باشد که مداخله‌ی فراشناختی برای مولفه‌های فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اثربخش می‌باشد و می‌توان این درمان را به عنوان یک روش درمان جدید و چند بعدی در کنار درمان‌های دیگر برای درمان اختلال بدشکلی بدن پیشنهاد نمود.

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4<sup>th</sup> ed). Washington DC: APA; 2000.
2. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry 2001; 158: 2061-3.

3. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Junkie M. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatr Res* 2002; 109: 101-4.
4. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1644-9.
5. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Mental Dis* 1997; 185: 570-7.
6. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr* 2002; 7: 464-71.
7. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 57: 61-4.
8. Philips KA. Understanding body dysmorphic disorder. London: Oxford press; 2009: 54-87.
9. Wells A. Metcognitive 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. *Am 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.
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. Cooper M, Osman DS. Metacognition in body dysmorphic disorder: A preliminary exploration. *J Cogn Psychother* 2007; 2: 1-20.
15. Wells A, Fisher PL. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2008; 43: 117-32.
16. Ross KE, Van K. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2008; 39: 451-8.
17. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2006; 37: 206-12.
18. Wells A, Simbi S. Metcognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther* 2004; 35: 307-18.
19. Andooz Z. [Efficacy of the Wales' model of meta-cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder]. *Andeesheh va Raftar* 2004; 12(1): 59-66. (Persian)
20. Bakhtavar E, Neshat-Doost H, Molavi H, Bahrami F. [Efficacy of meta cognitive behavioral therapy in reducing self punishment in patients with post traumatic stress disorder]. *Journal of research in behavioral sciences* 2007; 5(2): 93-7. (Persian)
21. Rabiei M. [Efficacy of metacognitive therapy on BDD patient's symptoms]. MA. Dissertation. Isfahan University, College of psychology and educational sciences, 2009: 2-4. (Persian)
22. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, De Caria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 17-22.
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. (Persian)
24. Wells A, Certwright-Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire. *Behav Res Ther* 2004; 42(24): 385-96.
25. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. [The relationship of metacognition and perfectionism whit psychological consequence in the addicts]. *Journal of research in behavioral science* 2007; 5(2): 73-8. (Persian)