



Afarand Scholarly
Publishing Institute

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2019;8(1):13-19

Effect of the Behavioral-Cognitive-Metacognitive Intervention on the Severity of Body Dysmorphic Disorder Symptoms in Military Personnel



Deputy of Health,
Rescue & Treatment

ARTICLE INFO

Article Type

Case Series

Authors

Ghasemi F.* MSc,
Karimi M.¹ MSc

How to cite this article

Ghasemi F, Karimi M. Effect of the Behavioral-Cognitive-Metacognitive Intervention on the Severity of Body Dysmorphic Disorder Symptoms in Military Personnel. Journal of Police Medicine. 2019;8(1):13-19.

ABSTRACT

Aims Body dysmorphic disorder is one of the unknown and resistant to treatment disorders. The present study was conducted with the aim of developing and investigating the effect of behavioral-cognitive-metacognitive intervention on the severity of body dysmorphic disorder symptoms.

Patients & Methods The present study is a case report, in which 3 outpatient military personnel with body dysmorphic disorder were studied in one of the counseling centers of Isfahan during the 2012 to 2013. The research tool was a demographic questionnaire and modified Yale-Brown obsessive compulsive scale.

Findings In 3 cases, the decreasing process of body dysmorphic disorder was observed during the intervention sessions and follow-up period.

Conclusion Behavioral-cognitive-metacognitive intervention affects severity of body dysmorphic disorder symptoms and reduces the severity of the disease.

Keywords Treatment; Body Dysmorphic Disorder; Behavior; Cognition; Metacognition; Case Report

CITATION LINKS

[1] Diagnostic and statistical manual of mental disorders [2] A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder [3] Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence [4] Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy [5] Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample [6] Obsessive-Compulsive and Related Disorders [7] Understanding body dysmorphic disorder [8] Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept [9] The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis [10] Qualitative dimensions of normal worry and normal intrusive thoughts: A comparative study [11] Obsessions and compulsions [12] Factor structure, validity and reliability of the skin picking scale revised version [13] Foundations of behavioral research [14] Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients [15] A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [16] Validity of the yale- brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder (bdd) in students of the University of Isfahan [17] Body dysmorphic disorder [18] Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in students [19] The effect of metacognitive intervention on symptoms of patient with body dysmorphic disorder [20] Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire [21] Efficacy of metacognitive therapy in reducing thoughts fusion in outpatients with body dysmorphic disorder [22] Development of a causal behavioral-cognitive-metacognitive model for explaining the class of obsessive-compulsive disorders and the effect of intervention based on the model on severity of the symptoms of obsessive-compulsive disorders [23] Obsessive-compulsive disorders [24] Metacognition in body dysmorphic disorder -- a preliminary exploration [25] Obsessions, responsibility and guilt [26] Metacognitive therapy for anxiety and depression [27] Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: An open trail

*Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Molla Sadra Street, Vanak Square, Tehran, Iran

Phone: -

Fax: -

parnia.ghasemi11@gmail.com

Article History

Received: July 2, 2018

Accepted: November 22, 2018

ePublished: December 31, 2018

اثر مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر شدت علائم اختلال بدشکلی بدن در نیروهای نظامی

فاطمه قاسمی* MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله^(ع)، تهران، ایران

محسن کریمی MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله^(ع)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات ناشناخته و مقاوم به درمان است. مطالعه حاضر با هدف تدوین و بررسی اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر علائم اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

بیماران و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع گزارش مورد منفرد است که در آن ۳ بیمار سرپایی عضو نیروهای نظامی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی-بی‌براون برای اختلال بدشکلی بدن بود.

یافته‌ها: در ۳ مورد بررسی‌شده، روند کاهش اختلال بدشکلی بدن طی دوره برگزاری جلسات درمانی و دوره پیگیری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر شدت علائم اختلال بدشکلی بدن تأثیر گذاشته و شدت بیماری را کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان، اختلال بدشکلی بدن، رفتار، شناخت، فراشناخت، مطالعه مورد منفرد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱

تاریخ انتشار الکترونیک: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰

*نویسنده مسئول: parnia.ghasemi11@gmail.com

مقدمه

ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Disorder; BDD) که در گذشته بدشکلی هراسی (Dysmorphic Phobia) نامیده می‌شد، عبارت از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر فرد است که این نقص ممکن است خیالی باشد یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است^[1]. اختلال بدشکلی بدن به‌وسیله صرف زمان برای رفتارهایی مانند نگرستن به آینه، مقایسه خصیصه‌های ویژه با دیگر افراد، نهان‌سازی افراطی (پوشاندن نقص)، دست‌کاری پوست و جست‌وجو برای اطمینان آفرینی، مشخص می‌شود. معمولاً اجتناب از موقعیت اجتماعی و رابطه دوستی نیز در این افراد وجود دارد. میزان شیوع BDD در جامعه بین بزرگسالان ۱/۹٪، نوجوانان ۲/۲٪، جمعیت‌های دانشجویی ۳/۳٪، بیماران بزرگسال بستری ۷/۴٪، بیماران نوجوان بستری ۷/۷٪ و بیماران بزرگسال سرپایی ۵/۸٪ برآورد شده است؛ در جراحی‌های زیبایی به‌طور کلی ۱۳/۲٪، جراحی‌های زیبایی بینی ۲۰/۱٪، ارتودنسی/زیبایی دندان ۵/۲٪، بیماران پوستی سرپایی ۱۱/۳٪ و در کلینیک‌های پوستی آکنه ۱۱/۱٪ برآورد شده است. در اکثر موارد شیوع BDD بین زنان بیشتر از مردان است^[2, 3].

در ایران ۹۵٪ متقاضیان جراحی بینی را زنان و دختران گروه سنی ۱۴ تا ۴۵ سال تشکیل می‌دهند که این میزان شیوع جراحی پلاستیک هفت برابر کشورهای غربی است و در اغلب موارد نیازی به انجام جراحی نبوده است. همچنین پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که اختلال بدشکلی بدن در بیماران پوستی شایع است.

نرخ شیوع در بیماران پوستی بین ۸/۵ تا ۱۵٪ بوده و میان افرادی که به‌دنبال نمایش زیبایی هستند ۲/۹ تا ۵۳/۶ است^[4].

طبق آخرین دسته‌بندی انجام‌شده، پیشنهادشده است که اختلال بدشکلی بدن با چند اختلال مرتبط، در طبقه وسواس-اجباری به‌طور جداگانه دسته‌بندی شوند. طبقه وسواس جبری (Obsessive-Compulsive) حالت‌های روان‌پزشکی زیادی را شامل می‌شود اما مهم‌ترین آنها براساس مطالعه سالکوسکی و همکاران^[5] و طبقه‌بندی DSM-V شامل اختلال وسواس-جبری، وسواس احتکار (Hoarding Obsession)، اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic)، وسواس مو-کنی (Trichotillomania) و علائم پاتولوژی ناشی از پوست‌کنی (Pathological Skin Picking Symptoms) می‌شود. ازجمله دلایل طبقه‌بندی این اختلالات در یک دسته این است که این اختلالات از لحاظ مکانیسم‌های پدیدار شناختی، خصیصه‌هایی (مانند، سن شروع، سیر بالینی، همبودی)، فرض‌های سبب‌شناسی، عامل‌های خانوادگی و پاسخ به درمان‌های رفتاری و دارویی با اختلال وسواس-جبری مرتبط و همپوشان هستند^[6].

طی سه دهه اخیر، در زمینه بررسی و شناسایی نقش شناخت در شکل‌گیری، تداوم و درمان بسیاری از اختلال‌های وسواسی پیشرفت‌های شگرفی رُخ داده است. شناخت جایگاه ذهن و تفکر، مرکز ثقل بسیاری از تحقیقات تجربی شده است. سیر تحولات اخیر، مباحث نظری متنوع و مشترکی در ادبیات اختلالات مطرح کرده است؛ مثل نقش پدیده افکار ناخواسته در اختلال‌های بالینی، الگوها و شیوه پاسخ‌های رفتاری و هیجانی، نقش فرآیندهای فراشناختی، نحوه ارزیابی تداوم افکار ناخواسته و درنهایت تأثیر دوجانبه فرآیند توجه انتخابی بر فعالیت‌های ذهنی مزاحم. مدل‌ها و نظریه‌های مختلفی برای تبیین و درمان اختلال بدشکلی بدن ارائه شده است که گستره این دیدگاه‌ها از روان‌کاوی تا مدل‌های جدیدتر پست‌مدرن ادامه دارد^[7]. از درمان‌ها و مدل‌های رایجی که در حال حاضر برای تبیین اختلال بدشکلی بدن استفاده می‌شود می‌توان به مدل شناختی-رفتاری^[6] (Cognitive Behavior Therapy; CBT) و درمان‌های جدیدتر مانند درمان فراشناخت برای اختلال بدشکلی بدن^[8] اشاره کرد. با این وجود، هر یک از این مدل‌ها محدودیت‌هایی دارند که در ادامه به آنها اشاره می‌شود. مدل شناختی-رفتاری جزء مدل‌های موفق برای تبیین اختلال بدشکلی بدن است و از دو بُعد شناختی و رفتاری دست به تبیین این اختلال می‌زند ولی مدل شناختی-رفتاری چندین ضعف اساسی دارد که به بعضی از آنها اشاره می‌شود.

۱- براساس مدل شناختی، باورهای ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی علت اختلالات محسوب می‌شود ولی شواهد پژوهشی و بالینی نشان می‌دهد که شناخت‌های منفی و غیرمنطقی همه افراد را به یک اندازه دچار هیجان منفی نمی‌کند. این نتایج نشان می‌دهد که اگر محتوای منفی افکار باعث بیماری شود، باید همه افرادی که افکار منفی دارند بیمار شوند و در عین حال باید هر شخصی که افکار منفی بیشتری داشته باشد، شدت بیماری بالاتری نیز داشته باشد. در حالی که نتایج نشان می‌دهد افرادی هستند که افکار منفی دارند ولی دچار بیماری نمی‌شوند^[9]. در نتیجه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر محتوای شناختی (یعنی باورها و افکار منفی و غیرمنطقی)، عوامل دیگری نیز در ایجاد اختلال درگیر هستند.

۲- براساس مدل شناختی، جایگزینی باورهای منطقی و مثبت باعث می‌شود که اختلال افراد بهبود پیدا کند. در حالی که شواهد

خود، دید و نگاه منفی (باورهای منفی فراشناختی) داشته باشد می‌تواند نتیجه منفی برای او داشته باشد. برای مثال، اگر فردی با خود فرض کند که بالاخره این افکار منفی او را دیوانه خواهد کرد و یا اعتقاد داشته باشد که افکار منفی فقط خاص ذهن اوست، بعد از مدتی از وجود افکار منفی می‌ترسد و افکار منفی را خطرناک می‌داند. بنابراین شناخت منفی زمانی مشکل‌ساز است که ما آن را غیرطبیعی و خطرناک بدانیم. این فرآیند نشان می‌دهد که بین عامل شناختی و عامل فراشناختی تعامل وجود دارد.

۲- خطرناک و ترسناک دانستن شناخت‌های منفی باعث فرانگرانی می‌شود. نگرانی ممکن است در خیلی از افراد رخ دهد و باعث بیماری نشود ولی فرانگرانی جدی‌تر است و معمولاً افراد را به سوی بیماری هدایت می‌کند. فرانگرانی علاوه بر اینکه باعث افزایش نگرانی و ترس فرد از افکار منفی می‌شود باعث افزایش و تولید افکار منفی نیز می‌شود.

۳- به دنبال فرانگرانی است که افراد تصمیم می‌گیرند به هر نحوی شده باید از شناخت‌های منفی خلاصی و رهایی یابند. در این مرحله است که افراد برای کاهش فرانگرانی از راهبردهای کنترل افکار و رفتارهای وسواسی مانند واریسی خود در آینه و آرایش افراطی استفاده کنند. بنابراین شناخت منفی باعث رفتارهای کنترل فکر و وسواسی نمی‌شود بلکه فرانگرانی است که باعث افزایش ترس و به دنبال آن رفتاری وسواسی و کنترل فکر می‌شود.

۴- راهبردهای کنترل افکار شامل راهبردهایی است که برای کنترل و حذف افکار و شناخت‌های منفی استفاده می‌شود. از جمله این راهبردها سرکوبی، حواس‌پرتی و حذف هستند. استفاده از این راهبردها معمولاً با شکست مواجه می‌شود چون تلاش برای کنترل و حذف شناخت‌های منفی در اکثر مواقع به جای کاهش میزان شناخت‌های منفی باعث افزایش آنها می‌شود. افراد برای کاهش فرانگرانی علاوه بر راهبردهای کنترل افکار از رفتارهای وسواسی و ایمنی نیز استفاده می‌کنند.

بنابراین رفتاری‌های وسواسی به دنبال افزایش فرانگرانی و استفاده بیش از اندازه از راهبردهای کنترل فکر اتفاق می‌افتد و نقش میانجی در تاثیرگذاری عامل شناختی و فراشناختی بر اختلال بدشکلی بدن دارد.

مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی مانند CBT و MCT ساختار جلسات دارد و به‌طور مفصل در پایان‌نامه مولف بحث و توضیح داده شده است^[14]. در این مداخله به بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مواردی آموزش داده می‌شود که در ادامه به‌طور خلاصه بیان می‌شود.

به بیماران آموزش داده می‌شود که دید منفی خود را نسبت به افکار، تصاویر، تکانها و باورهای منفی شناسایی و اصلاح کنند و نسبت به وجود آنها احساس مسئولیت و گناه نکنند و خود را به خاطر وجود آنها سرزنش نکنند و نسبت به وجود آنها احساس ترس نداشته باشند، چراکه ممکن است این شناخت‌های منفی به ذهن هر فردی بیاید و وجود آنها در ذهن نشان‌دهنده بیماری نیست. برای مثال هر فردی ممکن است گاهی این فکر به ذهنش بیاید که از بابتی زشت است. این افکار به‌خودی خود نشان‌دهنده بیماری نیست.

علاوه بر این به بیماران آموزش داده می‌شود که تعریف‌ها و خطاهای شناختی خود (مطلق‌نگری، مسئولیت‌پذیری افراطی و غیره) را شناسایی و مورد چالش شناختی و رفتاری قرار دهند.

به بیماران آموزش داده می‌شود که اگر دید منفی نسبت به شناخت‌های منفی داشته باشند، رفته‌رفته باعث نگرانی و به دنبال

پژوهشی و بالینی نشان می‌دهد که منطقی‌کردن باورها و افکار معمولاً سخت و حتی غیرممکن است^[10]. به عبارت دیگر کنترل و تغییر باورها و افکار برای انسان سخت و دشوار است. از این منظر نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سیستم روانی و جسمانی افراد به طریقی طراحی شده است که نمی‌تواند تهی از شناخت‌های منفی و غیرمنطقی باشد و معمولاً نیز تلاش افراد برای کنترل شناختی ناموفق است و حتی گاه باعث افزایش افکار منفی می‌شود.

۳- علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که افراد سالم و طبیعی هم به نسبتی باورها و افکار غیرمنطقی دارند^[11]. همان‌طور که ذکر شد سیستم جسمانی و روان‌شناختی بشر طوری آفریده شده است که خطا و اشتباه جز ذاتی و طبیعی آن است و در نتیجه افراد سالم نیز به نسبتی افکار غیرمنطقی و منفی دارند ولی این نشان بیماری در آنها نیست.

۴- دیدگاه شناختی-رفتاری اعتقاد دارد که افراد برای کنترل باورها و افکار منفی خود، معمولاً از طریق رفتاری دست به کاهش اضطراب ناشی از شناخت‌های غیرمنطقی می‌زند، در حالی که شواهد نشان می‌دهد که افراد علاوه بر رفتارهای (وسواسی، اجتنابی و ایمنی)، از طریق راهبردهای شناختی مانند حذف، کنترل، سرکوبی، سرزنش خود، احساس مسئولیت و احساس گناه نیز سعی دارند که اضطراب ناشی از شناخت‌های منفی خود را کاهش دهند.

بنابراین، دیدگاه شناختی بیشتر به محتوای افکار توجه کرده است و کمتر بُعد فرآیند پردازش اطلاعات و فراشناختی (مانند باورهای مثبت فراشناختی، فرانگرانی و راهبردهای کنترل فراشناختی) اختلالات را مورد توجه و تبیین خود قرار می‌دهد.

از طرف دیگر مدل و درمان فراشناختی نیز فقط به بُعد فرآیندی و پردازش اطلاعات توجه دارد و نقش محتوای افکار (مانند باورهای هسته‌ای، تعریف‌های شناختی، افکار خودآیند منفی) که در شروع بیماری و بُعد رفتاری که در دوام و شدت بخشیدن به بیماری نقش دارد را کم‌رنگ‌تر می‌داند. در دیدگاه‌های ذکر شده با وجود اینکه شباهت و ارتباط زیادی وجود دارد ولی به دلیل مرزبندی دیدگاهی بیشتر به تفاوت‌ها تاکید می‌شود تا شباهت‌ها، در حالی که نتایج مطالعه ریبعی و همکاران نشان می‌دهد که برای تبیین اختلال بدشکلی بدن بین حیطه‌های رفتاری، شناختی و فراشناختی تعامل و ارتباط متقابل وجود دارد و این حیطه‌ها جدا از همدیگر عمل نمی‌کنند^[8].

در پژوهش حاضر براساس تجارب کلینیکی و پژوهشی، مدلی ارایه شده است که هر سه بُعد شناختی، رفتاری و فراشناختی در سبب‌شناسی اختلال بدشکلی بدن لحاظ شده است^[8, 12].

در این مدل اعتقاد بر این است که ابتدا شناخت‌های منفی به ذهن خطور می‌کنند که این مرحله تقریباً در ذهن و کارکرد شناختی اکثر افراد رخ می‌دهد و یک مرحله نسبتاً طبیعی است، یعنی حضور شناخت‌های (افکار، تکانه و تصاویر) منفی به معنی اختلال نیست. نتایج بعضی تحقیقات^[13] نیز از این ایده حمایت می‌کند. ممکن است این سؤال در ذهن ایجاد شود که اگر شناخت‌های منفی به‌تنهایی باعث ایجاد اختلال نمی‌شود؛ پس چه عاملی باعث اختلال می‌شود؟

در مدل ارایه‌شده رفتاری-شناختی-فراشناختی به این سؤال پاسخ داده می‌شود.

۱- در این مدل اعتقاد بر این است که دید و نگاه افراد نسبت به شناخت‌های منفی است که باعث راه‌اندازی یک جریان غیرطبیعی و مشکل‌ساز می‌شود. اگر فردی نسبت به شناخت‌های منفی ذهن

آن باعث فرآینگری خود می‌شوند، یعنی فکر می‌کنند که ذهن آنها غیرعادی عمل می‌کند و شاید فکر کنند که دیوانه شدند و بالاخره کنترل خود را از دست می‌دهند؛ و همین عامل باعث می‌شود که به فکر بیفتند که به هر طریقی که شده باید از شر شناخت‌های منفی خلاصی یابند.

همچنین به بیماران آموزش داده می‌شود که راهبردهای کنترل فکر (مانند سرکوبی، حذف، حواس‌پرتی، سرزنش خود، مصرف دارو و غیره) خود را شناسایی و از انجام آنها خودداری کنند. به بیماران آموزش داده می‌شود که تلاش برای کنترل افکار معمولاً به‌طور عکس جواب می‌دهد و معمولاً منجر به شکست می‌شود.

علاوه بر این به بیماران آموزش داده می‌شود که استفاده از رفتارهای وسواسی به‌طور موقت باعث آرامش آنها می‌شود ولی در طولانی‌مدت باعث ماندگاری شناخت‌ها و فراشناخت‌های معیوب ذکرشده می‌شود و به آنها آموزش داده می‌شود که برای درمان لازم است که از رفتارهای وسواسی، اجتنابی و ایمنی جلوگیری کنند.

قابل ذکر است که این پنج مرحله به‌طور خلاصه بیان شده است و هر یک از این مراحل فن‌ها و تکالیف خاص خود را دارد. از این پنج مرحله ذکرشده کاملاً قابل برداشت است که در مداخله تدوینی رفتاری-شناختی-فراشناختی روی هر سه مولفه رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه و تمرکز می‌شود.

با توجه به شیوع بالای این اختلال و آسیب‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ناشی از این اختلال و اهمیت این مداخله، انجام پژوهش حاضر می‌تواند ارزشمند و ضروری باشد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر شدت علائم اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

بیماران و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع گزارش مورد منفرد [13] است که در آن ۳ بیمار سرپایی عضو نیروهای نظامی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ مورد مطالعه قرار گرفتند. این بیماران ۱۵ تا ۵۰ ساله که دارای حداقل دیپلم متوسطه بودند، براساس ملاک‌های DSM-IV-TR و اصلاحات پیشنهادی DSM-V، در صورت رضایت به همکاری وارد مطالعه شدند.

ابزار اندازه‌گیری فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی-بیبل-براون برای اختلال بدشکلی بدن بود. فرم جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تعداد اعضای خانواده، وضعیت تحصیلات، تحصیلات پدر و مادر، مراجعه پیشین به روان‌پزشک یا روان‌شناس به علت مشکل روانی و سابقه مصرف دارو و مدت بیماری مشخص کرد.

مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی-بیبل-براون برای اختلال بدشکلی بدن [9] (BDD-YBOCS): یک ابزار خودسنجی ۱۲ سئوالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد و دارای یک ساختار مرتبه‌ای دوعاملی (وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی) و دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب است (جدول ۱). پاسخ‌دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت در دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) نشان می‌دهند.

جدول ۱) مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی-بیبل - براون برای اختلال

بدشکلی بدن
لطفاً گزینه‌ای که به بهترین صورت احساس و رفتار شما را از هفته پیش تا به امروز نشان می‌دهد، انتخاب کنید.
۱. به‌طور متوسط، چه مقدار از زمان روزانه شما صرف اشتغال ذهنی به وسیله افکار مربوط به نقص یا عیب ظاهر یا قسمتی از بدنتان مانند: بینی، مو، چهره و غیره می‌شود؟ فراوانی این افکار چه مقدار می‌باشد؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۲. افکار مربوط به (نقص ظاهرتان) به چه مقدار باعث تداخل در عملکرد کاری و اجتماعی شما می‌شود؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۳. افکار مربوط به داشتن نقص بدنی چه مقدار شما را پریشان می‌کند؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۴. چه مقدار تلاش می‌کنید تا افکار (مربوط به نقص ظاهری) که به ذهنتان می‌آید را نادیده یا به آن‌ها بی‌توجه باشید؟ =همیشه؛ ۱=اکثر اوقات؛ ۲=بعضی وقت‌ها؛ ۳=خیلی کم؛ ۴=اصلاً (کاملاً) تسلیم این افکار هستم)
۵. شما به چه مقداری در متوقف کردن افکار مربوط به نقص بدنی موفق هستید؟ =کاملاً موفق هستم؛ ۱=موفق هستم؛ ۲=به‌طور متوسط موفق هستم؛ ۳=خیلی کم موافق هستم؛ ۴=اصلاً موافق نیستم
۶. چه مدت از وقت شما صرف فعالیت‌های مربوط به نگرانی‌تان در مورد نقص بدنی یا ظاهرتان می‌شود؟ برای مثال، زمانی را که صرف آرایش، جراحی، پوشاندن عیب، چک کردن خود در آینه و غیره می‌کنید. =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۷. به چه اندازه، این فعالیت‌ها (مربوط به سؤال قبلی) با عملکرد کاری و اجتماعی شما تداخل ایجاد می‌کند؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۸. اگر از انجام این فعالیت‌ها (فعالیت‌های که در سؤال ۶ ذکر شد) جلوگیری شود شما به چه اندازه مضطرب می‌شوید؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۹. چه مقداری از تلاش شما صرف مقاومت با فعالیت‌های که در بالا ذکر شد می‌شود؟ =همیشه؛ ۱=اکثر اوقات؛ ۲=بعضی وقت‌ها؛ ۳=خیلی کم؛ ۴=اصلاً (کاملاً) تسلیم این افکار هستم)
۱۰. کنترل شما بر فعالیت‌های که در بالا ذکر شد به چه اندازه می‌باشد؟ =کاملاً کنترل دارم؛ ۱=کنترل دارم؛ ۲=تا حدودی کنترل دارم؛ ۳=خیلی کم کنترل دارم؛ ۴=اصلاً (کاملاً) تسلیم این فعالیت‌ها هستم)
۱۱. آیا شما به خاطر اینکه ظاهرتان دیده نشود از رفتن به بعضی جاها (مثل میهمانی) یا موقعیت‌ها اجتناب می‌کنید؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت
۱۲. آیا شما در مورد قسمت خاصی از ظاهرتان نگرانید و معتقدید که ظاهرتان زشت و ناقص می‌باشد؟ =هیچ؛ ۱=کم؛ ۲=زیاد؛ ۳=خیلی زیاد؛ ۴=بی‌نهایت

فیلبیسیس و همکاران [15]، پایایی و بازآزمایی مناسبی را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. پایایی از نوع بازآزمایی در دوره یک‌هفته‌ای مناسب بود ($r=0/88$). ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی $0/8$ به‌دست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس است. BDD-YBOCS، با نمرات سنجش عملکرد کلی (GAF) در DSM همبستگی مثبتی ($r=0/51$) داشت. روایی تشخیصی در مقایسه با فرم درجه‌بندی‌شده کوتاه روان‌پزشکی (BPRS) مناسب بود ($r=0/19$) [15]. در ایران نیز ربیعی و همکاران [16] نسخه فارسی BDD-YBOCS را دارای روایی و پایایی مناسب گزارش کرده‌اند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد ساخت

نتایج هر فرد در مراحل مختلف بررسی به طور جداگانه در یک نمودار واحد رسم و آرایه شد.

یافته‌ها

در ۳ مورد بررسی‌شده، روند کاهش اختلال بدشکلی بدن طی دوره برگزاری جلسات درمانی و دوره پیگیری مشاهده شد (نمودار ۱).



شکل ۱) اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر علائم اختلال بدشکلی بدن

دلیل اینکه فقط به جنبه‌های شناختی و رفتاری توجه می‌کند و به جنبه‌های فراشناختی مانند فرآیندهای کنترل افکار توجه ندارد، نقص و کمبود دارد و از طرف دیگر رویکرد فراشناختی به دلیل اینکه فقط به جنبه‌های فرآیندی توجه دارد و جنبه‌های شناختی (مانند باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی، تحریف‌های شناختی و افکار خودآیند منفی) و رفتاری را کم اهمیت می‌داند نقص و عیب دارد. مداخله تدوینی پژوهش حاضر به هر سه بُعد رفتاری، شناختی و فراشناختی توجه دارد و اعتقادش بر این است که برای اختلال وسواس-جبری این سه جنبه لازم و ملزوم یکدیگرند و در تعامل با همدیگر هستند. همان طور که در مداخله ذکر شده است عامل شناختی مانند باورهای هسته‌ای و افکار خودآیند منفی باعث افزایش نگرانی و به دنبال آن فرآیندهای می‌شوند و همین عامل باعث افزایش رفتارهای وسواسی و راهبردهای کنترل افکار می‌شوند. در حالی که دیدگاه شناختی اعتقادش بر این است که عامل شناختی به‌خودی خود می‌تواند باعث اختلال شود. تحقیقات نشان داده است که این دید می‌تواند تا حدی نادرست باشد چون شناخت‌های منفی به‌خودی خود باعث اختلال نمی‌شوند و در اکثر عموم مردم شناخت‌های منفی دیده می‌شود. راجمن [25] و برخی دیگر از پژوهشگران [9, 11] از اولین کسانی بودند که به این نکته پی‌بردند. در پژوهش آنها ۸۷٪ از نمونه‌های غیربالینی گزارش داده‌اند که تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و ناخواسته‌ای شبیه به محتوا و مضمون افراد وسواسی دارند، مثل احساسات مشمئزکننده، کثیفی، آلودگی، تصادف‌ها، صدمه و آسیب، پرخاشگری، توهین به مقدسات و غیره. همچنین پژوهش‌های دیگری نیز بیانگر وجود ۸۰ تا ۹۰٪ تکانه‌ها، تصاویر و افکار مزاحم و وسواسی در افراد سالم است [11]. در مداخله تدوینی پژوهش حاضر اعتقاد بر این است که زمانی شناخت‌های منفی

و بررسی یک مدل درمانی جدید را روی علائم وسواس بررسی نماید شرکت می‌کنند. همچنین به مراجعان اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند. برای هر بیمار ۱۲ جلسه آموزشی برگزار شد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی روی شدت علائم اختلال بدشکلی بدن بود. برای دستیابی به این هدف مداخله پژوهش حاضر براساس پیشینه نظری و پژوهشی و تجارب کلینیکی مولفان [8, 14, 16-23] تدوین و از لحاظ اثربخشی مورد آزمون قرار گرفت.

در این مدل درمانی مولفه‌های رفتاری (رفتارهای اجتنابی، وسواسی، ایمنی)، شناختی (باورهای هسته‌ای، باورهای بینابینی، افکار خودآیند) و فراشناختی (باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای فراشناختی) در تبیین اختلال بدشکلی بدن لحاظ شده است. نتایج پژوهش حاضر از جهت ارتباط بین مولفه‌های شناختی با اختلال بدشکلی بدن با نتایج برخی پژوهش‌ها [5, 7, 13] همخوان است. از جمله دلایل این ارتباط می‌توان به این مساله اشاره کرد که در این بیماران باورهای زیربنایی خیلی کلی و فراگیر، انعطاف‌ناپذیر، سخت‌گیرانه، منفی و غیرمنطقی است که باعث می‌شود فرآیندهای طبیعی ذهن با تحریف شناختی همراه شود و منجر به افزایش افکار خودآیند منفی در این بیماران شود و از جهت ارتباط بین مولفه‌های رفتاری با اختلال بدشکلی بدن با نتایج مطالعه سالکوسکی و همکاران [5] همخوان است. درنهایت از جهت ارتباط بین مولفه‌های فراشناختی با اختلال بدشکلی بدن نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ریعی و همکاران [8] و کوپر و عثمان [24] همخوان بود. البته قابل ذکر است که این مطالعات فقط ارتباط بین مداخله فراشناختی و اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجید و حیطه‌های رفتاری و شناختی، مورد هدف پژوهش آنها نبوده است.

ازجمله دلایل تدوین و اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی می‌توان به این مساله اشاره کرد که رویکرد CBT به

- 2016;18:168-86.
- 4- Prazeres AM, Nascimento AL, Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:307-16.
- 5- Sulkowski ML, Mancil TL, Jordan C, Reid A, Chakoff E, Storch EA. Validation of a classification system of obsessive-compulsive spectrum disorder symptoms in a non-clinical sample. *Psychiatry Res.* 2011;188(1):65-70.
- 6- American Psychiatric Association DSM-V development. Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Available from: <http://dsm5.org/proposed-revision/Pages/ObsessiveCompulsiveandRelatedDisorders.aspx> 2012
- 7- Philips KA. *Understanding body dysmorphic disorder.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 8- Rabiei M1, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012;43(2):724-9.
- 9- Rachman S, Hodgson R, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Ther.* 1971;9(3):237-47.
- 10- Wells A, Marrison T. Qualitative dimensions of normal worry and normal intrusive thoughts: A comparative study. *Behav Res Ther.* 1994;32(8):867-70.
- 11- Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980.
- 12- Rabiei, M., Kalantari, M., Asgari, K., Bahrami, F. Factor structure, validity and reliability of the skin picking scale revised version. *Zahedan J Res Med Sci.* 2014;16(4):40-4. [Persian]
- 13- Kerlinger FN, Lee HB. *Foundations of behavioral research.* 4th edition. Holt, NY: Harcourt College Publishers; 2000.
- 14- Rabiei M. *Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients [Dissertation].* Isfahan: University of Isfahan; 2010. [Persian]
- 15- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria 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(1):17-22.
- 16- Rabiei M, Khormdel K, Kalantari K, Molavi H. Validity of the yale-brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder (bdd) in students of the University of Isfahan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2010;15:343-50. [Persian]
- 17- Rabiei M. *Body dysmorphic disorder.* Tehran: Arjmand Press; 2015. [Persian]
- 18- Khormdel K, Rabiei M, Molavi H. Psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in students. *Iran J Psy Clin Psychol.* 2010;16(1):74-8. [Persian]
- 19- Ahmad M, Rabiei M. The effect of metacognitive intervention on symptoms of patient with body dysmorphic disorder. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2011;18(1):26-32. [Persian]
- 20- Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire. *J Mazand Univ Med Sci.* 2011;21(83):43-52. [Persian]
- 21- Rabiei M, Salahian A, Kajbaf MB, Palahang H. Efficacy of metacognitive therapy in reducing thoughts fusion in outpatients with body dysmorphic disorder. *Horizon Med Sci.* 2012;18(1):53-9. [Persian]

مشکل‌ساز است که باعث فرانگرانی شود. فرانگرانی زمانی رخ می‌دهد که فرد از شناخت‌های منفی خود بترسد و آنها را غیرطبیعی و فقط خاص ذهن خود بداند. *ولز* اعتقاد دارد زمانی که افراد از افکار خود می‌ترسند و آنها را غیرطبیعی و غیرقابل کنترل می‌دانند باعث ترس بیشتر خود می‌شوند و در همین زمان از روی نگرانی و ترس زیاد دست به حذف و کنترل افکار می‌زنند^[26]. *ولز* و *کینگ*^[27] اعتقاد دارند که تلاش برای کنترل و حذف افکار منفی باعث کاهش افکار و تکانه‌های منفی نمی‌شود بلکه باعث شکست در کنترل افکار می‌شود و حتی گاه باعث افزایش افکار منفی می‌شود. زمانی که فرد از کنترل افکار منفی ناامید می‌شود برای کاهش اضطراب و تنش خود دست به رفتارهای وسواسی، اجتنابی و ایمنی می‌زند. رفتارهای وسواسی و اجتنابی به‌طور موقت باعث کاهش اضطراب می‌شوند و همین مساله باعث تقویت فرد می‌شود تا از رفتارهای وسواسی به‌طور مکرر و اجباری استفاده کند، ولی در دراز مدت باعث ماندگاری رفتار وسواسی و در نتیجه باعث دوام اختلال می‌شود. بنابراین در تبیین اختلال بدشکلی بدن از دیدگاه مداخله تدوینی پژوهش حاضر، به هر سه بُعد رفتاری، شناختی، فراشناختی و چگونگی تعامل آنها توجه و تمرکز شده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش مورد منفرد بود. پیشنهاد می‌شود که مداخله تدوین‌شده در تحقیقات تجربی کنترل‌شده روی بیماران بدشکلی بدن به‌طور کمی و کیفی مورد آزمون قرار گیرد و در صورت امکان با مداخله‌های موجود در نمونه‌های متفاوت مورد مقایسه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی بر شدت علایم اختلال بدشکلی بدن تاثیر گذاشته و شدت بیماری را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از مراجعانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: به کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش، قبل از انجام طرح در مورد اهداف و روند اجرای پژوهش، اطلاعات کافی داده شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان برای انجام مداخله رفتاری-شناختی-فراشناختی به‌صورت کتبی در جلسات اخذ شد.

تعاض منافع: موردی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: فاطمه قاسمی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳/۳۳٪)؛ محسن کریمی (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی (۳/۳۳٪)؛ مهدی ربیعی (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس (۳/۳۳٪)

منابع مالی: پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 2- Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):99-111.
- 3- Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image.*

- 24- Cooper M, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder -- a preliminary exploration. *J Cogn Psychother*. 2007;21(2):148-55.
- 25- Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*. 1993;31(2):149-54.
- 26- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2011.
- 27- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: An open trail. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):206-12.
- 22- Rabiei M. Development of a causal behavioral-cognitive-metacognitive model for explaining the class of obsessive-compulsive disorders and the effect of intervention based on the model on severity of the symptoms of obsessive-compulsive disorders. [Dissertation]. Isfahan: University of Isfahan; 2013. [Persian]
- 23- Rabiei M. *Obsessive-compulsive disorders*. Tehran: Danjeh Press; 2013. [Persian]

این صفحه آگاهانه سفید گذاشته شده است.