

اثر بخشی مداخله فراشناختی در بهبود علائم اختلال بدشکلی بدن (مطالعه موردی)

محسن احمدی ظهور^۱، مهدی ربیعی^۲، لطف اله کریمی^۳، نعمت اله شموسی^۴

^۱ عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان و دانشجوی دکتری واحد علوم و تحقیقات تهران

^۲ دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه اصفهان

^۳ استادیار زبانشناسی کاربردی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

^۴ استادیار گروه زبان انگلیسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤول: همدان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، گروه روانشناسی، محسن احمدی ظهور

E-mail: mahmadi_1362@yahoo.com

وصول: ۸۹/۸/۱۸، اصلاح: ۸۹/۱۰/۳، پذیرش: ۸۹/۱۱/۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی دارای افکار ناکارآمد و منفی در رابطه با ظاهر جسمانی خود می‌باشند. هدف پژوهش حاضر ارائه و سنجش کارآیی مداخله فراشناختی در درمان یک مورد ۲۰ ساله مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع طرح‌های مطالعه موردی می‌باشد که با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی برای کاهش علائم یک بیمار مرد با تشخیص BDD انجام شد. به‌منظور گردآوری داده‌ها مراجع در مرحله خط پایه (پیش‌آزمون)، آخرین جلسه درمان (پس‌آزمون) و ۶ ماه پس از دوره درمان (پیگیری) پرسشنامه‌های زیر را تکمیل کرد: مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، آزمون درآمیختگی افکار (TFI)، پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و پرسشنامه اضطراب بک. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد و بر اساس صعود و نزول نمرات در مورد اثر مداخله قضاوت شد.

یافته‌ها: نمرات آزمودنی در YBOCS-BDD، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۰ و ۱۰ و ۱۰ بود؛ در TFI به ترتیب ۸۲۰، ۱۰۰ و ۱۲۰ و در BDMCQ به ترتیب ۴۵، ۱۰ و ۱۱ و نمرات پرسشنامه اضطراب بک به ترتیب ۴۷، ۱۶ و ۱۸ به دست آمد. طبق شاخص معناداری بالینی، علائم به‌صورت معناداری کاهش یافتند.

نتیجه‌گیری: مداخله فراشناختی در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن مؤثر است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۸/شماره ۱/صص ۳۲-۲۶).

واژه‌های کلیدی: مداخله فراشناختی؛ اختلال بدشکلی بدن؛ مورد پژوهی.

مقدمه

هراسی (dysmorphic phobia) نامیده می‌شود و عبارت است از اشتغال ذهنی فرد با نوعی نقص در ظاهر که این نقص یا خیالی است یا نوعی نابهنجاری جسمی جزئی

ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن یا body dysmorphic disorder (BDD) که در گذشته بدشکلی

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 تفکری می‌شوند توضیحات مختصری را ارائه کرده‌اند. بسیار ساده‌لوحانه است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای زمینه‌ای درباره خود و جهان نسبت دهیم (جمالتی همانند "من آسیب‌پذیرم"، "من یک فرد شکست‌خورده‌ام"). این باورها باعث به وجود آمدن الگوهای تفکری مختل می‌شوند که عمدتاً منفی، تکرار شونده و فزاینده هستند و به دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌ها منتهی می‌شود. در ضمن این باورها همیشه منجر به فشارهای هیجانی طولانی مدت نمی‌گردند. وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌توانند 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 می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه‌ی فراشناختی است (۴).

فیشر و ولز در مطالعه‌ای با استفاده از مدل فراشناختی و با استفاده از طرح A-B تک موردی (n=۴) بر روی افراد مبتلا به اختلال OCD دریافتند که تمام بیماران در پس‌آزمون، بهبودی معناداری را در علائم OCD نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه از دوره پی-گیری ثابت ماندند (۱۲). در مطالعه‌ای همسو با مطالعه مذکور، ریس و کویسولد (۱۳) با استفاده از مدل فراشناختی ولز جهت درمان اختلال OCD بر روی گروهی از بیماران (۶ زن و ۶ مرد) و در دامنه 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

است که دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است (۱). همایندی مکرر در BDD به‌ویژه با افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری-عملی یا obsessive compulsive disorder (OCD) وجود دارد (۲،۳). بیشترین اشتغال ذهنی مربوط به پوست، مو، دماغ، چشم‌ها، ابروها، دهان، لب‌ها، فک و چانه می‌باشد، با این حال ممکن هیچ قسمتی را به تنهایی شامل نشود بلکه اشتغال ذهنی به‌طور همزمان متمرکز بر چندین قسمت بدن باشد (۴).

میزان شیوع BDD در عموم مردم حدود ۰/۷ درصد گزارش شده است (۵) که شیوع بالایی در نوجوانان و بزرگسالان جوان وجود دارد (۶). زمینه‌یابی بیماران BDD که در کلینیک روانپزشکی نیز شیوع برابر را در دو جنس نشان داد (۳،۴). خصیصه‌های مشابهی در آسیب شناختی BDD با OCD و فوبی اجتماعی وجود دارد و همایندی فراوانی با هم دارند. حتی بر اساس شباهت زیاد بین این دو اختلال، گاهی اوقات BDD به-عنوان طیفی از اختلال OCD تلقی می‌شود (۴). با توجه به این که اثربخشی درمان فراشناختی برای درمان اختلال وسواس فکری عملی بدیهی شده است (۷) و با شباهت زیاد بین OCD و BDD، پژوهشگران بر آن شدند تا برای این مورد درمان فراشناختی را برگزینند.

فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (۸،۹). از یک نظر می‌توان آن را به‌عنوان یک جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روانشناختی رابطه دارد (۱۰). درمان فراشناختی را نخستین بار آدرین ولز معرفی کرد. پیدایش درمان فراشناختی در اصل برای رفع نقص‌های درمان شناختی بوده است (۱۱). لذا این روش درمانی از روش استاندارد CBT (cognitive behavioral therapy) متفاوت است، زیرا به جای این‌که درمان شامل چالش با افکار و

(۱۳).

بخشیدن به افکار و سرزنش خود از مشکلات اصلی وی بود.

مداخله فراشناختی (metacognitive intervention) برگرفته از درمان فراشناختی ولز (۴) برای اختلال وسواس فکری عملی می‌باشد. البته قابل ذکر است که تا کنون هیچ مداخله فراشناختی بر روی اختلال بدشکلی بدن در مورد این بیمار انجام نشده و این مداخله اولین مداخله فراشناختی بود که بر روی BDD وی صورت گرفت. همچنین به دلیل نبود پیشینه درمانی در مورد این بیمار، تغییراتی در مدل فراشناختی ولز ایجاد شد.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

۱- مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD): این ابزار خودسنجی دارای ۱۲ سؤال است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای ساختار مرتبه‌ای دو عاملی (۱- وسواس‌های فکری ۲- وسواس عملی) و دارای دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب می‌باشد. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت نشان می‌دهند که از دامنه "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" گسترده است. به‌طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که ابزار YBOCS-BDD دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۱۶). ربیعی و همکاران، این ابزار را در یک نمونه ایرانی اجرا و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی نموده و نشان دادند که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است.

۲- پرسشنامه درهم آمیختگی افکار یا Thought Fusion Instrument (TFI): این آزمون خودسنجی ۱۴ گویه‌ای، باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. این پرسشنامه سه مقوله درهم آمیختگی افکار را در قالب

در ایران نیز در مطالعه‌ای کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- فکری مورد آزمایش قرار گرفت (۱۴). اثربخشی این مدل را با روش تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه بر روی یک مورد آزمودنی (زن) انجام شده است که اثربخشی مدل فراشناختی مورد تأیید بود. از آنجایی که اثربخشی مداخله فراشناختی در کاهش علائم اختلالات شبیه اختلال بدشکلی بدن مانند اختلال وسواس فکری - عملی نشان داده شده است، پژوهشگران بر آن شدند تا اثربخشی مداخله فراشناختی را بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن مورد ارزیابی قرار دهند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه موردی با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی (هایس، ۱۹۹۰) انجام شده است. با وجود این‌که در مطالعه موردی گروه شاهد وجود ندارد، قدرت و کنترل متغیرهای مزاحم پایین می‌آید ولی با این حال مطالعه موردی به چند دلیل می‌تواند مفید باشد (۱۵): کاهش هزینه پژوهش و افزایش عمق مطالعه در مورد یک آزمودنی، انجام مطالعه موردی به‌عنوان مطالعه مقدماتی و نیز آزمایش مداخله‌های جدید در مورد یک بیماری که تا به حال چنین درمانی بر روی آن آزمایش نشده باشد. علاوه بر این، اگر محدودیت‌های پژوهش ذکر شده و پیشنهاد تحقیقی برای تحقیقات آینده باشد، مفید خواهد بود.

آزمودنی یک مرد ۲۰ ساله، مجرد و دانشجوی دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۶-۸۷ بود. سابقه بستری شدن، اختلالات سایکوتیک و مصرف دارو نیز نداشت. پس از مصاحبه تشخیصی، شرکت‌کننده تمامی پرسشنامه‌ها را تکمیل کرد. اشتغال ذهنی نسبت به حال روی صورت، وسواس‌های فکری و عملی در ارتباط با بدشکلی ظاهر، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، عینیت

مطلوبی برخوردار می‌باشد (۲۳).

۴- آزمون اضطراب بک: آرون بک و همکاران مقیاس اضطراب را معرفی کردند که ۲۱ گویه دارد و به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را می‌سنجد (۲۴). بک و همکاران (۱۹۹۰) در دو مطالعه با نمونه‌های ۱۶۰ و ۳۶۷ نفری ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای این پرسشنامه به‌دست آوردند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کمک رسم نمودار انجام شد. در این روش فراز و فرود متغیر وابسته پایه دآوری میزان تغییر به شمار می‌رود. افزون بر این، از معناداری بالینی نیز برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد (۲۵). برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصد بهبودی (A0 - A1) تقسیم بر A0 استفاده شد (۲۶) (A0 مشکل آماجی در جلسه اول و A1 مشکل آماجی در جلسه آخر می‌باشد).

یافته‌ها

نمرات آزمودنی در مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، درآمیختگی افکار (TFI)، پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ) و پرسشنامه اضطراب بک در مرحله خط پایه به‌ترتیب (۳۰)، (۸۲۰)، (۴۵) و (۴۷) بود. مراجع در مرحله پیش‌آزمون، پس از پایان درمان و شش ماه پس از درمان (پیگیری) پرسشنامه‌ها را تکمیل کرد.

نمودار شماره (۱) و (۲) نتایج روند درمان فراشناختی را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را با استفاده از (YBOCS-BDD) را نشان می‌دهد. چنانچه پیش‌تر ذکر شد، این مقیاس شدت اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد و نمره بالای ۲۰، اختلال بدشکلی بدن (BDD) را نشان می‌دهد. نمره آزمودنی در مرحله خط پایه، معادل ۳۰ به‌دست آمد که سیر نزولی علائم در فرایند درمان در پس‌آزمون به ۱۰ و در دوره پی‌گیری به ۱۰ رسید.

یک مدل فراشناختی می‌سنجد و این سه عامل عبارتند از درآمیختگی اندیشه-کنش یا thought action fusion (TAF)، درآمیختگی اندیشه - شیء یا thought object fusion (TOF) و درآمیختگی اندیشه - اتفاق یا thought event fusion (TEF) (۱۸). پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از صفر (ابتدا اعتقادی ندارم) تا ۱۰۰ (کاملاً معتقدم) و به‌صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند. مطالعات معدودی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را گزارش کرده‌اند؛ ویلیام ضریب همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) (۱۹)؛ وی همچنین همبستگی کل‌آیتم‌ها را در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ ذکر کرده است. همچنین همبستگی معناداری بین «TFI» با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی یا ۳۰ (Metacognitive Belief Questionnaire - MCQ-) (۲۰) و درهم‌آمیختگی فکر-کنش (Thought Action-Fusion) (۲۱) به‌دست آمده است. خرمدل، ربیعی و همکاران (۲۲) طی مطالعه‌ای در یک نمونه ایرانی، ویژگی‌های روان‌سنجی TFI را بررسی کرده و نشان دادند که TFI دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۲۲).

۳- پرسشنامه فراشناخت بدشکلی بدن (BDMCQ): این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال می‌باشد که شامل چهار عامل به‌ترتیب راهبردهای کنترل فراشناختی (در مورد ظاهر)، عینیت بخشیدن به افکار (ائتلاف فکر-عمل)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی در مورد بدشکلی ظاهر می‌باشد. هر ماده این پرسشنامه با توجه به مرور پیشینه نظری و پژوهشی و تجارب بالینی پژوهشگران با بیماران بدشکلی بدن تنظیم شده است. در این آزمون، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت چهار گزینه‌ای در مورد تجربه افکار و تصورات در مورد بدشکل بودن ظاهرشان در دو هفته گذشته پاسخ بدهند. نمره‌گذاری پرسشنامه از ۱ تا ۴ می‌باشد. به‌طور کلی، این پرسشنامه از روایی و پایایی

همان‌طور که ملاحظه می‌شود شدت عینیت بخشی و درآمیختگی افکار مراجع پس از درمان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است.

در نمودار شماره (۳) نیز ملاحظه می‌شود که شدت اختلال مربوط به مشکلات فراشناختی مراجع پس از درمان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است.

همان‌طور که در نمودار (۴) ملاحظه می‌شود اضطراب مراجع نیز پس از درمان و در مرحله پیگیری به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است.

علاوه بر یافته‌های بالا، مراجع از لحاظ بالینی نیز بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته بود به‌طوری که از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب نمی‌کرد، رضایت بالایی از ارتباط بین فردی داشت و ابراز داشت که خود و ظاهر خود را قبول کرده و اضطرابش کاهش یافته است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان فراشناختی باعث بهبود علائم و سواس فکری-عملی، نشانگان درآمیختگی افکار و اضطراب آزمودنی در پس آزمون و پیگیری شده است. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال بدشکلی بدن و نبود درمان مشخص و همه‌جانبه برای این اختلال، شایسته است درمان‌های جدید برای اثربخشی بر روی اختلال بدشکلی بدن مورد پژوهش قرار گیرد. درمان فراشناختی از جمله درمان‌های جدید می‌باشد که اثربخشی آن بر چندین اختلال هیجانی روشن گردیده و از جمله این اختلالات، اختلال و سواس فکری - عملی می‌باشد (۱۱ و ۱۲) که با اختلال بدشکلی بدن نیز شباهت زیادی دارد (۴).

درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز، از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرح‌واره‌هایی که ایس و بک در نظریه شناختی خود بر آن‌ها تأکید

کرده‌اند، می‌تواند نوعی عامل فراشناختی به شمار آید توجه به شیوه ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل می‌دهند و این عوامل، خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیمارانشان آموزش دهند که بتوانند افکارشان را با شیوه‌ای متفاوت شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (۱۲). کاهش نمرات آزمودنی در مقیاس YBOCS-BDD از ۳۰ در مرحله خط پایه تا ۱۰ در مرحله پیگیری، دلیلی بر اثربخشی این شیوه درمانی بر علائم BDD می‌باشد. این نتیجه یافته‌های مبنی بر کارایی درمان فراشناختی بر درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند (۱۲). همچنین جهت از بین بردن درآمیختگی افکار که یکی از مهم‌ترین ابعاد مدل فراشناختی و سواس (مربوط به بدشکلی بدن) است از راهبردهای ویژه فراشناختی استفاده شد. نمره درآمیختگی افکار در مرحله خط پایه برای مراجع ۸۲۰ بود که در شش ماه پس از درمان به ۱۰۰ رسید و این نتیجه با سایر یافته‌های مبنی بر اثربخشی مدل فراشناختی بر علائم و سواس‌ها هماهنگ بود (۱۲، ۱۳).

با توجه به نمره به‌دست آمده مراجع در آزمون BDMCQ در مرحله پیش آزمون و کاهش آن در مرحله پس از درمان فراشناختی و در مرحله پیگیری می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان حاضر بیشترین اثربخشی را بر مؤلفه‌های فراشناختی اختلال بدشکلی بدن بر جا می‌گذارد. این مؤلفه‌ها عبارتند از:

- ۱- شیوه‌های کنترل افکار (مثل نشخوار فکری و نگران اندیشی در مورد زشت بودن)،
- ۲- عینیت بخشیدن به افکار مربوط به بدشکلی بدن (مثل افکار بدشکلی را برابر با واقعیت دانستن)
- ۳- باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی مربوط به بدشکل بودن (مثل اعتقاد به اثربخشی افکار مربوط به

مداخله فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون (مثل هشیاری بیش اندازه به توجه دیگران نسبت به خود) و چگونگی برون داد اطلاعات (مثل رفتارهای ایمنی) توجه فزاینده دارد.

پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که مدل درمان فراشناختی را بر روی علائم BDD آزمایش کرده است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود گروه کنترل و مقایسه در مورد درمان فراشناختی بر روی علائم BDD اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی در نمونه‌های دیگر و در مقایسه با درمان‌های دیگر برای افراد مبتلا به BDD اجرا شود.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم که از مددجوی محترم که با صبر و تحمل و اشتیاق وافر، کلیه مراحل درمان و پیگیری را با محققان همراهی نمودند، تقدیر و تشکر نماییم.

بدشکل بودن و یا اعتقاد به خطرناک بودن افکار مربوط به بدشکلی)

۴- رفتارهای ایمنی مربوط به بد شکل بودن (مثل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به‌خاطر افکار زشت بودن).

یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر BDD مراجع نیز به‌خاطر اثرگذاری بر مؤلفه‌های ذکر شده می‌باشد.

از علت‌های اثربخشی مداخله فراشناختی می‌توان موارد فوق را ذکر کرد:

۱- اثربخشی بر روی راهبردهای کنترل فراشناختی نادرست (مثل نشخوار فکری، انعطاف‌ناپذیری در پردازش اطلاعات، نگران‌اندیشی، هشیاری بیش اندازه در مورد افکار مربوط به بدشکلی ظاهر)

۲- اثربخشی مداخله بروی 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 اینکه افکار مربوط به بدشکلی باعث می‌شوند تا از زشتی و بدشکلی ظاهر جلوگیری شود).

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4 th ed. Washington DC: APA;2000.
2. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. CNS Spectr. 2002;7(6):464-71.
3. Neziroglu, F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias, J. A. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. Jof Clin Psychiat. 2003; 57: 61-4
4. Philips KA. Understanding Body Dysmorphic Disorder. Oxford: Oxford University Press; 2009.
5. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry. 2001;158(12):2061-3.
6. 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(6):1644-9.
7. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York : Guilford Press; 2009
8. Flavell, J H. Metacognition and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry. Am Psychol. 1979; 34:906-911.
9. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson R, Keil FC , editors. The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge, Mass. : MIT Press; 1999.
10. Wells A, Matthews G. Attention and Emotion: A clinical perspective. Hove: Erlbaum, 1994.
11. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley, 2000.

12. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(2):117-32.
13. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):451-8
14. Andooz Z. Efficacy of wells metacognitive therapy on treatment of patient who infected to OCD. *J psychiat Clin Psychol*. 2005; 3: 59-63
15. Hayes SC. Single case experimental design and empirical clinical practice. In: Kazdin AE, editor. *Methodological Issue and strategies in clinical research* . Washington, DC : American Psychological Association; 1992 .
16. 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.
17. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of modified Yale-Brown OCD scale for body dismorphic disorder in students. *J psychiat Clini Psychol*. 2010; 15(4): 343-50. Persian.
18. Wells A , Gwilliam P , Cartwright-Hatton, S. *The Thought Fusion Instrument worry, obsessive compulsive symptoms and metacognitive*. Manchester: University of Manchester; 2001
19. William P. *An investigation into the cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms*. [dissertation]. Manchester: University of Manchester; 2001.
20. Wells A, Cartwright-Hatton S. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004 Apr;42(4):385-96.
21. Shafran R, Thordarson MA, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1996; 10: 379-91
22. Khorramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshatdoost H. Psychometric properties of thought fusion instrument scal (TFI) in college students. *J psychiat Clin Psychol*. 2010; 16(1): 74-8. persian
23. Rabiei, M. Bahrami, F. Molavi, H. Construction and standardization of the Body Dysmorphic Metacognitive Questionnaire in an Iranian population. *J Behav Ther*. 2010. (In press). persian
24. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
25. Kazdin, A *EResearch design in clinical psychology*. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon; 1992
26. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: history, application, and current practice. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(3):421-46.