

بررسی رابطه‌ی مولفه‌های فراشناختی، فرانگرانی و درآمیختگی افکار با اختلال بدشکلی بدن

مهدی ربیعی^۱، امیر محسن راهنجات^۲، مسعود نیک‌فرجام^۳ و فرشاد نجفی‌پور^۴

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، نویسنده مسئول. ۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا. ۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. ۴- پژوهشکده طب نظامی، دانشگاه علوم پزشکی آجا.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله مقاله پژوهشی</p>	<p>مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی مولفه‌های فراشناختی، فرانگرانی و درآمیختگی افکار با اختلال بدشکلی بدن بود.</p>
<p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۱۵</p>	<p>روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵۵ نفر از دانش‌آموزان متوسطه شهرستان اصفهان در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ بود که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل: مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل- براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، پرسشنامه فراشناخت (MCQ-۳۰) پرسشنامه فرانگرانی (MWQ) و پرسشنامه درآمیختگی افکار (TFI) بودند.</p>
<p>کلید واژگان اختلال بدشکلی بدن، فراشناخت، فرانگرانی، درآمیختگی افکار.</p>	<p>یافته‌ها: نتایج نشان داد که اختلال بدشکلی بدن رابطه معناداری با مولفه‌های فراشناختی، فرانگرانی و درآمیختگی افکار دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان نشان داد که نمره کلی فراشناخت، فرانگرانی و درآمیختگی افکار ۲۴ درصد از واریانس نمرات اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی می‌کنند.</p>
<p>نویسنده مسئول Email: Rabiei_psychology@yahoo.com</p>	<p>نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بین فراشناخت مشکل‌ساز، فرانگرانی، درآمیختگی افکار و اختلال بدشکلی بدن در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه رابطه وجود دارد.</p>

مقدمه

که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (۵). رویکرد فراشناختی راهبردهایی را به بیماران می‌دهد تا خودش را از مکانیسم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی - نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (۶). یکی از بنیادی‌ترین مباحث در مفهوم‌سازی مدل‌های شناختی و فراشناختی وسواس، پدیده درآمیختگی افکار^۳ است. در این پدیده باورهای فراشناختی، مرز بین فکر و اتفاقات و فکر و عمل از بین می‌برد (۷). ولز در بیان الگوی فراشناخت در مورد وسواس به بیان مفاهیم سه‌گانه‌ی درهم‌آمیختگی افکار یعنی باورهایی درباره‌ی اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد. در هر فرد ممکن است یک حیطه یا بیشتر از این باورها وجود داشته باشد. این حیطه‌ها عبارتند از:

۱- درآمیختگی فکر - کنش (TAF)^۴: که به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها اطلاق می‌شود.

ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن^۱ (BDD) که در گذشته بدشکلی هراسی نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر فرد که این نقص یا خیالی است یا چنانچه ناپهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است (۱). BDD بوسیله صرف زمان برای رفتارهایی مانند: نگرستن به آینه، مقایسه خصیصه‌های ویژه با دیگر افراد، نهان‌سازی افراطی (پوشاندن نقص)، دستکاری پوست و جستجو برای اطمینان آفرینی، مشخص می‌شود. معمولاً اجتناب از موقعیت اجتماعی و رابطه دوستی نیز در این افراد وجود دارد. میزان شیوع BDD در عموم مردم در دو مطالعه ۰/۷ درصد گزارش شده است (۲). همبندی مکرر بین BDD و دیگر اختلالات بویژه با افسردگی، فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری- عملی^۲ (OCD) وجود دارد (۳ و ۴). خصیصه‌های مشابه‌ای در آسیب شناختی BDD با OCD و فوبی اجتماعی وجود دارد.

اختلال بدشکلی بدن علت‌های مختلف روانشناختی و زیستی دارد که هنوز از لحاظ سبب‌شناسی جنبه‌های مبهم زیادی دارد. یکی از رویکردهای مهم در زمینه ی BDD، رویکرد فراشناخت است. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم در برگیرنده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است

- 1-Body Dysmorphic Disorder-BDD
- 2-Obsessive Compulsive Disorder-OCD
- 3-Thoughts Fusion
- 4-Thought Action Fusion

بیش از ۵۰ درصد آنها حداقل یک نوع اشتغال ذهنی با جنبه خاصی از ظاهرشان داشتند و این نگرانی حداقل تا حدودی اثرات چشمگیری روی احساسات و کارکرد حدود ۲۵ درصد نوجوانان داشت. همچنین داده‌ها حاکی از آن است که شایع‌ترین سن شروع بین ۱۵ و ۳۰ سالگی است (۱۵).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

۱- **مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن** (BDD-YBOCS)^۵: یک ابزار خودسنجی ۱۲ سوالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد. که دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو سوال اضافی است. این عوامل عبارتند از: ۱- وسواس‌های فکری ۲- وسواس عملی و دو سوال اضافی در مورد بینش و اجتناب. پاسخ‌دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده است، نشان می‌دهند. بطور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که (YBOCS-BDD) دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۱۷). فیلیپس^۶ و همکاران (۱۷) پایایی از نوع ارزیاب‌ها و بازآزمایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع باز آزمایی در دوره یک هفته‌ای مناسب بود ($r=0/88$). ضریب آلفای کرانباخ برای همسانی درونی ۰/۸۰ به دست آمد که نشان دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس می‌باشد.

BDD-YBOCS، با نمرات سنجش عملکرد کلی^۷ در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)^۸ همبستگی مثبتی ($r=-/51$) داشت. روایی تشخیصی در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روانپزشکی^۹ مناسب بود ($r=1/19$). ربیعی و همکاران (۱۶) (YBOCS-BDD) را در یک نمونه ایرانی اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن را بررسی کردند. پژوهش آنها نشان داد که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد (۱۶).

۲- **پرسشنامه درهم آمیختگی افکار** (TFI)^{۱۰}: یک آزمون خودسنجی ۱۴ گویه‌ای است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. TFI سه مقوله درهم آمیختگی

۲- **درآمیختگی فکر - رویداد** (TEF)^۱: اینکه فکر کردن در مورد یک اتفاق به این معنی است که آن اتفاق رخ خواهد داد یا اینکه فکرهای بد منجر به حادثه‌ای بد می‌شوند.

۳- **درآمیختگی فکر - شی** (TOF)^۲: این باور است که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیاء منتقل شده و از راه اشیای آلوده به اشیاء یا افراد دیگر منتقل می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که درآمیختگی افکار با طیف وسیعی از اختلال‌های خوردن، اختلال اضطراب فراگیر، فوبی اجتماعی، اختلال وحشتزدگی، اختلال استرس پس از سانحه^۳ (PTSD)، افسردگی و وسواس مرتبط می‌باشد (۸ و ۹)، همچنین درآمیختگی افکار در گروه غیربالینی (۱۰ و ۱۱) و کودکان نشان داده شده است (۱۱).

علاوه بر نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است و به صورت پیش‌بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف می‌شود (۱۲). نگرانی هم در افراد سالم و هم در افراد مبتلا به اختلال دیده می‌شود. به عبارت دیگر نگرانی در بین افراد بیشتر از لحاظ کمی و شدت متفاوت می‌باشد تا از لحاظ کیفی (۱۳). کنترل ناپذیر دانستن نگرانی و فراگیر شدن آن و ایجاد اختلال در عملکرد روزانه فرد و حضور فرانگرانی (یا نگرانی در مورد نگرانی) یکی از مولفه‌های مشکل ساز در فراشناخت است (۱۴). مطالعات انجام شده رابطه‌ی نگرانی را با نارضایتی از تصویر بدنی و به عنوان راهبردی برای کنترل افکار در اختلال وسواس نشان داده‌اند (۱۴). همچنین مطالعه کوپر و عثمان^۴ (۱۴)، نشان داد که، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، از لحاظ فراشناخت و عینیت دادن به افکار و تصاویر مربوط به بدشکلی ظاهر خودشان از افراد بهنجار متفاوت می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی مولفه‌های فراشناختی، فرانگرانی و درآمیختگی افکار با اختلال بدشکلی بدن انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع رابطه‌ای و همبستگی بود. در این پژوهش رابطه‌ی بین چند متغیر فراشناختی مشکل ساز و اختلال بدشکلی بدن بررسی شد. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقاطع متوسطه شهر اصفهان که در سال ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند، را شامل می‌شد. ۱۵۵ دانش‌آموز دوره دبیرستان که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند به عنوان نمونه گزینش شدند. دلیل انتخاب دانش‌آموزان به عنوان نمونه این بود که اختلال بدشکلی بدن به راحتی قابل مطالعه نیست زیرا این بیماران بیشتر به متخصصین پوست، داخلی یا جراحان پلاستیک مراجعه می‌کنند تا روانپزشکان یا روانشناسان (۱۵). همچنین مطالعه‌ای روی گروهی از نوجوانان نشان داد که

1-Thought Event Fusion
2-Thought Object Fusion
3-Post Traumatic Stress Disorder-PTSD
4-Cooper & Osman
5-Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD
6-Phillips
7-Global Assessment of Functioning
8-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
9-Brief Psychiatric Rating Scale
10-Thoughts Fusion Inventory (TFI)

۳- فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت^۵ (MCQ-30): به منظور سنجش باورهای فراشناختی مجدداً تجدید نظر شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (مؤافق نیستم، تا حدودی مؤافقم، بطور متوسط مؤافقم و خیلی مؤافقم) پاسخ می‌دهد. این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ نمره گذاری می‌شوند. فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ۵ مؤلفه اعتماد شناختی^۶، باورهای مثبت در مورد نگرانی^۷، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر^۸ و باورهایی در مورد نیاز به کنترل را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت ۰/۷۳ می‌باشد (۱۹ و ۲۰).

برای تحلیل داده‌ها و بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک از روش تحلیل همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

ماتریس همبستگی بین مولفه‌های فراشناخت، درآمیختگی افکار و فرانگرانی با اختلال بدشکلی بدن در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین مولفه‌های فراشناخت، درآمیختگی افکار و فرانگرانی با اختلال بدشکلی بدن

اختلال بدشکلی بدن	فرانگرانی	درآمیختگی افکار	فراشناخت	مولفه های سلامت فراشناخت و آمیختگی افکار
			۱	فراشناخت
		۱	۰/۳۹ **	درآمیختگی افکار
	۱	۰/۳۳ **	۰/۴۲ **	فرانگرانی
۱	۰/۴۴ **	۰/۳۲ **	۰/۳۵ **	اختلال بدشکلی بدن

مولفه‌های درآمیختگی افکار به همراه فراشناخت وارد مدل می‌شدند و به همراه فرانگرانی ۲۳ درصد از واریانس متغیر ملاک (اختلال بدشکلی بدن) را تبیین نمودند. همچنین نتایج آماری R² و R change نشان‌دهنده‌ی رابطه معنادار بین مولفه‌های فراشناخت مشکل ساز با اختلال بدشکلی بدن می‌باشد.

- 1-Thought Action Fusion
- 2-Thought object Fusion
- 3-Thought Event Fusion
- 4-Wells
- 5-Metacognition Questionnaire-MCQ30
- 6-Cognitive confidence
- 7-Positive worry beliefs
- 8-Uncontrollability and danger Beliefs about

افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده را می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از: ۱- درآمیختگی اندیشه-کنش^۱ ۲- درآمیختگی اندیشه شی^۲ و ۳- درآمیختگی اندیشه - اتفاق^۳. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از "ابتدا اعتقادی ندارم" تا "کاملاً معتقدم" و به صورتی ده تایی نمره گذاری می‌شوند. مطالعات محدودی ویژگی‌های روانسنجی TFI را گزارش کرده‌اند (۱۵). ولز^۴ و همکاران، ضریب همسانی درونی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش کرده است (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) (۱۸). همچنین تحقیقات، همبستگی ۰/۴ تا ۰/۷ بین TFI با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی و درهم‌آمیختگی فکر-کنش (TAF)، نشان داده است (۹). در مطالعه‌ای در یک نمونه ایرانی، ویژگی‌های روانسنجی TFI را بررسی شد که نتایج نشان داد که دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نیز ۰/۸۷ به دست آمد (۱۹). جهت محاسبه روایی همگرا نیز از پرسشنامه تجدید نظر شده درآمیختگی فکر-عمل (TAF) استفاده شد (۸ و ۹) که به لحاظ مفهوم شناختی بیشترین شباهت را با (TFI) داشت. ضریب همبستگی بدست آمده بین دو پرسشنامه معادل ۰/۶۵ بود.

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود نمرات دانش‌آموزان در کلیه مولفه‌های فراشناخت مشکل ساز با اختلال بدشکلی بدن رابطه معناداری دارند ($P < 0.01$)، به عبارت دیگر بین فراشناخت مشکل ساز، درآمیختگی افکار، فرانگرانی و اختلال بدشکلی بدن رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۲) نتایج رگرسیون گام به گام بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده فراشناخت، درآمیختگی و فرانگرانی و متغیر ملاک (اختلال بدشکلی بدن) در دانش‌آموزان متوسطه را نشان می‌دهد. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود درگام اول مولفه‌ی فرانگرانی با ضریب استاندارد بتا ۰/۴۳ توانسته است در حضور سایر متغیرهای پیش‌بینی وارد مدل شود و ۱۹ درصد از واریانس اختلال بدشکلی بدن را تبیین کند. درگام دوم

جدول ۲: نتایج رگرسیون گام به گام بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده فراشناخت، در آمیختگی و فرانگرانی و متغیر ملاک

(اختلال بدشکلی بدن) در دانش‌آموزان متوسطه

ضرایب رگرسیون	P	F	R square change	ΔR	R	منابع تغییرات متغیرهای پیش‌بینی‌کننده	
B = ۳/۶۲ t = ۵/۹۳ p < ۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱	۱۹/۳۵	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۴۳	فرانگرانی	گام اول
B = ۲۱۴ t = ۴/۸۷ p < ۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱	۳۸/۲۱	۰/۰۴	۰/۲۳	۰/۴۷	فرانگرانی، در آمیختگی افکار و فراشناخت	گام دوم

بدشکلی بدن، چهار مولفه فراشناختی به تنهایی قادر به پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن نبودند ولی نمره کلی چهار مولفه توانست اختلال بدشکلی بدن را پیش‌بینی کند که نشان‌دهنده‌ی این است که تمامی مولفه‌های فراشناختی در ارتباط با یکدیگر با اختلال بدشکلی بدن دارای رابطه و اثرگذاری می‌باشند.

علاوه بر یافته‌های ذکر شده بین دو جنس از لحاظ اختلال بدشکلی بدن تفاوت معناداری وجود نداشت که همخوان با یافته‌های نظیر اقلو و همکاران (۳) و ویل (۲۲) بود. ولی بین دو جنس از لحاظ نمره کلی مولفه‌های فراشناختی تفاوت وجود داشت. یعنی پسران مشکلات فراشناختی مربوط به بدشکلی بالاتری نسبت به دختران دارا بودند که در این زمینه تاکنون پژوهشی انجام نشده است. در کل از این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین مولفه‌های فراشناختی و اختلال بدشکلی بدن رابطه وجود دارد و همچنین مولفه‌های فراشناختی متفاوتی در اختلال بدشکلی بدن نسبت به سایر افراد دخیل می‌باشد که نیازمند توجه متخصصان به این حیطة است تا در امر علت‌شناسی و درمان به آنها کمک نماید. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل مساوی نبودن گروه‌ها، محدود بودن تنوع سنی و تحصیلاتی نمونه و عدم استفاده از مصاحبه تشخیصی برای نمونه‌ها بود، که محققان پژوهش حاضر به علت هزینه‌بر بودن آن قادر به کنترل آن نبودند. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در نمونه‌ها و سنین دیگر و در گروه‌های برابر و با روش‌های تجربی و کنترل شده انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین فراشناخت مشکل‌ساز و مولفه‌های فراشناختی با اختلال بدشکلی بدن بود. یافته‌ها نشان دادند که بین تمامی فراشناخت، در آمیختگی افکار و فرانگرانی با اختلال بدشکلی بدن رابطه معناداری وجود دارد که با تحقیقات ولز و همکاران (۷)، ولز (۲۲)، ویل (۲۱)، و مور و وینکوویست^۲، (۲۳)، ولز و کارتر (۲۴) مبنی بر رابطه بین اختلالات فراشناختی و اختلالات هیجانی، همخوان است. علاوه بر این، یافته‌ها نشان دادند، افرادی که اختلال بدشکلی بدن دارند در مقایسه با افرادی که این اختلال را ندارند در مولفه‌های فراشناختی نمرات بالاتری به دست آوردند و مشکلات فراشناختی حادتری دارند که همخوان با نتایج ربیعی و همکاران، (۱۶) و ویل (۲۲) بود. مولفه‌های فراشناختی دخیل در اختلال بدشکلی بدن عبارتند از:

۱- راهبردهای کنترل فراشناختی مثل سرکوبی افکار مربوط به زشت بودن، نگران‌اندیشی در مورد افکار مربوط به بدشکلی، نشخوار فکری در مورد افکار مربوط به بدشکلی، عدم ارزیابی مجدد در مورد افکار بدشکلی و نظارت بیش از اندازه به افکار مربوط به بدشکلی ۲- عینیت بخشیدن به افکار و تصورات مربوط به بدشکلی بدن مثل تصدیق و واقعی دانستن افکار مربوط به بدشکلی بدن ۳- باورهای مثبت و منفی نسبت به افکار مربوط به بدشکلی بدن مثل اعتقاد به این که افکار بدشکلی بدن باعث رسیدگی به ظاهر می‌شود و یا اعتقاد به خطرناک بودن افکار مربوط به بدشکلی بدن ۴- رفتارهای ایمنی نیز شامل رفتارهای می‌شود که به طور موقت باعث کاهش اضطراب می‌شوند ولی در درازمدت باعث پایداری باورهای فراشناختی و الگوی کنترل فکری نادرست مثل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، کاهش روابط بین فردی، وسواس‌های فکری و عملی در ارتباط با افکار بدشکلی می‌شود. در ارتباط با رابطه مولفه‌های فراشناختی با اختلال

1-Veale
2-Mor & Winquist

References

- 1-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 th Edition) Text Revision. Washington DC: Author. 2013.
- 2-Otto MW, William S, Cohen LS, & Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 2061–3.
- 3-Neziroglu, F., Khemlani -Patel, S., & Yaryura-Tobias, J. A. Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. *Behavioural Psychotherapy*. 2003; 21: 27–36.
- 4-Neziroglu, F., & Khemlani –Patel, S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*. 2002; 7: 464–71.
- 5-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.
- 6-Wells, A., & Simbi. S. Metcognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy*. 2004; 35: 307- 18.
- 7-Wells, A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press, 2009.
- 8-Shafran, R., Thordarson, M. A., & Rachman, S. Thought action -fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996; 10: 379–91.
- 9-Shafrana, R. Rachman, S. Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004; 35: 87–107.
- 10-Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. Thought–action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39: 757–64.
- 11-Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. The thought–action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39:537–44.
- 12-Kubzaskey LD, Kawchi I, Spiro A, Weiss ST. Is worrying bad for your heart. *Circulation*. 1997; 95: 818.
- 13-Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB ve ark. A brief measure of worry severity: personality and clinical correlates of severe worries. *Anxiety Disorder*. 2005; 3: 1411-32.
- 14-Cooper, M., & Osman, S. Metacognition in body dysmorphic disorder - A preliminary exploration. *Journal of cognitive psychotherapy: an international Quarterly*, 2007; 21, 148-55.
- 15-Kaplan BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th Ed. New York: Guilford Press; 2007.
- 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. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical psychology*. 2010, 15: 343-50. [Persian]
- 17-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 Bul*. 1997; 33: 17-22.
- 18-Wells A., Gwilliam P., & Cartwright-Hatton, S. The Thought Fusion Instrument worry, obsessive compulsive symptoms and metacognitive. (Unpublished self-report scale).University of Manchester. UK, 2001.
- 19-Khormdel, K., Rabiei, M., & Molavi, H. Psychometric properties of the Thought Fusion Instrument (TFI) in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical psychology*. 2010; 16: 74 -8.[Persian]
- 20-Wells, A., & Cartwright- Hatton, S., A short from of the metacognition Questionnaire: properties of the MCQ 30, *Behavior Research and Therapy*. 2004; 42: 385-96.
- 21-Veale, D. Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2004; 1:13–25.
- 22-Wells, A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2005; 23: 337-55.
- 23-Mor N & Winquist J. Self- focused Attention and Negative Affect: A Meta- Analysis. *Psychology Bulletin*. 2002; 128 (7): 658-62.
- 24-Wells, A., & Carter, K. The obsessive compulsive beliefs questionnaire. Unpublished scale, University of Manchester, 1999.

The investigation of correlation between metacognitive subscales, Meta worry and thoughts–fusion with body dysmorphic disorder

Rabiei M (Ph.D)*, (Rahnejat AM (Ph.D) , (Nikfarjam M (MD), Najafipour F (Ph.D)

Abstract

Background: The purpose of this study was the investigation of correlation met cognitive subscales, meta worry and thoughts–fusion with body dysmorphic disorder.

Methods: Design of this study was method of the correlation. Sample of this study included 155 high school students of Isfahan. The subjects selected basis of malt- stage cluster sampling. The tools that used in this study including: Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD), Meta Cognitive Questionnaire (MCQ), Meta Worry Questionnaire (MWQ) and Thoughts Fusion Inventory (TFI).

Results: Result indicated that body dysmorphic disorder have a significant correlation with metacognitive subscales, meta worry and thoughts–fusion. Also, the results of analysis regression showed that metacognitive total score, meta worry and thoughts–fusion explained 24 percent vari-ances of body dysmorphic disorder.

Conclusion: Results indicated that body dysmorphic disorder have a significant correlation with metacognitive subscales, meta worry and thoughts–fusion in high school students of Isfahan.

Key words: Body dysmorphic disorder, Metacognition, Meta worry, Thoughts fusion.

*Corresponding author: Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran .Email: Rabiei_psychology@yahoo.com