فصلنامه مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی
سال نهم، شماره ۱ (پیاپی: ۳۳)، بهار ۱۴۰۴

# پیش‌بینی اختلال بدریخت انگاری بر اساس ابتلا به ابعاد وسواس فکری-عملی (موردمطالعه: مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان)

*تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸*
*تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶*
*کد مقاله: ۷۴۱۱۸*

**حسین رضایی *[۱]، امیرحسین یاوری [۲]**

## چکـیده

پژوهش حاضر به پیش‌بینی اختلال بدریخت انگاری بر اساس ابتلا به ابعاد وسواس فکری-عملی در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی زیبایی شهر همدان در ۵ سال اخیر پرداخته و این مطالعه در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ انجام پذیرفت. هدف از انجام این مطالعه، شناسایی روابط معنادار میان متغیرهای مستقل و وابسته بود. پژوهش حاضر از نظر جهت‌گیری کاربردی، از نظر فلسفه روش اثبات‌گرا و همبستگی، از نظر راهبرد پیمایشی، از نظر هدف توصیفی، از نظر افق زمانی مقطعی و از نظر شیوهٔ گردآوری داده‌ها مبتنی بر پرسشنامه طراحی و اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی شامل مراکز دولتی و بخش خصوصی می باشند. از این جامعه تعدادی به‌عنوان حجم نمونه موردمطالعه با توجه به حضور در مراکز انجام جراحی (در دسترس) و خصوصاً افرادی که برای مراقبت‌های پس از جراحی به این مراکز مراجعه می‌کنند انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به فرمول پیشنهادی تاباچینگ و همکاران برای پژوهش‌های همبستگی ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزارهای این پژوهش برای سنجش اختلال بدریخت انگاری پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن ربیعی و همکاران و برای سنجش اختلال وسواس از پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری-عملی فوا و همکاران استفاده شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین اختلال بدریخت‌انگاری برابر با ۷۷/۶۵ بوده و ۴۶/۶ از جامعه مورد مطالعه دارای این اختلال است. میانگین وسواس فکری-عملی برابر با ۴۲/۳۱ بوده و ۴۷/۰۱ از جامعه مورد مطالعه دارای این اختلال است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که همبستگی بین دو متغیر برابر (r=۰/۶۹) وسواس فکری-عملی با (β=٪۲۲) بر اختلال بدریخت انگاری تأثیر داشته است.

**واژگـان کلـیدی:** اختلال بدریخت انگاری، وسواس فکری-عملی، جراحی زیبایی، شهر همدان

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشکدهٔ علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان (نویسنده مسئول)،
*Rezaii.hossen@yahoo.com*
۲- دکتری روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی دانشکدهٔ علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

## ۱- مقدمه

در عصر حاضر توجه به‌ظاهر و زیبایی به یکی از دغدغه‌های اصلی افراد جامعه تبدیل شده است. رشد چشمگیر صنعت زیبایی و افزایش تمایل به جراحی‌های زیبایی، نشان‌دهنده اهمیت روزافزون ظاهر فیزیکی در جوامع معاصر است (فیلیپس و همکاران[1]، ۲۰۰۷). در این میان، اختلال بدریخت‌انگاری بدن[2] به‌عنوان یکی از اختلالات روان‌شناختی مهم، توجه متخصصان حوزه سلامت روان را به خود جلب کرده است.

بیش از ۱۰۰ سال پیش امیل کرپلین اختلال بدریخت انگاری بدن را شناسایی و آن را هراس از بدشکلی نامید؛ او اختلال یادشده را یک نوع نوروز وسواسی می‌دانست. برای اولین بار، این اختلال در چاپ سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3] مطرح شد و تا به امروز به‌عنوان اختلال بدشکل‌انگاری بدن مطرح شده است. با توجه به تغییرات موجود در DSM-۵ طبقه اختلال بدریخت انگاری بدن به‌عنوان یک طبقه جدا از اختلال‌های وسواس فکری – عملی در نظر گرفته می‌شود. بیماران دارای اختلال بدریخت‌انگاری بدن از احساس ذهنی عمیق زشتی وجهی از ظاهر خود، علی‌رغم نرمال یا تقریباً نرمال بودن آن رنج می‌برند. هستهٔ مرکزی اختلال، باور یا ترس عمیق از فقدان جاذبه است. مشخصه این اختلال بیشتر به‌صورت فعالیت‌های تکراری یا درگیری ذهنی بسیار بااندام‌های بدن همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4]، ۲۰۱۳).

اختلال بدریخت انگاری بدن می‌تواند بسیاری از ابعاد زندگی یک فرد را تحت الشعاع خود قرار دهد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن از مشکلات شدید افسردگی، استرس و اضطراب رنج می‌برند. تصویر تن این افراد، بسیار تحریف شده است. نشخوار فکری نیز که شامل اشتغال ذهنی دائمی به افکاری آگاهانه خودآیند، ناخوشایند و مزاحم است، در افراد مبتلا به این اختلال قابل مشاهده است که خود باعث ایجاد سطوح بالایی از اضطراب می‌شود. نشخوار فکری و اضطراب باعث تقویت همدیگر می‌شود. بدین صورت که نشخوار فکری دربارهٔ تصویر تن منفی، موجب بروز اضطراب شده و در مقابل آگاهی فرد از ناتوانی خود در قطع زنجیره نشخوار فکری سبب بیشتر شدن نگرانی می‌شود (رجبیان: ۱۴۰۲: ۴۸۸).

متخصصان بهداشت روانی، به دلیل اهمیت تصویر بدنی در ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی، تحقیقات متعددی را در این زمینه انجام داده‌اند. نتایج یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که برخی افراد اشتغال ذهنی مداومی دربارهٔ ظاهر جسمانی خود دارند و علی‌رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، ترس مفرط و نگران‌کننده‌ای را از زشت یا غیر جذاب بودن خود گزارش می‌کنند (حیدری و علی پور خدادادی، ۱۳۹۰: ۸۵). توجه به ویژگی‌های جسمانی در دوران نوجوانی بیشتر به چشم می‌آید و نوجوانان با توجه رشد غیر یکسان اندام‌هایشان در این زمینه بیشتر نگران می‌شوند (فیلیپس، ۱۹۹۶). ازجمله ویژگی‌های شناختی و عاطفی افرادی که دارای نگرانی از بدریختی بدن هستند، این است که فرد دربارهٔ بدن خودش افکار تکراری دارد و زمان زیادی را برای وارسی کردن این نواقص تصور شده، مخفی کردن یا پوشاندن نواقص و آگاهی بیش‌ازحد نسبت به آن‌ها صرف می‌کند. اعمالی که این افراد در تلاش برای کاهش اضطراب ناشی از افکار عودکننده مرتبط با نواقص انجام می‌دهند، نگاه کردن در آینه، جست‌وجوی اطمینان از دیگران و آرایش کردن است. این رفتارها می‌تواند برای نوجوانان بسیار آسیب‌رسان باشد. تصویر تن با افسردگی، اضطراب و ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران رابطه دارد و نوجوانان دارای نگرانی از بدریختی بدن ممکن است در تمرکز برای انجام تکالیف درسی خود دچار مشکل بشوند و در فعالیت‌های اجتماعی منزوی شوند؛ همچنین، افسردگی و در برخی موارد افکار و اقدام به خودکشی هم پیش می‌آید (قائینی و همکاران، ۱۳۹۴). افراد دارای این نگرانی، برای حل مشکلات خیالی خود از ظاهر جسمانی به انواع روش‌های تهاجمی جراحی برای تغییر دست می‌زنند؛ درحالی‌که هنوز ریشهٔ روان‌شناختی مشکل آن‌ها لاینحل باقی می‌ماند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین، ارتباط معناداری بین افسردگی، اختلالات وسواسی و بدریخت‌انگاری بدن گزارش شده است. تحقیقات نشان می‌دهد که ارتباط بین باورهای وسواسی و جراحی‌های زیبایی از جنبه‌های مفهومی و علمی مورد بررسی قرارگرفته است. افراد با ویژگی‌های وسواسی معمولاً دچار افکار و رفتارهایی غیرقابل‌کنترل هستند (غلامزاده، برهمند و حاجیلو، ۱۳۹۴).

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل متعددی در شکل‌گیری و تشدید این اختلال نقش دارند. تعدادی از محققان به بررسی شباهت‌های میان اختلال بدریخت انگاری و اختلال وسواس فکری- عملی پرداخته‌اند و با توجه به میزان هم‌ابتلایی بالای آن‌ها و تشابه در علائم، پیشنهاد شده است که اختلال بدریخت انگاری به‌عنوان یک اختلال در دامنه وسواس شناسایی شود (عظیمی ختیبانی و اکبری، ۱۳۹۷).

---

*1. Phillips*

*2. Body Dysmorphic Disorder*

*3. DSM-III*

*4. American Psychiatric Association (Apa)*

اختلال بدریخت‌انگاری در بسیاری از موارد با ویژگی‌های وسواسی مشخص می‌شود. افراد مبتلا معمولاً دچار افکار و رفتارهای غیرقابل‌کنترل مرتبط با نقص‌های تخیلی بدن هستند (غلامزاده و همکاران، ۱۳۹۴). محققان شباهت‌های معناداری میان اختلال بدریخت‌انگاری و اختلال وسواس فکری-عملی شناسایی کرده‌اند، به‌طوری‌که برخی پیشنهاد می‌کنند این اختلال را بتوان در دامنه اختلالات وسواسی طبقه‌بندی کرد (عظیمی ختیبانی و اکبری، ۱۳۹۷). مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند حدود ۶ تا ۱۵ درصد از افرادی که از نارضایتی بدنی رنج می‌برند، بدون ارزیابی دقیق تصمیم به جراحی زیبایی می‌گیرند (بیانچی و همکاران، ۲۰۱۳). در کشورهای آمریکای شمالی، پیش از انجام جراحی‌های زیبایی، بیماران تحت ارزیابی روان‌پزشکی قرار می‌گیرند تا سلامت روانی آنها مورد بررسی قرار گیرد.

پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی حاکی از آن است که مبتلایان به اختلال بدریخت‌انگاری در مقایسه با جمعیت عمومی، نمرات بالایی در زمینه وسواس فکری و عملی را کسب می‌کنند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۷). این افراد سطوح بالاتری از اختلالات همراه مانند اضطراب، افسردگی، فوبیاهای اجتماعی و وسواس فکری-عملی را تجربه می‌کنند (عظیمی ختیبانی و اکبری، ۱۳۹۷).

## ۲- نظریه روان‌پویشی

اگرچه علائم اختلال وسواس فکری-جبرانی ممکن است دارای پایه‌های زیستی باشند، اما مفاهیم روان‌پویشی نیز به شکل قابل‌توجهی در این زمینه تأثیرگذارند. گاهی اوقات، بیماران برای حفظ این علائم که می‌توانند منافع ثانویه‌ای داشته باشند، تلاش می‌کنند. به‌عنوان‌مثال، ممکن است مردی که مادرش به خاطر مراقبت از او در خانه‌مانده، به‌طور ناآگاهانه به علائم وسواسی خود دامن بزند تا بیشتر توجه مادرش را جلب کند. یکی دیگر از جنبه‌های قابل‌توجه در این زمینه، تأثیر عوامل روان‌پویشی بر تفاهم‌های بین‌فردی است. تحقیقات نشان داده‌اند که اعضای خانواده افراد مبتلابه این اختلال ممکن است از طریق شرکت فعال در رفتارهای وسواسی یا تغییرات در روال‌های روزمره خود، به‌گونه‌ای با بیمار سازگار شوند. این نوع حمایت خانوادگی می‌تواند به استرس‌های خانوادگی، نگرش‌های منفی نسبت به بیمار و عملکرد ضعیف خانواده ارتباط داشته باشد. اعضای خانواده معمولاً تلاش می‌کنند که اضطراب بیمار را کاهش دهند یا از بروز خشم او جلوگیری کنند. این نوع روابط ممکن است در طول درمان مجدداً ایجاد شود. با نگاهی روان‌پویشی به الگوهای روابط بین فردی، بیمار می‌تواند چگونگی تأثیر بیماری خود بر دیگران را درک کند. همچنین یکی دیگر از ابعاد مهم تفکر روان‌پویشی، شناسایی عوامل محرک است که می‌توانند آغاز یا تشدید علائم را تسریع کنند. مشکلات بین‌فردی معمولاً باعث افزایش اضطراب و درنتیجه شدت یافتن علائم بیمار می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که برخی از عوامل محیطی استرس‌زا، به‌ویژه آن‌هایی که با بارداری، زایمان یا وظایف والدینی مرتبط هستند، می‌توانند به تشدید اختلال وسواس فکری- جبری منجر شوند. شناسایی این عوامل استرس‌زا می‌تواند در طراحی یک برنامه درمانی مؤثر برای پزشکان بسیار مفید باشد و به کاهش وقوع این استرس‌ها یا کاهش تأثیر آن‌ها بر روی بیمار کمک کند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

تحقیقات نشان می‌دهد که ارتباط بین باورهای وسواسی و جراحی‌های زیبایی از جنبه‌های مفهومی و علمی مورد بررسی قرارگرفته است. افراد با ویژگی‌های وسواسی معمولاً دچار افکار و رفتارهایی غیرقابل‌کنترل هستند (غلامزاده، برهمند و حاجیلو، ۱۳۹۴). تعدادی از محققان به بررسی شباهت‌های میان اختلال بدریخت انگاری و اختلال وسواس فکری و عملی پرداخته‌اند و با توجه به میزان هم‌ابتلایی بالای آن‌ها و تشابه در علائم، پیشنهاد شده است که اختلال بدریخت انگاری به‌عنوان یک اختلال در دامنه وسواس شناسایی شود (عظیمی ختیبانی و اکبری، ۱۳۹۷). حدود ۶ تا ۱۵ درصد از افرادی که از نارضایتی بدنی رنج می‌برند، بدون هیچ دلیلی تصمیم به جراحی زیبایی می‌گیرند. در بسیاری از کشورهای آمریکای شمالی، پیش از انجام جراحی‌های زیبایی، بیماران تحت ارزیابی روان‌پزشکی قرار می‌گیرند (بیانچی و همکاران[1]، ۲۰۱۳).

مطالعات نشان می‌دهد که افرادی که به دنبال جراحی زیبایی هستند و دچار اختلال بدریخت‌انگاری هستند، معمولاً نمرات کمتری در زمینه سلامت روان از خود نشان می‌دهند و همچنین در مقایسه با دیگران، سطوح بیشتری از اضطراب، افسردگی، فوبیاهای اجتماعی و اختلال وسواس فکری-عملی را تجربه می‌کنند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۷؛ فاتحی و اخلاصی، ۱۳۸۷؛ عظیمی ختیبانی و اکبری، ۱۳۹۷؛ بیانچی و همکاران، ۲۰۱۳؛ ربیعی و همکاران، ۱۳۹۰؛ عبدالحسینی و حقیقتیان[2]، ۲۰۱۸). این در حالی است که ارتقاء سلامت روان (خرمی و همکاران، ۱۳۹۹) و یادگیری و آموختن (خرمی[3]و همکاران، ۲۰۱۳) از اهداف مهم روانشناسی در قرن حاضر است.

بررسی نتایج مطالعات موجود نشان می‌دهد که پژوهش‌های متعددی در زمینه موضوع این تحقیق انجام‌شده و به نتایج مختلفی دست‌یافته‌اند. بااین‌حال، هیچ‌یک از این تحقیقات نتوانسته‌اند به‌طور جامع رابطه هم‌زمان سه متغیر نگرانی از تصویر بدن،

*1 . Bianchini*

*2 . Abdolhosseini & Haghighatian*

*3 . Khorrami*

باورهای وسواسی و مدیریت بدن را در قالب یک مدل یکپارچه در افرادی که به جراحی زیبایی روی می‌آورند، مورد بررسی قرار دهند. این مسئله می‌تواند به این دلیل باشد که متخصصان به‌طور اکتشافی و با اطلاعات محدود از روابط میان متغیرها بهره‌برداری کرده‌اند. درواقع، روابط میان متغیرهای روانی ساده و خطی نیست و به‌نوعی چندبعدی می‌باشد، که بررسی دقیق آن‌ها نیازمند پژوهش‌های مدل‌سازی می‌باشد. بنابراین، با توجه به ادبیات موجود، مدلی برای بررسی روابط میان نگرانی از تصویر بدن، باورهای وسواسی و مدیریت بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی طراحی‌شده و با استفاده از روش مدل‌سازی ساختاری مورد تحلیل قرارگرفته است (مفاخری و همکاران، ۱۴۰۰).

## ۳- فرضیه تحقیق

بین متغیر وسواس و اختلال بدریخت انگاری در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود دارد.

## ۴- روش تحقیق

پژوهش حاضر راهبرد پیمایشی، از نظر هدف توصیفی، از نظر افق زمانی مقطعی و از نظر شیوهٔ گردآوری داده‌ها مبتنی بر پرسشنامه طراحی و اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی (شامل مراکز دولتی و بخش خصوصی می‌باشند که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی همدان، قانوناً مجاز به انجام اعمال جراحی غیرزیبایی و زیبایی هستند و در شهر همدان بیمارستان بعثت، بیمارستان بوعلی، بیمارستان شهید مطهری، مرکز جراحی الوند، کلینیک‌های بخش خصوصی و ...، جز این مراکز محسوب می‌شوند). از این جامعه تعدادی به‌عنوان حجم نمونه موردمطالعه با توجه به حضور در مراکز انجام جراحی و خصوصاً افرادی که برای مراقبت‌های پس از جراحی به این مراکز مراجعه می‌کنند انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به فرمول پیشنهادی تاباچینگ و همکاران برای پژوهش‌های همبستگی در این پژوهش ۸۲ نفر برآورد شد، اما با توجه به امکان ریزش نمونه و همچنین جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج یافته ها، حجم نمونه ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های استاندارد بود. برای سنجش اختلال بدریخت‌انگاری از پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن ربیعی و همکاران و برای سنجش اختلال وسواس از پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری–عملی فوا و همکاران استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند.

**جدول ۱- ضریب آلفای کرون باخ برای متغییرهای وابسته و مستقل تحقیق**

| نام متغیر | ضریب پایایی آلفای کرون باخ |
|---|---|
| اختلال بدریخت انگاری | ۰/۹۶۳ |
| وسواس فکری- عملی | ۰/۸۹۳ |

## ۵- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

### ۵-۱- اختلال بدریخت‌انگاری

اختلال بدریخت‌انگاری[1] یا اختلال بدشکلی بدنی که گاهی هنوز به آن دیسمورفوفوبیا، به‌اختصارBDD، نیز گفته می‌شود، یک اختلال روانی است که با این ایده وسواس گونه توصیف می‌شود که برخی از جنبه‌های بدن یا ظاهر خود به‌شدت ناقص است و بنابراین اقدامات پنهانی را برای پنهان کردن یا رفع آن انجام می‌دهد. اختلالی است که مهم‌ترین تظاهر آن اشتغال ذهنی مفرط به وجود نقصی خیالی یا بزرگ‌نمایی در ظاهر است (کوررو و گیوز[2]، ۲۰۰۱). در نوع هذیانی اختلال بدریخت انگاری، عیب تصور می‌شود. اگر نقص واقعی باشد، اهمیت آن به‌شدت اغراق می‌شود. درهرصورت، افکار در مورد آن فراگیر و مزاحم است، و ممکن است فرد روزانه چندساعت را درگیر آن‌ها باشد، باعث پریشانی شدید و اختلال در فعالیت‌های عادی دیگر شود (بیورنسون[3] و همکاران، ۲۰۱۰).

*1. Body-Dysmorphic Disorder*
*2. Cororve & Gleaves*
*3. Bjornsson*

برای اندازه‌گیری متغیر بدریخت انگاری از پرسش‌نامه ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، "ائتلاف فکر-عمل یا درآمیختگی افکار " باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی است.

**-روش نمره‌گذاری**

طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

**جدول ۲: نحوهٔ نمره‌گذاری پرسشنامه بدریخت انگاری**

| گزینه | کاملاً مخالفم | مخالفم | نظری ندارم | موافقم | کاملاً موافقم |
|---|---|---|---|---|---|
| امتیاز | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بُعد را باهم جمع می‌کنیم. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همهٔ سؤالات را با هم جمع کنیم.

**جدول ۳: حد نمرات کسب‌شده توسط پرسشنامه بدریخت انگاری**

| حد پایین نمره | حد متوسط نمرات | حد بالای نمرات |
|---|---|---|
| ۳۱ | ۹۳ | ۱۵۵ |

امتیازات خود را از ۳۱ عبارت فوق با یکدیگر جمع می‌نماییم. حداقل امتیاز ممکن ۳۱ و حداکثر ۱۵۵ بود.

نمره بین ۳۱ تا ۶۲: میزان اختلال بدشکلی بدن، کم است.

نمره بین ۶۲ تا ۹۳: میزان اختلال بدشکلی بدن، متوسط است.

نمره بالاتر از ۹۳: میزان اختلال بدشکلی بدن، زیاد است.

## ۵-۲- وسواس فکری-عملی

اختلال وسواس فکری-عملی، یا اختلال وسواسی-جبری[1] (OCD) یک اختلال روانی است که در آن فرد افکار افراطی و خاص (با نام وسواس فکری[2]) را به‌طور مکرر تجربه می‌کند یا نیاز به انجام مکرر اعمال خاصی (با نام وسواس عملی[3]) را احساس می‌کند تا حدی که باعث پریشانی یا اختلال در عملکرد عمومی فرد می‌شود. فرد جز برای مدت زمان کوتاهی، قادر به کنترل افکار و اعمال وسواسی نیست. طبق ملاک‌های DSM، اختلال وسواس به دو صورت فکری و عملی تعریف می‌شود. وسواس‌های عملی رایج شامل شستن دست‌ها، شمارش اشیا و بررسی قفل شدن درب است. این وسواس‌ها تا حدی رخ می‌دهند که زندگی روزمره فرد تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد (موسسه ملی سلامت روان ایالات متحده آمریکا، ۲۰۱۶). به‌طوری‌که اغلب بیش از یک ساعت در طول روز صرف پرداختن به این وسواس‌ها می‌شود. بیشتر بیماران بزرگ‌سال متوجه می‌شوند که این رفتارها منطقی نیستند. این بیماری با اختلال تیک، اختلال اضطراب و افزایش خطر خودکشی همراه است (آنجلاکیس،گودینگ وپاناگیوتی، ۲۰۱۵).

پرسشنامه تجدیدنظر شدهٔ وسواس فکری-عملی (OCI-R)[4] (فوا و همکاران، ۱۹۹۶) که نسخهٔ کوتاه شدهٔ پرسشنامه وسواس فکری عملی (OCI؛ فوا و همکاران، ۱۹۹۶) است، نشانه‌های وسواس را اندازه‌گیری می‌کند. این نسخه ضمن اینکه نمرهٔ کلی پرسشنامه را در اختیار شما قرار می‌دهد همچنین شامل شش خرده مقیاس نیز می‌باشد: ۱- شستشو، ۲- وارسی کردن، ۳- نظم دهی، ۴- نگرانی، ۵- احتکار کردن و ۶- خنثی کردن.

برای نمره‌گذاری هر پاسخ باید بر اساس جدول زیر اقدام می‌نمائیم:

**جدول ۴: روش نمره‌گذاری وسواس فکری-عملی**

| اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند. | کمی در مورد من صدق می‌کند. | نه زیاد نه کم | در مورد من زیاد صدق می‌کند. | در مورد من بسیار زیاد صدق می‌کند. |
|---|---|---|---|---|
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |

این پرسشنامه نمره‌گذاری وارونه ندارد و برای به دست آوردن نمرهٔ کلی پرسشنامه باید نمرات هر آیتم را با هم جمع نمائیم. دامنه نمرات به‌دست‌آمده با توجه به جدول بالا باید بین نمرات ۰ تا ۷۲ باشد. نمرهٔ بالاتر از نمره برش نشان‌دهنده احتمال حضور

*1 . Obsessive-Compulsive Disorder*
*2 . Obsessions*
*3 . Compulsions*
*4 .Obsessive–Compulsive Inventory—Revised (OCI-R)*

بیشتر نشانه‌هایocd در فرد می‌باشد (به نقل از فوا، ۱۹۹۶). برای به دست آوردن خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ضمن رعایت دستور نمره‌گذاری در جدول بالا، از جدول زیر استفاده می‌کنیم:

**جدول ۵: خرده مقیاس‌های پرسشنامه وسواس فکری- عملی**

| ابعاد | خرده مقیاس‌ها | آیتم‌ها |
|---|---|---|
| ۱ | شست‌وشو | ۵-۱۱-۱۷ |
| ۲ | وارسی کردن | ۲-۸-۱۴ |
| ۳ | نظم دهی | ۳-۹-۱۵ |
| ۴ | وسواس | ۶-۱۲-۱۸ |
| ۵ | احتکار کردن | ۱-۷-۱۳ |
| ۶ | خنثی‌سازی ذهنی | ۴-۱۰-۱۶ |

## ۶- یافته‌های تحقیق

### ۶-۱- آزمون فرضیه پژوهش

بین متغیر وسواس فکری -عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود دارد.

فرض $H_0$: بین متغیر وسواس فکری و عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود ندارد.

فرض $H_1$: بین متغیر وسواس فکری و عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود دارد.

$$\begin{cases} H_0 : \rho = 0 \\ \\ H_1 : \rho \neq 0 \end{cases}$$

جهت تائید فرضیه پژوهش از آزمون پارامتریک همبستگی پیرسون استفاده می‌گردد. در همین راستا، جدول اطلاعات آماری یا همان توصیف گرهای مفید مربوط به متغیرهای مورد بررسی در فرضیه پژوهش را به نمایش می‌گذارد.

**جدول ۶: توصیف گرهای مفید مربوط به ارتباط بین متغیرها در فرضیه پژوهش**

| شاخص‌های آماری / متغیرها | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|---|
| اختلال بدریخت انگاری | ۱۲۰ | ۷۷/۶۵ | ۴۸/۸۶ |
| وسواس فکری و عملی | ۱۲۰ | ۴۲/۳۱ | ۲۲/۵۶ |

با توجه به جدول فوق، میانگین نمرات متغیرهای اختلال بدریخت انگاری و وسواس فکری و عملی به ترتیب برابر با ۴۸/۸۶ و ۲۲/۵۶ می‌باشند. از طرفی بیشترین میزان انحراف معیار نمرات مربوط به متغیر اختلال بدریخت انگاری است.

**جدول ۷: بررسی تائید فرضیه پژوهش**

| شاخص‌های آماری / متغیرها | ضریب همبستگی r پیرسون | سطح معناداری | نتیجه |
|---|---|---|---|
| **اختلال بدریخت انگاری ↔ وسواس فکری-عملی** | ۰/۶۹ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ شست‌وشو | ۰/۷۰۶ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ وارسی کردن | ۰/۶۵۸ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ نظم دهی | ۰/۷ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ وسواس | ۰/۶۸۴ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ احتکار کردن | ۰/۵۴۶ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |
| اختلال بدریخت انگاری ↔ خنثی‌سازی ذهنی | ۰/۶۵۳ | ۰/۰۰۱ | تائید فرضیه |

با توجه به اینکه سطوح معناداری به‌دست‌آمده در فرضیه پژوهش با مقدار ۰/۰۰۱ کمتر از ۰/۰۱ است، لذا با سطح اطمینان ۹۹٪ مابین دو متغیر اختلال بدریخت انگاری و ابعاد وسواس فکری- عملی ارتباط معناداری وجود دارد.

همچنین ازآنجاکه علامت ضرایب همبستگی r پیرسون مثبت است، لذا با افزایش ابعاد متغیر وسواس فکری- عملی میزان اختلال بدریخت انگاری هم به‌صورت معناداری افزایش می‌یابد. ضرایب همبسگی برای وسواس فکری-عملی به صورت کلی برابر با ۶۹٪، برای شست‌وشو ۷۰/۶ ٪، برای وارسی کردن ۶۵/۸٪، برای نظم‌دهی ۷۰٪، برای وسواس ۶۸/۴٪، برای احتکار کردن ۵۴/۶٪ و برای خنثی‌سازی ذهنی ۶۵/۳٪ است که این امر در نمودار شمارهٔ ۴-۱۹ کاملاً قابل مشاهده می‌باشد.

**جدول ۸: بررسی فرضیه پژوهش**

| روابط | ضریب مسیر β | انحراف معیار | آماره t-value | سطح معنی‌داری | نتیجه |
|---|---|---|---|---|---|
| وسواس فکری- عملی ⇦اختلال بدریخت انگاری | ۰/۲۲ | ۰/۰۵۶ | ۳/۹۳۵ | ۰/۰۰۱ | معنادار |

بر اساس جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که مقدار t-value که همان مقدار آزمون معادلات ساختاری است، برای روابط فوق، خارج از بازه ۲/۵۸ و ۲/۵۸- می‌باشد و لذا این روابط با سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار هستند. از طرفی، از ضریب بتا می‌توان به این نتیجه دست‌یافت که متغیر وسواس فکری- عملی به میزان ۲۲٪ بر اختلال بدریخت انگاری تأثیر دارد. لذا پیش‌بینی می‌شود که در یک نمونهٔ بزرگ‌تر از همان جامعه، فرضیه پژوهش تائید و فرضیه صفر رد گردد.

حال با توجه به توضیحات فوق می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش با عنوان (بین متغیر وسواس فکری- عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود دارد.) مورد تائید قرار می‌گیرد.

## ۷- بحث و نتیجه گیری

با نظر به فرضیه پژوهش که به بررسی ارتباط بین متغیر وسواس فکری- عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان می‌پردازد، می‌توان گفت که بین متغیر وسواس فکری- عملی و اختلال بدریخت انگاری مراجعه‌کنندگان به مراکز جراحی در شهر همدان رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی با افزایش متغیر وسواس فکری- عملی، متغیر اختلال بدریخت انگاری به به‌صورت معناداری افزایش می‌یابد.

در همین رابطه پژوهش‌هایی صورت گرفته‌اند که می‌توانند به تبیین و بحث پیرامون این موضوع کمک شایانی نمایند که در زیر به تفکیک به آن‌ها پرداخته‌شده است.

در این رابطه می‌توان به پژوهش دم‌های و حمداوی (۱۳۹۳) اشاره کرد که در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموزان با نگرانی درباره تصویر بدن نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجورخویی به صورت مثبت و معنادار با نگرانی از بدریخت‌انگاری بدن ارتباط دارد. این نتیجه با فرضیه پژوهش حاضر همسو است، زیرا هر دو پژوهش تأکید دارند که ویژگی‌های شخصیتی منفی می‌توانند در تشدید اختلال بدریخت‌انگاری نقش داشته باشند. علت این همسویی در تأثیر مستقیم ویژگی‌های شخصیتی بر افکار وسواسی و اضطراب درباره ظاهر نهفته است.

سیف جمالی جمال‌آباد و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان رابطه نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن با میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی در زنان جوان دریافتند که بین میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن رابطه معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است، زیرا نشان می‌دهد که مصرف رسانه‌ای می‌تواند با ایجاد معیارهای زیبایی غیرواقعی، شدت اختلال بدریخت‌انگاری را افزایش دهد. علت این همسویی در نقش شبکه‌های اجتماعی در افزایش حساسیت به ظاهر و ایجاد فشار اجتماعی برای دستیابی به زیبایی ایده‌آل است.

حجت انصاری و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان مقایسه اضطراب اجتماعی، کمال‌گرایی روان‌رنجور و سوگیری شناختی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری جسمانی و افراد سالم به این نتیجه رسیدند که افراد دارای بدریخت‌انگاری جسمانی در مقایسه با افراد سالم، اضطراب اجتماعی و سوگیری شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. این یافته نیز با پژوهش حاضر همسو است، زیرا نشان می‌دهد که اضطراب و سوگیری‌های شناختی منفی می‌توانند به عنوان عواملی تشدیدکننده در اختلال بدریخت‌انگاری عمل کنند. علت این همسویی در تأثیر متقابل اضطراب و افکار منفی درباره ظاهر نهفته است.

در نهایت، شرمین و راخی (۲۰۲۳) در پژوهشی تحت عنوان وقتی آینه دروغ می‌گوید: اختلال بدریخت‌انگاری بدن دریافتند که اختلال بدریخت‌انگاری بدن اغلب با بیماری‌های همزمان مانند اختلال افسردگی اساسی و اختلال وسواس فکری-عملی همراه است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است، زیرا هر دو نشان می‌دهند که همایندی اختلالات روانی می‌تواند از طریق افزایش حساسیت به نقایص خیالی و تشدید افکار وسواسی، شدت اختلال بدریخت‌انگاری را افزایش دهد.

حال جمع‌بندی که می‌توان از این قیاس بین پیشینه‌های پژوهش و نتایج فرضیه پژوهش نمود آن است که وسواس فکری و عملی به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی کلیدی، تأثیر مستقیمی برشدت اختلال بدریخت انگاری دارد. این رابطه معنادار به

دلیل اثرات افکار تکراری و رفتارهای اجباری ناشی از وسواس بر نگرانی‌های مرتبط با ظاهر و حساسیت به نقص‌های خیالی است. پیشینه‌های پژوهشی مرتبط نیز این تأثیر را تائید کرده و نشان می‌دهند که وسواس فکری و عملی یکی از عوامل پیش‌بین قوی برای اختلال بدریخت انگاری است.

در حقیقت، ازآنجاکه فرضیه پژوهش به این نتیجه رسید که با افزایش وسواس فکری- عملی، اختلال بدریخت انگاری هم می‌یابد، می‌توان گفت، وسواس فکری- عملی که دربرگیرنده شست‌وشو، وارسی کردن، نظم‌دهی، نگرانی، احتکار کردن، خنثی‌سازی ذهنی است، بر اختلال بدریخت انگاری تأثیر مثبت و معناداری دارد. این ابعاد شامل سؤالاتی در مورد رفتارهای تکراری برای اطمینان از پاکیزگی، بررسی مداوم نقص‌ها، تلاش برای نظم افراطی، نگرانی‌های مداوم درباره نقص‌های ظاهری، تمایل به انباشتن یا احتکار وسایل مرتبط با ظاهر، و تلاش برای خنثی کردن افکار اضطراب‌زا هستند که به‌شدت نگرانی‌ها و افکار وسواسی در مورد ظاهر دامن می‌زنند.

به عبارتی، این‌گونه می‌توان نتیجه فرضیه پژوهش را تبیین نمود که وسواس فکری- عملی به‌طور مستقیم و معناداری بر اختلال بدریخت انگاری تأثیر می‌گذارد. یافته‌ها نشان می‌دهند که با افزایش شدت وسواس فکری- عملی، میزان نگرانی‌ها و افکار مرتبط با نقص‌های ظاهری افزایش می‌یابد. این یافته، بیانگر تأثیر مستقیم رفتارهای تکراری و افکار وسواسی بر میزان حساسیت افراد نسبت به نقص‌های خیالی یا بسیار جزئی در ظاهرشان است. افرادی که با وسواس فکری و عملی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، به دلیل درگیری دائمی ذهنی با این نقص‌ها و رفتارهای اجباری مانند بررسی مداوم خود در آینه یا تلاش برای پنهان کردن این نقص‌ها، در چرخه‌ای گرفتار می‌شوند که این چرخه، اختلال بدریخت انگاری را تشدید می‌کند. یکی از جنبه‌های مهم این رابطه، پدیده نشخوار فکری ناشی از وسواس است. این نشخوار فکری باعث می‌شود که فرد به‌طور پیوسته به نقص‌های خیالی یا جزئی در ظاهر خود فکر کند. این نشخوار فکری که اغلب با اضطراب و استرس همراه است، به‌مرورزمان نگرانی‌های فرد را تثبیت کرده و درنتیجه، شدت اختلال بدریخت انگاری را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، رفتارهای اجبارآمیز ناشی از وسواس، مانند تلاش برای اصلاح نقص‌های خیالی یا استفاده بیش‌ازحد از لوازم‌آرایشی، این چرخه منفی فکری را تقویت می‌کنند. نکته‌ی دیگر در این رابطه، ناتوانی فرد در پذیرش نقص‌های ظاهری است. افرادی که مبتلابه وسواس هستند، به دلیل تمرکز بیش‌ازحد بر معیارهای غیرواقعی زیبایی، دچار اضطراب می‌شوند و همین اضطراب، آن‌ها را به انجام رفتارهای جبرانی سوق می‌دهد. این رفتارها، هرچند ممکن است به‌طور موقت احساس آرامش ایجاد کنند، اما در بلندمدت، منجر به افزایش شدت علائم اختلال بدریخت انگاری می‌شوند. رفتارهای نظم‌دهی و وارسی کردن که از ویژگی‌های بارز وسواس فکری و عملی محسوب می‌شوند، نیز در تقویت اختلال بدریخت انگاری نقش دارند. این رفتارها باعث می‌شوند که فرد دائماً درگیر بررسی و موشکافی جزئیات ظاهری خود شود و درنتیجه، از تعاملات اجتماعی یا انجام فعالیت‌های روزمره اجتناب کند. این اجتناب اجتماعی نه‌تنها اضطراب فرد در مورد ظاهرش را افزایش می‌دهد، بلکه احساس انزوا و نارضایتی از خود را نیز تشدید می‌کند. به‌طور خلاصه، می‌توان گفت که وسواس فکری و عملی، به‌عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده قوی برای اختلال بدریخت انگاری شناخته می‌شود و نتایج این پژوهش، بر اهمیت مدیریت و کاهش این رفتارها تأکید دارد.

مداخلات درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) که بر کاهش رفتارهای اجباری و اصلاح افکار منفی تمرکز دارد، می‌تواند در بهبود این اختلال و کاهش اثرات منفی وسواس فکری و عملی مؤثر باشد.

## منابع


- حجت انصاری، آوا (۱۴۰۳). مقایسه اضطراب اجتماعی و کمال گرایی در دانشجویان دختر مبتلابه اختلال بدریخت انگاری جسمانی و افراد سالم. کنفرانس مللی مدیریت، روان‌شناسی و علوم رفتاری مجموعه مقالات چهارمین کنفرانس بین المللی و هفتمین همایش ملی مدیریت، روان‌شناسی و علوم رفتاری.
- حسینی، زهره؛ کربلایی محمدمیگونی، احمد؛ گرامی پور، مسعود (۱۳۹۷). مدل ساختاری روابط بین تصویر بدنی، باورهای غیرمنطقی و سلامت روان در متقاضیان جراحی زیبایی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۳ (۴۸)، ۱۷– ۲۶.
- حیدری، علیرضا و علی پور خدادادی، شهلا (۱۳۹۱)، مقایسه اضطراب اجتماعی و نگرانی از تصویر بدنی دانشجویان زن و مرد، یافته‌های نو در روانشناسی، سال هفتم، شماره ۲۲، ۸۳–۹۵.
- خرمی، محمد؛ آتش‌پور، سیدحمید؛ عارفی، مژگان (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناخت بر نشاط ذهنی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران کودکان فلج مغزی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۲ (۱)، ۶۳–۷۲.
- دمهری، فرنگیس؛ حمداوی، لیلا (۱۳۹۳). پیش‌بینی نگرانی دانش‌آموزان از بدریخت انگاری بدن بر اساس ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها. فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۳(۵)، ۱–۱۲.
- ربیعی، مهدی؛ صلاحیان، افشین؛ بهرامی فاطمه؛ پالاهنگ، حسن (۱۳۹۰). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱ (۸۳)، ۴۳–۵۲.
- رجبیان، علی اعظم؛ ابراهیم آباد، محمدجواد اصغری؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا و طباطبایی سید کاظم رسول زاده (۱۴۰۲)، بررسی علل اختلال بدریخت انگاری در بین زنان: تحلیل محتوا، مجله علوم پزشکی اراک، دوره ۶۲، شماره ۲، ۴۸۷–۴۹۸.
- سیف جمالی جمال‌آباد، فریده؛ نعمتی، فاطمه؛ هاشمی، تورج (۱۴۰۳). رابطه نشانه‌های بدریخت انگاری بدن با میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی در زنان جوان. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی و هفتمین کنفرانس ملی مدیریت، روان‌شناسی و علوم رفتاری.*
- عظیمی‌خطیبانی، سیده نرجس؛ اکبری، بهمن (۱۳۹۷). بررسی رابطه تصویر بدنی و باورهای وسواسی با کیفیت زندگی دانشجویان متأهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت. *انجمن جامعه‌شناسی آموزش‌وپرورش*، ۹ (۹)، ۱۷۲–۱۸۸.
- غلامزاده، اسماعیل؛ برهمند، اوشا؛ حاجلو، نادر (۱۳۹۴). *مطالعه اکتشافی نشانه‌های وسواسی–جبری، ابعاد شناختی و فراشناختی در بدریخت انگاری بدن و صفات احتکار در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. گروه آموزشی روانشناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- فاتحی، ابوالقاسم؛ اخلاصی، ابراهیم (۱۳۸۷). مدیریت بدن و رابطه آن با پذیرش اجتماعی بدن (مطالعه موردی زنان شهر شیراز). *فصلنامه علمی– پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق)*، ۱۱ (۴۱)، ۴۲– ۹.
- قائینی، آزاده؛ موسوی، اسحاق؛ میرزایی، رضا و ستوده زاده، صغری (۱۳۹۴)، رابطه بین علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری– عملی با اختلال بدشکلی بدن در بین مراجعان به کلینیک های زیبایی در تهران، مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۴، شماره ۲، ۱۳۷–۱۴۸.
- مفاخری، عبدالله؛ اشرفی فرد، سمیه؛ خرمی، محمد (۱۴۰۰). مدل ساختاری رابطه بین نگرانی از تصویر بدن و باورهای وسواسی با مدیریت بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۸)، ۱۴۰ – ۱۲۱.
- Abdolhosseini, A., & Haghighatian, M. (2018). A Study Of Social Factors Affecting The Body Management (Case Study: Adolescents And Youths Of Isfahan City). *Sociological Studies Of Youth*, 9(29), 9-26.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality In Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review And Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, *39*, 1-15.
- Bianchini, V., Giuliani, M., Zoccali, G., Tomassini, A., Casacchia, M., Roncone, R., Et Al. (2013). Psychopathology And Body Dissatisfaction In Prospective Plastic Surgery Patients: The SMILE Experience. Journal Of Psychopathology, 19, 21-26.
- Bjornsson AS; Didie ER; Phillips KA (2010). "Body dysmorphic disorder". Dialogues Clin Neurosci. 12 (2): 221–32. PMC 3181960. PMID 20623926.

- Cororve, Michelle; Gleaves, David (August 2001). "Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies". Clinical Psychology Review. 21 (6): 949–970. doi:10.1016/s0272-7358(00)00075-1. PMID 11497214.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. Psychological Assessment, 10, 206-214.
- Khorrami, M., Valizadeh, A. F., Mohammadniya, Y., & Seadatee-Shamir, A. (2013). The Role Of Metacognitive Strategies On Persian Students' Vocabulary Learning. Psychology Research, 3(5), 270.
- Philips, K. A., Didie, E., & Menrad, W. (2007). Clinical features and correlates oof major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. Journal of Affective Disorder, 91(1-3), 129-135. Philips, K. A. (1996). Body dysmorphic disorder: Diagnosis and treatment of imagined
- Phillips, K. A. (2005). The Broken Mirror: Understanding And Treating Body Dysmorphic Disorder. Oxford University Press, USA.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan And Sadock's Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer.
- Sharmin, A., & Rakhi, R. N. (2023). When The Mirror Lies: Body Dysmorphic Disorder. *Bangladesh Journal Of Psychiatry*, *37*(1), 23-24.