



The Impact of Paradox Therapy on Body Image and Negative Emotions in Women with Body Dysmorphic Disorder

Elham Mahboubi¹, Ali Shaker Dioulagh^{2*}, Ali Khademi³, Mohammad Hassan Asayesh⁴

1- PhD Student in Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2- Associate Professor of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

3-Professor of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

4-Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran.

Corresponding author: Ali Shaker Dioulagh, Associate Professor of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Email: ali.shaker2000@gmail.com

Received: 2024/10/9

Accepted: 2024/10/31

Abstract

Introduction: Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a psychiatric disorder that is known as the most painful disorder among the psychological disorders associated with cosmetic and appearance surgeries. This is accompanied by intense and disturbing intellectual preoccupation with a partial or imaginary defect in appearance, which creates a feeling of insecurity and inadequacy in people. The present study aimed to examine the effectiveness of paradox therapy on body image and negative emotions in women with BDD.

Methods: This study employed semi-experimental design with a pre-test and post-test, including a follow-up with a control group. The statistical population consisted of all women diagnosed with BDD who sought cosmetic surgery at beauty clinics in Tehran in the second half of 2023. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups. Paradoxical therapy (PTC) was conducted over 8 sessions of 90 minutes for the intervention group, while the control group received no training. Data were collected using the Body Dysmorphic Disorder Metacognitive Questionnaire (Rabiei et al., 2020), Body Image Satisfaction Scale (Sweto et al., 2002), and Negative Emotions Scale (Lovibond & Lovibond, 1995). Data analysis was performed using analysis of variance with repeated measures with SPSS22 at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that paradox therapy compared to the control group affected satisfaction with body image ($F=33.72$, $P=33.00>1$), stress ($F=21.683$, $P>0.001$), anxiety ($F=10.280$, $P>0.001$) and depression ($F=9.935$, $P>0.001$). The scores of stress, anxiety and depression in the paradox therapy group decreased compared to the control group and in the follow-up stage it was still significantly different from the pre-test stage.

Conclusions: Considering the effectiveness of paradox therapy on increasing satisfaction with body image and reducing stress, anxiety and depression of women with body deformity disorder, mental health professionals can use paradox techniques to reduce psychological distress and increase satisfaction with body image in Women with body deformity disorders should use it.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, Body Image, Negative Emotions, Paradox Therapy.



تأثیر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدن

الهام محبوبی^۱، علی شاکر دولق^{۲*}، علی خادمی^۳، محمدحسن آسایش^۴

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲- دانشیار روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳- استاد روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۴- استادیار گروه روان شناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: علی شاکر دولق، دانشیار روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
ایمیل: ali.shaker2000@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۱۸

چکیده

مقدمه: اختلال بدشکلی بدن یک اختلال روانپزشکی است که از بین اختلالات روانشناختی مرتبط با عملهای جراحی زیبایی و ظاهر به عنوان رنج اور ترین اختلال شناخته می شود. که با اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی یا خیالی در ظاهر همراه است که در افراد احساس نا امنی و ناکافی بودن را ایجاد می کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدن بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری از کلیه زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک های زیبایی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل شده است. ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان به روش هدفمند انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل به شیوه تصادفی تخصیص یافتند. پارادوکس درمانی (PTC) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه مداخله اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. از پرسش نامه های ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدنی (ربعی و همکاران، ۱۳۹۹)، رضایت از تن انگاره (سوئوتو و گارسیا، ۲۰۰۲) و هیجانات منفی (لویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS22 در سطح آماري ۰/۰۵ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که پارادوکس درمانی در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل رضایت از تن انگاره ($P < ۰/۰۰۱$)، اضطراب ($F = ۲۱/۶۸۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($F = ۱۰/۲۸۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($F = ۹/۹۳۵$ ، $P < ۰/۰۰۱$) را در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ تحت تأثیر قرار داده است. نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در گروه پارادوکس درمانی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته و در مرحله پیگیری همچنان تفاوت چشمگیری با مرحله ی پیش آزمون دارد.

نتیجه گیری: با توجه به مؤثر بودن پارادوکس درمانی بر افزایش رضایت از تن انگاره و کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، متخصصان حوزه سلامت روان می توانند از تکنیک های پارادوکسی برای کاهش پریشانی های روان شناختی و افزایش رضایت از تن انگاره در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن استفاده کنند.

کلیدواژه ها: اختلال بد شکلی بدنی، تن انگاره، هیجانات منفی، پارادوکس درمانی.

مقدمه

در دهه های اخیر عمل های جراحی زیبایی به دلایل مختلفی از اصلاح ناهنجاری های مادرزادی تا به تعویق انداختن اثرات پیری افزایش چشمگیری داشته است (۱). به گونه ای که تعداد عمل های زیبایی در جهان به نسبت جمعیت ۲ درصد است (۲). در سال ۱۹۹۲، بیش از ۴۰۰۰۰۰ آمریکایی تحت عمل جراحی زیبایی قرار گرفتند. در سال ۲۰۱۵، ۲۱ میلیون عمل جراحی و غیرجراحی زیبایی در سراسر جهان انجام شده است (۳، ۴). به طور خاص در انگلستان، از سال ۲۰۰۲ تا سال ۲۰۱۴ افزایش ۳۰۰ درصدی در عمل های زیبایی وجود داشته است (۵). پنج کشور که بیشترین اعمال جراحی و غیرجراحی زیبایی در آنها انجام می شود عبارتند از ایالات متحده آمریکا، برزیل، کره جنوبی، هند و مکزیک (۴). طبق منابع غیر رسمی در ایران تعداد عمل های زیبایی نسبت به جمعیت یک درصد است و این به معنای آن است که در ایران عمل های جراحی زیبایی ۵ برابر بیشتر از میانگین جهانی است (۶). از بین اختلالات روان شناختی مرتبط با عمل های جراحی زیبایی و ظاهر، اختلال بدشکلی بدن؛ به عنوان رنج آورترین اختلال شناخته شده است. اختلال بدشکلی بدن یک اختلال روانپزشکی است که با اشتغال ذهنی به نقص تصویری در ظاهر فیزیکی یا ادراک تحریف شده از تن انگاره خود مشخص می شود (۷-۹). اختلال بدشکلی بدن در ابتدا سندرم زشتی تصور نامیده می شد و همچنین به آن سندرم بدشکلی، هیپوکندریازیس پوستی، بدشکلی بدن و بدشکلی هراسی نیز گفته می شد (۸، ۱۰). اختلال بدشکلی بدن شامل اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی یا تصویری در ظاهر است و علامت اصلی این اختلال احساس ذهنی و تصور از زشت بودن یا یک نقص خیالی است که بیمار اعتقاد دارد برای سایر افراد کاملاً آشکار و مشخص است؛ در حالی که فرد از ملاک ها و پارامترهای چهره ای طبیعی برخوردار است. انتظارات غیرواقع بینانه و باورهای غیرمنطقی و ایده آل ها فشار زیادی را برای انطباق با استانداردهای رایج زیبایی ایجاد می کنند و در نتیجه از طریق تأثیر بر درک خود و تن انگاره، در افراد احساس ناامنی و ناکافی بودن را ایجاد می کنند (۱۱).

تن انگاره شامل ادراکات، افکار و احساسات در مورد بدن است که تحت تأثیر رشد، ادراک و عوامل اجتماعی فرهنگی است (۱۲). چهار مؤلفه تن انگاره شامل اهمیت نسبی

ظاهر، میزان نارضایتی از ظاهر، واقعیت فیزیکی ظاهر و ادراک ظاهر است و فرآیندهای مختلفی مانند انتظارات، انگیزه ها، احساسات، دانش قبلی و حافظه می توانند آن ها را شکل دهند (۱۲). در برخی افراد، ادراک به گونه ای شکل گرفته است که با واقعیت ناسازگار می شود و منجر به شکل گیری تن انگاره منفی در فرد می شود و از این طریق فکر و تصمیم افراد را تحریف و آغشته به خطا می کنند و منجر به تجربه ی تنیدگی های روان شناختی و هیجان های منفی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی می شود (۱۳).

تنیدگی های روان شناختی و تجربه هیجان های منفی اغلب بر کارکردهای شناختی و هیجانی افراد تأثیر می گذارد و فرد را به سوی عدم تعادل روانی، هیجانی و شناختی و ناسازگاری سوق می دهد (۱۴). سه مؤلفه ی افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان مؤلفه های عمومی تنیدگی روان شناختی و به عنوان اختلالات شایع قرن حاضر شناخته شده اند. مؤلفه ی افسردگی، به نشانگان رفتاری توأم با حالت های ملال آور مانند ناراحتی یا احساس بی ارزشی و بی کفایتی اشاره می کند. مؤلفه ی اضطراب به نشانگانی از قبیله برانگیختگی های فیزیولوژیک، هراس و ترس اشاره می کند و مؤلفه ی استرس به نشانگانی مانند احساس فشار روانی و احساس رنج و در تنگنا بودن اشاره می کند (۱۵). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی به دلیلی نقصی که در بدن و ظاهر خود درک می کنند و به دلیل واریسی مداوم نقص خود، جستجوی اطمینان و دریافت تأیید دیگران و مقایسه بیش از حد خود با دیگران استرس، اضطراب و افسردگی را نیز گزارش می کنند (۱۶، ۱۷). در مطالعه ای وینگاردن و همکاران (۱۸) نشان دادند که ۵۳ تا ۸۱ درصد از موارد اختلال بدشکلی بدنی با اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی همراه بوده است. در پژوهشی واله و همکاران (۱۹) نشان دادند که اضطراب، استرس و افسردگی به تشخیص و شناسایی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی کمک می کند. در پژوهش انگلاکیس، گودینگ و پناگیوتی (۲۰) نشان داده شده است که اختلال بدشکلی بدنی درمان نشده به اختلال مزمن تبدیل می شود و احتمال خودکشی، بستری شدن در بیمارستان روان پزشکی را در افراد مبتلا به این اختلال افزایش می دهد. در پژوهش بومن، مولکنس و وندر لی (۲۱) نشان داده شد که خط اول درمان در اختلال بدشکلی بدن، درمان روان شناختی است.

را نشان دهد تا در تصمیم گیری برای انتخاب بهترین نوع درمان با کمترین نرخ بازگشت راهگشای درمانگران برای درمان افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی باشد. با عنایت به مطالب ذکر شده و با مرور مطالعات صورت گرفته، ذکر این نکته ضروری است که در انجام پژوهش‌هایی با هدف بررسی اثر پارادوکس درمانی در قالب طرح‌های آزمایشی داخل کشور، غفلت شده است و بیشتر مطالعات این حوزه به صورت مطالعه موردی بوده است (۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۷). در چند مطالعه به استفاده از برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه گروهی پرداخته شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی پارادوکس درمانی بر نشخوار خشم افراد مبتلا به اضطراب کرونا (۲۸) و اثربخشی پارادوکس درمانی بر حساسیت اضطرابی و کانون توجه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (۲۹) اشاره داشت. به همین دلیل در این پژوهش این سبک روان درمانی موفق و زودبازده (با تعداد جلسات کم درمانی) به صورت گروهی مورد بررسی قرار می‌گیرد تا اثرگذاری آن بر تن انگاره، تحریف شناختی و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی مشخص شود. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی اثر دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی می‌باشد که با بهره گیری از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش از کلیه زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی متقاضی جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل شده است. در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه اخذ شد. بعد از اخذ کد اخلاق و رضایت کتبی آگاهانه، انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انجام شد. به این صورت که از بین مناطق ۲۲ گانه تهران منطقه ۲، ۳ و ۴ به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین کلینیک‌های زیبایی موجود در سه منطقه ۳ کلینیک به صورت هدفمند انتخاب و مقیاس ارزیابی فرانشاخت بدشکلی بدنی توسط پژوهشگر بر روی تمام زنان متقاضی عمل جراحی مراجعه کننده به آن کلینیک اجرا شد. پس از نمره گذاری پرسش نامه‌ها،

به دلیل اینکه اختلال بدشکلی بدنی اساساً یک مشکل تن انگاره است در نتیجه ابتدا باید اختلال روانی یا مشکل این افراد با تن انگاره خود درمان شود. به دلیل اینکه درمان جراحی بدون درمان روانشناختی یا حل مشکل تن انگاره می‌تواند عواقب خطرناکی برای افراد مبتلا به این اختلال داشته باشد (۱۱).

یکی از درمان‌های روان شناختی که دارای اثربخشی سریع و قاطع در اختلال‌های روان شناختی شامل وسواس فکری و عملی (۲۲، ۲۳)، اضطراب بیماری (۲۴)، اضطراب اجتماعی (۲۵) و اختلال بدشکلی بدنی (۲۶) بوده است، پارادوکس درمانی (PTC; Paradox+Timetable=Cure) است. این روش درمانی بسیار کوتاه مدت، اخلاقی، غیرتهاجمی و اقتصادی است و تغییرات عمیق شخصیتی را با سرعت امکان پذیر می‌کند. در این مدل، مراجع به درمانگر تبدیل شده و کمترین شانس برای بازگشت بیماری وجود دارد. جهت برداشتن دفاع‌ها و تقویت خود به بیمار کمک می‌شود. با مهندسی زمان (برنامه‌ی زمانی) و با استفاده از نشانه‌های بیماری (پارادوکس)، تمرین‌هایی را برای بیمار تجویز می‌کند (دستوری سازی) تا بر اساس آن‌ها بیمار نشانه‌های بیماری‌اش را خودش در وقت‌های از پیش تعیین شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند (۲۲). اصل حاکم بر این مدل درمانی حذف اضطراب است. زمانی که رابطه نشانه‌ها با اضطراب قطع شوند، من بار دیگر می‌تواند قدرتمند شود. این پدیده تابع تجربه‌های گذشته و تفاوت‌های فردی افراد است و تعیین کننده اصلی سرعت و کندی اثربخشی درمان است (۲۷). بنابراین مدل درمان پارادوکسی به عنوان رویکردی جدید و جامع، ریشه در نظریه‌های رفتاری، روانکاوی و سیستمی دارد، اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است (۲۲). نتایج درمان به روش پارادوکسی اثربخشی سریع و قاطع این روش را برای اختلال‌های مختلف تأیید کرده است (۲۳، ۲۶، ۲۷). با توجه به اینکه پارادوکس درمانی بیشتر در قالب مطالعات موردی در اختلال‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۷) و با توجه به مقرون به صرفه بودن آن و با توجه به تکنیک‌هایی که در آن به کار رفته که تغییرات عمیق شخصیتی را با سرعت امکان پذیر می‌کند (۲۶) و بعد از درمان نیز از نرخ بازگشت پایینی برخوردار است لذا استفاده از این رویکرد درمانی به صورت گروهی و با دوره پیگیری سه ماهه می‌تواند ثبات نتایج آن در طول زمان

به مدت شش ماه قبل از ارزیابی و مصاحبه ی اولیه بود. بعد از گمارش تصادفی، پیش آزمون به منظور اندازه گیری متغیرهای وابسته برای گروه ها اجرا و پس از آن گروه مداخله درمان پارادوکسی بر گرفته از پروتکل بشارت (۲۲) را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه و در طول دو ماه به صورت گروهی دریافت نمودند. درمان پارادوکسی توسط متخصص روان شناسی که دوره درمان پارادوکسی را گذرانده بود در کلینیک زیبایی انجام شد. لازم به ذکر است شرکت کنندگان در صورت عدم انجام تکالیف، از مطالعه خارج می شدند که در این پژوهش ریزش نمونه وجود نداشت. بلافاصله بعد از پایان جلسات درمانی، شرکت کنندگان از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین سه ماه پس از اتمام جلسات درمانی به عنوان پیگیری از لحاظ متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان پارادوکسی در جدول ۱ ارائه شده است.

افرادی که نمره ی بالاتر از ۷۷ در این مقیاس کسب کردند با مصاحبه تشخیصی با روان شناس کلینیک مورد بررسی قرار گرفتند. سپس تعداد ۳۰ نفر به شیوه ی هدفمند انتخاب شدند و به روش جایگزینی تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند. حجم نمونه در هر گروه با استفاده از فرمول کوهن (۳۰) با حجم اثر ۰/۴۰، توان آزمون ۰/۸۰ و آلفای ۰/۰۵ در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد. ملاک های ورود شامل تشخیص ابتلا به اختلال بدشکلی بدنی که توسط مصاحبه تشخیصی بر آنها داده شده بود، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم دریافت هرگونه مداخله روان شناختی دیگر در طول مطالعه بود. ملاک های خروج داشتن اختلالات همبود دیگر (اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواسی-جبری)، عدم رضایت آگاهانه افراد جهت شرکت در این پژوهش، ابتلا به هر گونه اختلال روان شناختی دیگر، اشتغال فکری یا نگرانی درباره ی ظاهر که با اختلالات دیگری نظیر اختلال خوردن بهتر توجیه شود، استفاده از هر گونه داروی روان گردان و درمان دارویی حاد

جدول ۱: جلسات پارادوکس درمانی

مرحله اجتماعی مصاحبه: شامل خوشامد گویی؛ نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته میشوند مثل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت ازدواج؛ تعداد فرزندان؛ وضعیت اشتغال.	
جلسه اول	مرحله مشکل مصاحبه: علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل (مشکلات) و/یا اختلال (اختلالات) توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدفهای درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان یک تکلیف حداقلی "برنامه زمانی پارادوکسی")
جلسه دوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیتهای احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/بیمار؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید (برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه ها).
جلسه سوم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، مراجع/بیمار موظف میشود که برای کاهش نشانهها از سطح فعلی تلاشی نکند)
جلسه چهارم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب در مدل PTC، از مراجع/بیمار خواسته میشود که نشانهها را در سطح فعلی حفظ کند)
جلسه پنجم و ششم	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدفهای درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدفهای درمان در صورت نیاز.
پیگیری	شرح برنامه خوددرمانی مراجع/بیمار در آینده (این برنامه در جلسه پایانی برای مراجع/بیمار تشریح میشود)

الهام محبوبي و همکاران

پژوهش سوئوتو و گارسيا پايایي آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین در پژوهش جعفری و نوباوه وطن در سال ۱۴۰۱ برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۷ معنادار به دست آمد (۳۲).

پرسش نامه هیجانات منفی: پرسش نامه افسردگی، اضطراب و استرس اولین بار توسط لویانند و لاویانند (۱۹۹۵) ارائه شده است. این پرسش نامه دارای گزینه های اصلاً کم، متوسط و زیاد است. کمترین امتیاز مربوط به هر سوال صفر و بیشترین امتیاز ۳ است. طبق مطالعه بیکر و همکاران در سال ۲۰۰۱، پرسش نامه افسردگی و اضطراب یک با مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 همبستگی بالایی نشان داده است. کرافورد و هنری در سال ۲۰۰۳ DASS-21 را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب و یک ابزار دیگر مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که بهترین حالت برای DASS-21 زمانی است که هر سه عامل در آن در نظر گرفته شود. پایایی این مقیاس در ایران برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. مرادی پناه در سال ۱۳۸۴ میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۹ گزارش کرده است (۳۳).

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه پارادوکس درمانی $40/5 \pm 4/83$ و گروه کنترل برابر با $40/6 \pm 4/35$ بود. فراوانی وضعیت تأهل و میزان تحصیلات شرکت کنندگان در جدول ۲ گزارش شده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدنی: این پرسشنامه ۳۱ سؤالی شامل چهار عامل است که توسط ربیعی و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای سنجش فراشناخت بدشکلی بدن طراحی شده است. از خرده مقیاس های راهبردهای کنترل فراشناختی (در مورد ظاهر)، عینیت بخشیدن به افکار (در آمیختگی افکار)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی (در مورد بدشکلی بدن) تشکیل شده است که به منظور ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و ابعاد آن بکار میرود. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای نمره کل و عوامل راهبردهای کنترل فراشناختی، عینیت بخشیدن به افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی به ترتیب برابر ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش شد. شرکت کنندگان افکار و تصورات درباره بدشکلی ظاهرشان در دو هفته گذشته را در قالب طیف لیکرت پنج گزینه ای گزارش می دهند. در مطالعه ربیعی و همکاران در سال ۲۰۱۱ روایی همزمان این پرسش نامه و عوامل آن با مقیاس اصلاح شده وسواسی-اجباری ییل براون برای اختلال بد ریخت انگاری بدن ۰/۶۴ به دست آمد. ضریب پایایی پرسش نامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدنی و عوامل آن ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ بود که پایایی مناسب پرسش نامه را نشان می دهد (۳۱).

پرسشنامه رضایت از تن انگاره: این پرسشنامه توسط سوئوتو و گارسيا در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است. این پرسشنامه با هدف ارزیابی رضایت از بدن ساخته شده است. دارای ۲۲ سوال می باشد که رضایت از بدن و نارضایتی از بدن را ارزیابی می کند. براساس طیف لیکرت پنج درجه ای و از هرگز تا همیشه درجه بندی شده است. در

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

گروه ها			
کنترل	پارادوکس درمانی		
۴۰/۰۶	۴۰/۵	میانگین	
۴/۳۵	۴/۸۳	انحراف استاندارد	سن
$F(۲, ۴۵) = ۲/۶۹, P = ۰/۳۲۱$			
۴	۵	مجرد	وضعیت تاهل
۱۱	۱۰	متاهل	
$X^2(۲) = ۲/۳۴, P = ۰/۶۷۲$			
۱	۱	دیپلم	میزان تحصیلات
۱۴	۱۴	دانشگاهی	
$X^2(۲) = ۲/۱۳, P = ۰/۳۴۴$			

۲ میانگین و انحراف استاندارد رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی در شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۲ نشان می دهد که استفاده از آزمون های آماری نشان داد که به لحاظ سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات بین گروه ها تفاوت معنادار وجود ندارد. جدول

جدول ۳: یافته های توصیفی مربوط به رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
رضایت از تن انگاره	پارادوکس درمانی	$11/51 \pm 66/46$	$8/02 \pm 83/33$	$9/17 \pm 81/13$
	کنترل	$12/69 \pm 66/13$	$10/74 \pm 67/66$	$10/54 \pm 67/93$
استرس	پارادوکس درمانی	$11/3 \pm 66/35$	$5/2 \pm 40/22$	$5/2 \pm 40/26$
	کنترل	$11/2 \pm 08/61$	$10/2 \pm 46/26$	$10/2 \pm 00/36$
اضطراب	پارادوکس درمانی	$8/3 \pm 80/00$	$2/2 \pm 73/18$	$2/2 \pm 46/95$
	کنترل	$9/4 \pm 44/93$	$10/4 \pm 00/07$	$9/4 \pm 53/87$
افسردگی	پارادوکس درمانی	$7/3 \pm 40/08$	$2/2 \pm 86/09$	$2/1 \pm 73/98$
	کنترل	$11/4 \pm 06/65$	$10/3 \pm 06/84$	$10/2 \pm 03/78$

مفروضه اساسی روش آماری طرح تحلیل واریانس بود که در این بخش مورد بررسی قرار گرفت. به منظور ارزیابی این مفروضه، رضایت از تن انگاره و هیجانات در مرحله پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد ارزش ($F=0/615$ ، $P>0/05$) در سطح $0/05$ معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که بین نمرات پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ رضایت از تن انگاره و هیجانات تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده های رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی برقرار بود. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل بر رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی را نشان می دهد.

برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ادامه پیش فرض های تحلیل بیان می شود. آزمون شاپیرو-ویلک برای رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی در هر دو گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ غیرمعنادار است. این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده های مربوط به رضایت از تن انگاره و هیجانات در سه گروه و سه مرحله است. نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی در گروه های آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ غیرمعنادار است. این یافته نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس ها در بین داده های مربوط به رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی برقرار است. استقلال متغیر وابسته در مرحله پیش آزمون از عضویت گروهی، دیگر

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر رضایت از تن انگاره و هیجانات منفی

متغیرها	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	n 2
رضایت از تن انگاره	1016/867	508/433	1 و 30	33/728	0/001	0/546
استرس	302/500	390/622	1 و 30	21/683	0/001	0/436
اضطراب	270/400	736/533	1 و 30	10/280	0/003	0/269
افسردگی	332/544	937/244	1 و 30	9/935	0/004	0/262

سطح معنی داری $0/001$ تحت تأثیر قرار داده است. نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در گروه پارادوکس درمانی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته و در مرحله پیگیری همچنان تفاوت چشمگیری با مرحله ی پیش آزمون دارد.

جدول ۴ نشان می دهد که پارادوکس درمانی در مقایسه با گروه کنترل رضایت از تن انگاره ($F(1,30)=33/72$ ، $P<0/001$)، استرس ($F(1,30)=21/683$ ، $P<0/001$)، اضطراب ($F(1,30)=10/280$ ، $P<0/001$) و افسردگی ($F(1,30)=9/935$ ، $P<0/001$) را در

آشفته و درمانده کرده با برنامه ی زمانی پارادوکسی، رابطه ی نشانه ها با اضطراب را قطع کند و هر یک از این دو را بر سر جای خود بنشانند و بر اوضاع مسلط شود. فرآیند اقتدار من ممکن است با سرعت و حتی ناگهانی رخ دهد و امکان دارد نیز به تدریج رخ دهد. قوت و ضعف پایه ی من در هر فردی متفاوت است و تابع تجربه های گذشته و تفاوت های فردی اشخاص است (۲۳).

همچنین یافته ها نشان داد که پارادوکس درمانی هیجانات منفی را در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی کاهش داده است. این یافته با پژوهش های بشارت (۲۳، ۲۴)، بشارت و درتاج (۲۶)، نیکان (۳۴)، بشارت و نقی پور (۲۴) همخوانی دارد. این یافته می توان اینگونه تبیین کرد که در پارادوکس درمانی، درمانگر مدل پارادوکس درمانی با برنامه زمانی و با استفاده از نشانه بیماری (پارادوکس)، تمرین هایی را برای بیمار تجویز می کند (به بیمار دستور می دهد) تا براساس آنها بیمار نشانه های بیماری اش را خود در وقت هایی از پیش تعیین شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند. در درمان برنامه زمانی پارادوکس، بیمار همه چیز را به صورت عادی تجربه می کند؛ بدون اینکه تلاش کند اضطراب خود را تحمل کند، بپذیرد یا کاهش دهد. در این نوع مداخله فرد احساس توانمندی بیشتری می کند؛ بنابراین، تأکید برنامه زمانی پارادوکسی بر استحکام من، قوتی است که باعث می شود بیماران بهتر بتوانند با مشکلات کنار بیایند. همچنین در پارادوکس درمانی مراجع نقش فعالی دارد و تغییرات عمیق شخصیت به وسیله تلاش خود فرد در او ایجاد می شود.

در تبیین دیگر می توان بیان داشت که در پارادوکس درمانی، از جلسات اول که با اضطراب زدایی از نشانه ها آغاز می شود، فرد در فضایی اضطراب زوده به مقابله با اضطراب و نشانه های آن فرستاده خواهد شد؛ نبردی که پیروزی و غلبه بر بیماری در آن تضمین شده است. تجربه اصیل هیجانی، جوهر پارادوکس درمانی است و همین عامل باعث می شود هیجان های منفی کاهش یابد. علاوه بر آن با تکرار تجربه، اقتدار و استحکام من فرد تکمیل خواهد شد. با تکمیل فرآیند استحکام من، اضطراب و پریشانی های روان شناختی فرد، محو میشود و درمان پایان می یابد (۳۴). معیار آسیب شناسی روانی در مدل درمانی پارادوکس، همین معادله، یعنی نسبت بین سه پایگاه نهاد-من-فرمان و روابط این سه ساختار اساسی روان و شخصیت است. وقتی

براین اساس چنین نتیجه گیری شد که پارادوکس درمانی رضایت از تن انگاره زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی را به صورت پایدار افزایش و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی را به صورت پایدار کاهش داده است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی اثر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی بود. یافته ها نشان می دهد که پارادوکس درمانی رضایت از تن انگاره را در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی به صورت پایدار افزایش داده است. این یافته با پژوهش های بشارت (۲۳)، بشارت و درتاج (۲۶)، بشارت و نقی پور (۲۴) همخوانی دارد.

این یافته را می توان اینگونه تبیین کرد که در مداخلات پارادوکسی بر بازسازی توانمندی من به عنوان ستون فقرات شخصیت تغییرات گسترده و همه جانبه ای را در فرد ایجاد می کنند. همین تأکید بر استحکام من و بازسازی توانایی های فرد در چهار مرحله دستوری سازی-مصنوعی سازی، قطع ارتباط نشانه و اضطراب، تغییر معنی نشانه و استحکام من توانسته است رضایت از تن انگاره زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی را افزایش و هیجانات منفی را کاهش دهد. به دلیل اینکه بخش عمده ای از درمان پارادوکسی کشف توانمندی های فردی و یافتن راه هایی برای پروراندن آن هاست. با این روش، ادراک افراد از خودشان را تغییر می دهد و از همین طریق می تواند تجربه ی هیجانات منفی را کاهش دهد (۳۴). علاوه بر آن تأکید درمان پارادوکسی بر استحکام من افراد است. من افراد گاهی به دلایلی ضعیف شده است و دیگر قادر به انجام وظایف و کارکردهای معمول خود در اداره امور شخصیت و مدیریت و تنظیم رفتارها، احساسات، هیجان ها و عملکردهای شخصی و بین شخصی نیست. این وضعیت من در انجام وظایف، معیار اصلی آسیب شناسی روانی در مدل روان درمانی پارادوکسی است. چهارچوب مدل فرضی نهاد-من-فرمان در تکنیک برنامه زمانی پارادوکسی به کار گرفته می شود و توسط فرد اجرا می شود و از هم این طریق به استحکام من افراد کمک می کند. در استحکام من درمانگر پارادوکسی به بیمار کمک می کند تا وقتی کشمکش های میان نهاد و فرمان در قالب نشانه های بیماری و اضطراب، من بیمار را

من در رأس مثلث شخصیت قرار داشته باشد، یعنی بتواند بر تعارضات و کشمکشهای نهاد و فرامن نظارت و مدیریت کند، سلامت روانی عمومی برقرار است. نسبت و فاصله من با دو پایگاه دیگر شخصیت، کمیت و کیفیت سلامت روانی عمومی را مشخص می کند. اگر این فاصله کم و صفر شود، یعنی من در امتداد نهاد و فرامن روی یک خط افقی قرار بگیرد یا حتی من به پایین خط سقوط کند، اختلال روانی شکل خواهد گرفت. همچنین، در پارادوکس درمانی رفتارهای ناخواسته و مزاحم توسط بیمار در وقت های تعیین شده انجام می گیرد و طبق پیشینه نظری دانلپ اجرای رفتارهای ناخواسته به صورت ارادی باعث شکستن عادات و پایان دادن به انجام آنها خواهد شد (۲۳)؛ در نتیجه دور از انتظار نیست که انجام تمرینات پارادوکس درمانی هیجان های منفی بیماران را کاهش دهد.

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی بود. همان طور که یافته ها نشان داد پارادوکس درمانی، رضایت از تن انگاره زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی را به صورت پایدار افزایش داده است. همچنین پارادوکس درمانی هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی را به صورت پایدار کاهش داده است. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به در دسترس انتخاب کردن افراد نمونه اشاره داشت که تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه می سازد. عدم کنترل متغیرهای مهم و تأثیرگذار در بیماری های روان شناختی مانند حمایت های اجتماعی و عاطفی دریافت شده از جانب والدین، خانواده و دوستان و تاب آوری اشاره داشت. پیگیری مطالعه حاضر

فقط در یک اندازه گیری و در بازه زمانی ۳ ماهه انجام شده است. انجام مطالعات طولانی تر و با پیگیری بلندمدت و چند مرحله ای، نتایج کامل تری را در زمینه میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می دهد. با توجه به اثربخشی پارادوکس درمانی بر تن انگاره و هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی، پیشنهاد می شود که از پارادوکس درمانی به عنوان درمان روان شناختی اولیه در اختلال بد شکلی بدن توجه شود. به دلیل اینکه اختلال بد شکلی بدنی اساساً یک مشکل تن انگاره است در نتیجه ابتدا باید اختلال روانی یا مشکل این افراد با تن انگاره خود درمان شود. طبق پیشینه پژوهشی به دلیل اینکه درمان جراحی بدون درمان روانشناختی برای حل مشکل تن انگاره می تواند عواقب خطرناکی برای افراد مبتلا به این اختلال داشته باشد لذا توجه به درمان پارادوکسی برای حل مشکل تن انگاره و تجربه ی هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی می تواند مفید باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله ی دکتری روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.URMIA>REC.1402.071 در وبگاه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی موجود است.

سیاسگذاری

بدین وسیله از حمایت های معنوی تمامی مدیران و اعضای کلینیک های زیبایی شهر تهران که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. ISAPS. ISAPS-International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2011. International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) Hanover, NH; 2018.
2. Alotaibi AS. Demographic and cultural differences in the acceptance and pursuit of cosmetic surgery: a systematic literature review. Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open. 2021;9(3):e3501. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003501>
3. Lee K, Guy A, Dale J, Wolke D. Adolescent desire

- for cosmetic surgery: associations with bullying and psychological functioning. Plastic and reconstructive surgery. 2017;139(5):1109-18. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003252>
4. Valikhani A, Goodarzi MA. Contingencies of self-worth and psychological distress in Iranian patients seeking cosmetic surgery: Integrative self-knowledge as mediator. Aesthetic plastic surgery. 2017;41: 955-963. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0853-8>
5. Ziglinas P, Menger DJ, Georgalas C. The body dysmorphic disorder patient: to perform

- rhinoplasty or not? European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2014; 271: 2355-2358. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2792-6>
6. Bidkhorri M, Yaseri M, Sari AA, Majdzadeh R. Relationship between socioeconomic factors and incidence of cosmetic surgery in Tehran, Iran. Iranian journal of public health. 2021; 50(2):360. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i2.5351>
 7. Dsm I. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American psychiatric association. 2013.
 8. França K, Roccia MG, Castillo D, ALHarbi M, Tchernev G, Chokoeva A, et al. Body dysmorphic disorder: history and curiosities. Wiener Medizinische Wochenschrift. 2017; 5:167. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0544-8>
 9. Ribeiro RVE. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: a systematic review with meta-analysis. Aesthetic plastic surgery. 2017; 70: 946. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
 10. Jordan DR. Re: "Beauty Is in the Eye of the Beholder: Body Dysmorphic Disorder in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery". Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. 2016;32(5):402. <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000000768>
 11. Sweis IE, Spitz J, Barry DR, Cohen M. A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. Aesthetic plastic surgery. 2017;41:9491. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
 12. Sarcu D, Adamson P. Psychology of the facelift patient. Facial Plastic Surgery. 2017;33(03):252-9. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598071>
 13. Ciccarelli M, Nigro G, D'Olimpio F, Griffiths MD, Cosenza M. Mentalizing failures, emotional dysregulation, and cognitive distortions among adolescent problem gamblers. Journal of Gambling Studies. 2021;37:28398. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09967-w>
 14. Higgins S, Wysong A. Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder-an update. International journal of women's dermatology. 2018;4(1):43-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>
 15. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):-335345. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 16. Toh WL, Castle DJ, Mountjoy RL, Buchanan B, Farhall J, Rossell SL. Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. Comprehensive psychiatry. 2017; 77-100. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.06.004>
 17. Alshahwan MA. The prevalence of anxiety and depression in Arab dermatology patients. Journal of cutaneous medicine and surgery. 2015;19(3):297-303. <https://doi.org/10.2310/7750.2014.14110>
 18. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. The Journal of nervous and mental disease. 2016;204(11):832-9. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000498>
 19. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. Body image. 2016; 86. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>
 20. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clinical psychology review. 2016;49:55-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
 21. Bouman TK, Mulken S, van der Lei B. Cosmetic professionals' awareness of body dysmorphic disorder. Plastic and reconstructive surgery. 2017;139(2):336-42. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002962>
 22. Basharat MA. Paradox + schedule = treatment: complete model of treatment of psychological disorders - a practical guide. Tehran: Rushd Publications; 2016.
 23. Basharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on obsessive-compulsive disorder: a case study. Psychological Studies. 2017;17:736.
 24. Besharat M, Naghipoor M. The Application of a New Model of Paradox Therapy for the Treatment of Illness Anxiety Disorder: A Case Report. Clin Case Rep Int. 2019; 3. <https://doi.org/10.26226/morressier.5d1a-037757558b317a140728>

25. Besharat M, Naghipoor M. Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*. 2019; 1:56. <https://doi.org/10.15761/JSIN.1000213>
26. Basharat M, Fariborz. F. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on body deformity disorder: a case study. *Journal of Psychological Sciences*. 2019;19(95):1371-1378.
27. Basharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy on social anxiety disorder: a case study. *Journal of Psychological Sciences*. 2018;95:376-378.
28. Etsamipour R, Ramzanzadeh Moghadam, Kh. The effectiveness of paradox therapy on anger rumination in people with anxiety caused by corona disease. *Clinical psychology and personality*, 2022; 21(2): 105-116.
29. babaie V, abolmaali alhosseini K, hobbi MB. Investigating the efficacy of paradoxical time table therapy on anxiety sensitivity and focused-attention in people with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(125): 967-983.
30. Cohen PA. An Updated and Expanded Meta-Analysis of Multisection Student Rating Validity Studies 1986..
31. Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and validation of metacognitive body deformity assessment questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (University Letter)*. 2011;21(83):43-52.
32. Jafari F, Nobawewatan Z. The role of abnormal dimensions of personality, satisfaction with body image and symptoms of dramatic personality disorder in predicting marital dissatisfaction of women seeking divorce. *New Psychological Research Quarterly*. 2021; 17(67): 45-53.
33. Asad Zandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. The frequency of depression, anxiety and stress in Military nurses. *Journal of Military Medicine*. 2011; 13(2): 103-110.
34. Nikan A, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Mojtabaie M. Comparison of paradoxical timetable and cognitive behavioral therapy on worry and rumination of individuals with social anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021 Mar 10;10(1):1-4.