

مطالعه کیفی

بررسی علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان: تحلیل محتوا

علی اعظم رجیبیان^۱، *محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شرعرباف^۱، سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Rajabian A A, Asghari Ebrahimabad M j, Aghamohammadian Sharbaf H, Rasoolzadeh Tabatabaei S K. [Investigating the Causes of Body Dysmorphic Disorder in Women: Content Analysis (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2023; 26(2):484-499. <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.3.7092.1>

<https://doi.org/10.32598/JAMS.25.3.7092.1>

چکیده

زمینه و هدف: در زمینه علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن تقریباً اطلاع دقیقی در دست نیست. بسیاری از مبتلایان به اختلال بدریخت‌انگاری بدن که متقاضی جراحی پلاستیک هستند، به این درمان‌ها پاسخ منفی نشان می‌دهند و گاهی نیز علائم بدتر می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به شیوه کیفی، از نوع تحلیل محتواست. متغیرها و مقوله‌ها به شیوه مصاحبه با ۱۵ متخصص و ۸ فرد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن و بررسی ۷۱ مقاله به دست آمده است. همچنین برای تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن، علاوه بر مصاحبه از پرسش‌نامه وسواس فکری عملی ییل براون استفاده شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند است. تجزیه و تحلیل داده‌ها در ۳ مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد. اعتبار مؤلفه‌ها از طریق محاسبه شاخص تحلیل محتوا بررسی شد.

یافته‌ها: مؤلفه‌های اصلی تأثیرگذار در اختلال بدریخت‌انگاری بدن شامل عوامل فرهنگی و اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی می‌شود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، عوامل متعددی در بروز اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش دارند و شناسایی آن‌ها در محیط‌ها، فرهنگ‌ها و جوامع مختلف امکان تدوین یک بسته آموزشی یا درمانی و اجرای آن را با یک روش تجربی فراهم می‌کند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۱ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ مرداد ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

بدریخت‌انگاری بدن، تحلیل محتوا، اختلال بدریخت‌انگاری بدن

* نویسنده مسئول:

دکتر محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد

نشانی: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۵۱۳۷۱۷۶ (۹۱۵) ۰۹۸+

ایمانامه: mjasghari@um.ac.ir

مقدمه

درباره ویژگی‌های ظاهری افراد در دوران کودکی انجام می‌شود، می‌تواند به تدریج بر افکار و احساسات افراد اثر بگذارد. علاوه بر آن، شرطی‌سازی کلاسیک نیز در این میان نقش دارد. وجود تجارب منفی درباره ویژگی‌های ظاهری (تمسخر در شروع بلوغ)، به عنوان محرک غیرشرطی می‌تواند منجر به پاسخ غیرشرطی (اضطراب و شرم) شود و هر آنچه با این محرک جفت شود، به طور منفی ارزیابی خواهد شد [۱۱].

از دیدگاه طرح‌واره درمانی، برخی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد با بدریخت‌انگاری بدن با احتمال بیشتری تجلی می‌یابد [۱۲-۱۴]. در الگوهای روان‌پوشی اختلال بدریخت‌انگاری بدن بازتابی از تعارض جنسی یا هیجانی با بخشی نامربوط از بدن است [۳].

از دیدگاه روان‌شناسی اجتماعی اختلال بدریخت‌انگاری بدن بر اساس تغییر در ارزش‌های جامعه (صورت به جای سیرت)، یادگیری مشاهده‌ای، شبکه‌های اجتماعی، تبلیغات رسانه‌ای و تأکید بر «بدن اجتماعی» به جای «بدن طبیعی» ایجاد می‌شود [۱۵، ۱۶]. همچنین مفاهیم قالبی مربوط به زیبایی که در برخی خانواده‌ها و فرهنگ‌ها رایج است، اثرات بسیاری بر بیماران مبتلا به اختلالات بدریخت‌انگاری بدن می‌گذارد. از نظر ژنتیکی شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در وابستگان درجه اول مبتلایان به اختلال وسواسی جبری بالاست و به نظر می‌رسد اختلال بدریخت‌انگاری بدن با سطح سروتونین در ارتباط باشد [۱، ۳].

اختلال بدریخت‌انگاری بدن می‌تواند بسیاری از ابعاد زندگی یک فرد را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری 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 درباره 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 [۶، ۱۷].

اختلال بدریخت‌انگاری بدن میان جمعیت عمومی ۱ تا ۳ درصد (۲/۵ درصد زنان و ۲/۲ درصد مردان) تخمین زده می‌شود، اما بین متقاضیان جراحی پلاستیک شیوع میان ۶ تا ۵۴ درصد متغیر است. سن شروع بیماری ۱۶ تا ۱۷ سالگی و شایع‌ترین سن آغاز بیماری ۱۲ تا ۱۳ سالگی است. به تدریج نگرانی‌های تحت بالینی گسترش می‌یابند تا به اختلال کامل تبدیل شود [۱، ۱۸-۲۰]. شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در ایران ۷/۱ درصد گزارش شده است [۲۱]. ایران از نظر تعداد جراحی‌های زیبایی بینی در دنیا مقام نخست را دارد [۱۵].

اختلال وسواسی جبری^۱ و اختلالات مرتبط، طیفی از اختلالات روانی هستند که شامل اختلالات وسواسی جبری، انباشت‌گری، موکنی، پوست‌کنی و بدریخت‌انگاری بدن^۲ است [۱]. اختلال بدریخت‌انگاری بدن که در نسخه پیشین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ در طبقه اختلالات جسمانی شکل^۴ قرار داشت، به دلیل شباهت‌هایی که به اختلال وسواسی جبری دارد، اکنون در این طبقه قرار گرفته است [۲، ۳].

اختلال بدریخت‌انگاری بدن به صورت مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص در ظاهر فیزیکی مشخص می‌شود که چندان قابل ملاحظه نیست یا از نظر دیگران جزئی است. همچنین این اختلال با رفتارهای تکراری (مانند آرایش بیش از حد، واریسی مکرر خود در آینه، تمیز کردن پوست یا طلب اطمینان بخشی از طرف دیگران) یا فعالیت‌های ذهنی (مانند مقایسه ذهنی خود با دیگران) در واکنش به دلواپسی درباره ظاهر خود همراه است. این مشغولیت ذهنی با ظاهر را نمی‌توان با نگرانی درباره چربی بدن یا وزن در افراد مبتلا به اختلالات خوردن توجیه کرد. سنگ بنای تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن وجود مشغله ذهنی یا نگرانی بیمار راجع به یک نقص جزئی یا تصور شده در ظاهر است [۴].

تقریباً می‌توان گفت بینش کم است و حداقل یک‌سوم افراد عموماً باورهای هذیانی دارند [۵]. بدریخت‌انگاری عضلانی شکلی از بدریخت‌انگاری بدن است که شاخصه اصلی آن باور به ساختار عضلانی بیش از حد کوچک یا ضعیف است [۱، ۶-۸]. مطالعات انجام‌شده در خصوص شیوع و علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن گوناگون بوده و نتایج آن‌ها با توجه به جمعیت هدف و محل انجام مطالعه متفاوت است. در مورد علل این اختلال تقریباً اطلاع دقیقی در دست نیست [۹]. اختلال بدریخت‌انگاری بدن با میزان بالای بدرفتاری جنسی، هیجانی و جسمی در دوران کودکی ارتباط دارد [۱۰].

با توجه به اینکه شایع‌ترین سن شیوع علائم بیماری در فرایند نوجوانی است، به نظر می‌رسد تغییرات ظاهری و هورمونی می‌تواند به عنوان راه‌انداز یا تسهیل‌کننده این اختلال در نظر گرفته شود. از دیدگاه شناختی‌رفتاری، شرطی‌سازی عامل و شرطی‌سازی کلاسیک می‌توانند بر روند شکل‌گیری این اختلال مؤثر باشد. تقویت مثبت تجارب اولیه افراد که مبتنی بر ویژگی‌های ظاهری است، می‌تواند در شکل‌گیری اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش داشته باشد. همچنین تعاملات اجتماعی تمسخرآمیز که

1. Obsessive-Compulsive and Related Disorders
2. Body Dysmorphic Disorder
3. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
4. Somatoform

در این پژوهش مقاله‌های انگلیسی و فارسی مربوط به موضوع و نمایه‌شده در بازه زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ (۲۰۱۶ تا ۲۰۲۱)، در پایگاه‌های داده پورتال جامع علوم انسانی، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه ایران‌مدکس، پایگاه تخصصی مجلات نور، بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، گوگل اسکالر و ساینس دایرکت بررسی شد و نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشت. جست‌وجو در این پایگاه‌ها با استفاده از کلیدواژه‌های اختلال بدریخت‌انگاری بدن و اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

روند انتخاب کلیدواژگان بر اساس مرور چند مقاله و اجماع در تیم تحقیق بود. همچنین از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته نیز به منظور گردآوری داده‌ها استفاده شد. روند کار به گونه‌ای بود که بعد از مطالعه و بررسی‌های فراوان و بهره‌مندی از نظر مشاوران، سؤال‌های مصاحبه نهایی و روند مصاحبه آغاز شد. مصاحبه‌های انجام‌شده با متخصصین زیبایی (۴ نفر)، روان‌پزشک (۵ نفر)، روان‌شناس (۶ نفر)، و زنان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن (۸ نفر) تحلیل محتوا شد. نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه داشت. به مصاحبه‌شوندگان اجازه داده شد تا درباره جزئیات مربوط به موضوع اصلی به اندازه شناخت و تجربه‌های خود نظر دهند. مدت هر مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود.

در این پژوهش، زنان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن که توسط روان‌پزشک تشخیص دریافت کرده بودند به پژوهشگران ارجاع داده شدند. پژوهشگران برای تشخیص قطعی‌تر اختلال بدریخت‌انگاری بدن، علاوه بر مصاحبه بالینی ساختاریافته از مقیاس اصلاح‌شده ۱۲ سؤال «وسواس فکری عملی بیل براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن» برای ارزیابی دقیق‌تر استفاده کردند. این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۱۲ سؤال است که شدت علائم بدریخت‌انگاری بدن را می‌سنجد. این شاخص یک ساختار مرتبه‌ای ۲ عاملی بوده و ۲ سؤال اضافی دارد. این عوامل عبارت‌اند از: ۱. وسواس‌های فکری، ۲. وسواس جبری و ۲ سؤال اضافی درباره بینش و اجتناب. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده بود، ثبت می‌کنند.

کسب نمرات بالاتر از ۲۰ برای این پرسش‌نامه برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن جنبه تشخیصی دارد. مطالعات نشان می‌دهد این مقیاس، اعتبار و روایی مطلوبی دارد. در یک نمونه ایرانی، مقیاس اصلاح‌شده ۱۲ سؤال وسواس فکری عملی بیل براون را اعتباریابی کردند. نتایج نشان داد این مقیاس و عوامل آن (وسواس و نیروی کنترل افکار) همبستگی معناداری با پرسش‌نامه پادوآ و عوامل آن دارند. همبستگی بین این ۲ مقیاس ۲۵ درصد تا ۸۵ درصد متغیر بود که در سطح ۵ درصد و ۱ درصد معنادار بود.

همچنین مقیاس اصلاح‌شده ۱۲ سؤال وسواس فکری عملی

اینکه اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبتاً شایع است، اما بسیار کم مورد تحقیق قرار گرفته است [۲۲].

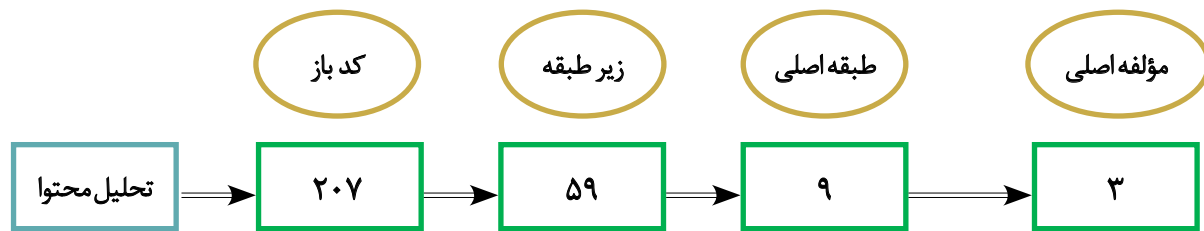
برای درمان افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن می‌توان از آزمایشات گوناگونی استفاده کرد. با توجه به شیوع بالای اختلال بدریخت‌انگاری بدن در متقاضیان جراحی‌های پلاستیک، متخصصین باید با هدف متمایزسازی متقاضیان علائم واقعی از افراد دچار اختلال بدریخت‌انگاری بدن، انگیزه‌های روان‌شناختی و انتظارات از عمل را در دوره پیش از جراحی ارزیابی کنند. به این وسیله می‌توان از اقدامات غیرضروری و نتایج نامطلوب عمل‌های جراحی زیبایی جلوگیری کرد [۱، ۱۸].

بسیاری از مبتلایان به اختلال بدریخت‌انگاری بدن که متقاضی جراحی پلاستیک هستند، پاسخ منفی به این درمان‌ها نشان می‌دهند و گاهی علائم بدتر می‌شود. درمان این اختلال به وسیله هرگونه جراحی، درماتولوژیک، دندان‌پزشکی و سایر روش‌های طبی به منظور رفع نقص‌های ادعایی تقریباً بدون استثنا ناموفق است [۳]. درمان‌های دارویی و روان‌درمانی نیز برای درمان این اختلال استفاده می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که هرکدام از تحقیقات انجام‌شده معمولاً به یکی از علل بدریخت‌انگاری بدن توجه کرده‌اند و حتی در رابطه با آن علت هم ۱ یا ۲ متغیر پرداخته شده است. در صورتی که در بدریخت‌انگاری بدن می‌تواند عوامل متعددی دخالت داشته باشد و به همین خاطر، درمان‌هایی هم که انجام شده، فقط به یک بُعد توجه کرده است و نتایج خوبی از درمان‌ها حاصل نمی‌شود. اگر قرار باشد درمان مؤثر بوده و تأثیر درست و جامعی داشته باشند، نیازمند این است که علل بدریخت‌انگاری بدن به طور جامع بررسی شود.

بنابراین با توجه به کمبود پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن [۱۱] و همچنین نرخ شیوع بالای این اختلال در جامعه و افزایش متقاضیان جراحی‌های پلاستیک و دریافت نکردن پاسخ از این درمان‌ها [۳] و نیز کمبود محسوس مطالعات انجام‌شده در زمینه علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن، پژوهش حاضر به دنبال بررسی علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های کیفی از نوع تحلیل محتواس است که به منظور بررسی عوامل مؤثر بر اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان انجام شد. تحلیل محتوا، یک روش پژوهش کیفی است که بر اساس بررسی متون یا مصاحبه‌های تخصصی به شناسایی مقوله‌های اصلی و فرعی تحقیق می‌پردازد. منابع و محتوای تحلیل متون پژوهش‌شده از طریق بررسی مقالات و مصاحبه با افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن و متخصصین انجام شد.



تصویر ۱. فرایند کدگذاری و تحلیل محتوا و تعداد کدهای تعریف شده

رسیدن به تم‌های اصلی و ۶. انتخاب عنوان مناسب با برچسب علل اختلال بد ریخت‌انگاری بدن برای مؤلفه‌های اصلی. برای صحت نحوه کدگذاری در هر مرحله نیز از فردی که تجربه انجام تحقیق‌های کیفی را داشت، خواسته شد تا متون و کدگذاری‌های اولیه و طبقات مفهومی را بررسی کنند. بازنگری‌های مکرر انجام شد. تنوع در انتخاب منابع سبب افزایش اعتبار و تأییدپذیری بیشتر داده‌ها می‌شود. به همین منظور در تأییدپذیری این مطالعه از منابع مختلفی با دیدگاه‌های متفاوت در زمینه موضوع مورد پژوهش استفاده شد. برای غنای بیشتر و بررسی دقیق‌تر اعتبار و انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تأییدپذیری نتایج، از نظرات یک پانل تخصصی از افراد خبره به روش دلفی استفاده و توافق بین آن‌ها درباره روند استخراج تم‌های اصلی از طبقات ارزیابی و بررسی شد [۲۵، ۲۶].

روند مراحل بدین صورت بود که طبقات استخراج شده به صورت یک چک‌لیست طراحی و شماره‌گذاری شد. برای انتخاب اعضای پانل واجد شرایط، از ترکیب نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی استفاده شد. معیارهای ورود برای انتخاب افراد صاحب‌نظر، مسلط بودن آن‌ها در حیطه مورد نظر بود. تعداد ۱۰ پانلیست شامل متخصصین روان‌پزشک و روان‌شناس برای اعتبار تحلیل محتوا انتخاب شدند.

در این روش، پس از شرح موضوع و فرایند تحلیل محتوای انجام شده برای اعضای پانل، نظرات و بازخورد اعضا درباره نحوه کدگذاری و برچسب‌ها از تم‌ها اخذ شد. این متخصصین با متخصصینی که در ابتدا با آن‌ها مصاحبه شد، تفاوت داشتند. پاسخ‌های افراد جمع‌آوری شدند و در تیم تحقیق بررسی و

بیل براون و عوامل آن (وسواس و نیروی کنترل افکار) با مقیاس رضایت بدنی در دامنه ۲۵ تا ۳۳ درصد رابطه معناداری داشت. علاوه بر این، بین مقیاس رضایت از بدن، پرسش‌نامه پاداو و عوامل آن رابطه معنادار گزارش شد. این نتایج از روایی هم‌زمان مناسب این مقیاس با پرسش‌نامه پاداو و مقیاس رضایت بدنی است. ضرایب آلفای کرونباخ ۹۳ درصد برای کل مقیاس، ۹۳ درصد برای عامل اول و ۷۸ درصد برای عامل دوم به دست آمد و علاوه بر این، همبستگی بین فرم‌ها در دونیم‌سازی ۸۳۹ درصد و ضریب دونیم‌سازی گاتمن ۹۱۲ درصد بود که نشان از اعتبار مناسب مقیاس است [۲۳].

منابع و متون نهایی شده، طبق روش تحلیل محتوای قراردادی^۵ کدگذاری و تحلیل شد. روند تحلیل داده‌ها در این فرایند، بر اساس رویکرد [۲۴] به روش استقرایی انجام شد. مراحل آن عبارت‌اند از: ۱. مشخص کردن اطلاعات مدنظر و چندین بار بررسی آن‌ها برای پیدا کردن درک مناسب نسبت به کل موارد، ۲. استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی آن‌ها با عنوان واحدهای فشرده یا کدهای باز، ۳. خلاصه و دسته‌بندی واحدهای فشرده تحت عنوان زیرطبقات و انتخاب برچسب مناسب برای آن‌ها، ۴. مرتب کردن زیرطبقات در قالب طبقات کمتر بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در زیرطبقات و در نهایت، انتخاب عنوانی مناسب که قابلیت پوشش طبقات حاصل شده را داشته باشد. (جدول شماره ۱، مثالی از روند کدگذاری داده‌ها را نشان می‌دهد)، ۵. ادغام طبقات بر اساس مقایسه مکرر بین طبقات و

5. Conventional Content Analysis

جدول ۱. مثال از نحوه کدگذاری و استخراج طبقه موردنظر

نام طبقه	نام زیرطبقات	کدهای باز
آسیب‌های دوران کودکی	غفلت در کودکی بدرفتاری در دوران کودکی سبک فرزندپروری نامناسب	نبود امنیت در کودکی، نبود توجه کافی در کودکی، در دسترس نبودن والدین، تعارض‌های اولیه با مادر، حوادث آسیب‌زننده، تحقیر شدن توسط خانواده، کنترل‌گری والدین، ناتوانی مادر در مدیریت ارتباطات افراد خانواده



جدول ۲. مؤلفه‌های اصلی استخراج شده مؤثر بر علل اختلال بدریخت‌انگاری بدن

مؤلفه‌های اصلی	طبقه اصلی	زیر طبقه
عامل فرهنگی و اجتماعی	جامعه	گرایش بیش از اندازه به کمال در مردم
		گرایش بیش از اندازه به زیبایی‌شناسی
		موفقیت و خوشبختی
		پذیرش در گروه هم‌سالان
		جایگاه طبقاتی
عامل فرهنگی و اجتماعی	خانواده	ساختار اجتماعی
		مسخره شدن توسط دیگران
		الگوگیری
		مشوق
		اهمیت یافت فضای مجازی
عامل روان‌شناختی	آسیب‌های دوران کودکی	الگوگیری در فضای مجازی
		غفلت در کودکی
		بدرفتاری در دوران کودکی
		سبک فرزندپروری نامناسب
		رسانه
عامل روان‌شناختی	اختلالات روانی	اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط
		اختلالات مرتبط با عوامل استرس‌زا و ضربه
		سطوح پایین سلامت روان
		اختلالات خلقی
		اختلالات اضطرابی
		اختلالات جنسی
		اختلال شخصیت خودشیفته
		اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
		اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
		اختلال شخصیت نمایشی
		اختلالات خوردن
		اختلال شخصیت وابسته
		اختلالات عصبی رشدی

مؤلفه‌های اصلی	طبقه اصلی	زیرطبقه
عامل روان‌شناختی	ارزش‌ها و صفات شخصیتی	اعتماد به نفس پایین
		مهرطلبی
		وابستگی
		احساس حقارت
		ترس و اضطراب
		جزئی‌نگری و اعمال تکراری
		شفقت‌ورزی پایین
		ناتوانمندی خودتنظیمی هیجانی
		هویت سردرگم
		باورهای تحریف‌شده
		خودسرزنش‌گری
		خودکم‌بینی
		سطوح پایین توانایی هوشی
		گرایش به الکل
		اهمال کاری
		دلبستگی نایمن
		روابط اجتماعی ضعیف
		نالیمنی
		وظیفه‌شناسی پایین
		خودبیزاری
تأییدطلبی		
رفتارهای اجتنابی		
حسادت		
زورگویی		
خلق پایین		
کمال‌طلبی		
ارزش‌های معنوی		
بازداری هیجانی		
عامل زیستی	عوامل ژنتیکی نقص در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی اختلال در پردازش	رگه یا اختلال روان در خانواده
		تغییرات شیمیایی
		نقص در کارکردهای اجرایی
		نوسانات امواج مغزی



متخصصین پانل تخصصی دلفی وجود نداشت.

نتایج بررسی توافق بین اعضای پانل و بررسی روایی محتوا درباره مؤلفه‌های استخراج‌شده نشان داد مقدار شاخص روایی محتوا برای این ۹ طبقه همه برابر با ۱ بودند. تنها طبقه اختلالات روانی و عوامل کالبدشناسی به ترتیب برابر با ۰/۹ و ۰/۵ بودند. درنهایت، همه طبقات حداقل مقدار مورد قبول ۰/۷۹ را داشتند و تنها طبقه عوامل کالبدشناسی بود که حداقل مقدار شاخص روایی محتوا لازم را اکتساب نکرد و از پژوهش حذف شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل بدریخت‌انگاری بدن در زنان انجام شد. تکنیک تحلیل محتوای کیفی برای رسیدن به این هدف انتخاب شد. نتایج این بررسی درنهایت نشان داد عوامل اختلال بدریخت‌انگاری بدن را می‌توان در ۳ مؤلفه اصلی قرار داد: ۱. رویکرد زیست‌شناختی، ۲. رویکرد فرهنگی و اجتماعی و ۳. رویکرد روان‌شناختی [۲۸].

رویکرد فرهنگی و اجتماعی

نظریه شیء‌انگاری بر این فرض استوار است که اساساً در جوامع توسعه‌یافته، بدن زنان (و به طور فزاینده‌ای بدن مردها) به عنوان اشیای غیرانسانی در نظر گرفته می‌شوند. در این جوامع، افراد به مرور زمان یاد می‌گیرند تا نگاه سوم شخص به بدن‌شان را درونی‌سازی کرده و آن را با معیارهای ایده‌آل و مورد پسند جامعه مقایسه و مورد قضاوت قرار دهند. از این رو، خودشیء‌انگاری در بسیاری از موارد تجربه احساس ناراضی و شرم بدنی را در پی دارد، زیرا عموم افراد نمی‌توانند ایده‌آل‌های جامعه را به دست آورند. اگرچه این تحقیقات در مراحل اولیه هستند، اما این‌طور به نظر می‌رسد که خودشیء‌انگاری با نگرانی‌های نوجوانان دختر و پسر از ظاهرشان در بزرگسالی ارتباط دارد [۲۸].

از دیدگاه روان‌شناسی اجتماعی اختلال بدریخت‌انگاری بدن بر اساس تغییر در ارزش‌های جامعه، یادگیری مشاهده‌ای، شبکه‌های اجتماعی، تبلیغات رسانه‌ای و تأکید بر «بدن اجتماعی» به جای «بدن طبیعی» ایجاد می‌شود. همچنین مفاهیم قالبی مربوط به زیبایی که در برخی خانواده‌ها و فرهنگ‌ها رایج است، اثرات بسیاری بر بیماران مبتلا به اختلالات بدریخت‌انگاری بدن می‌گذارد [۱۶، ۱۵، ۳]. آزمودنی ۴ بیان می‌کرد «به نظرم رسانه‌ها و فضای مجازی هم خیلی مؤثر است، می‌گم خدا همه چی رو به این‌ها داده»

با این حال، نقش رسانه‌ها در اختلال بدریخت‌انگاری بدن چندان دقیق مشخص نیست. اگرچه رسانه‌ها دائماً در حال تقویت اهمیت دادن به ظاهر هستند و منجر به انتظارات غیرواقعی از زیبایی می‌شوند، اما گزارش‌ها از تاریخچه بدریخت‌انگاری بدن به سال‌های ۱۸۰۰ برمی‌گردد که قبل از آن رسانه‌ها روند فعلی

بازبینی شد. در این روش، برای کمی‌سازی میزان توافق اعضای پانل از شاخص روایی محتوا برای ارزیابی روایی محتوایی از نظر متخصصان استفاده شد. این شاخص درواقع، هم‌گرایی صاحب‌نظران این حوزه را درباره مرتبط بودن عوامل نهایی با طبقات مورد نظر در فرایند تحلیل محتوا می‌سنجد که در زیر به نحوه محاسبه آن‌ها اشاره شده است:

$CVI = \text{تعداد متخصصانی که آیت مورد نظر را مرتبط یا مرتبط، اما نیاز به بازبینی تشخیص داده‌اند} / \text{تعداد کل متخصصان}$

برای هر عامل بررسی‌شده با در نظر گرفتن ۱۰ متخصص حداقل مقدار مورد قبول برای شاخص بر اساس جدول لاوشه، شاخص روایی محتوا برابر با ۷۹ درصد است [۲۷]. روند اصلاح تم‌های مورد نظر تا دستیابی توافق و رسیدن به شاخص روایی محتوا مورد نظر بین متخصصان ادامه یافت.

نتایج

پس از جست‌وجو در متون و انجام مصاحبه‌ها درنهایت، ۷۱ مقاله و ۲۳ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای تحلیل محتوا در این پژوهش استفاده شد. فرایند کدگذاری در تحلیل محتوا و تعداد کدهای تعریف‌شده در تصویر شماره ۱ ترسیم شده است. مطابق با این فرایند درنهایت ۲۰۷ کد باز استخراج و سپس این کدها در ۵۹ زیرطبقه و سپس در ۹ طبقه جای داده شد. درنهایت، از این طبقات، ۳ مؤلفه اصلی با عنوان عوامل نهایی اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان مشخص شدند.

برای آشنایی با نحوه کدگذاری در تشکیل طبقات، به عنوان نمونه در جدول شماره ۱ روند کدگذاری برای یکی از طبقات به نام «آسیب‌های دوران کودکی» بیان شده است. این کدگذاری نشان می‌دهد که ۷ کد باز اولیه در ۳ زیرطبقه و سپس با توجه به شباهت‌ها، همگی در طبقه مورد نظر طبقه‌بندی شده‌اند. این طبقه نیز خود یکی از طبقاتی است که موجب تشکیل یکی از مؤلفه‌های اصلی به نام «عامل روان‌شناختی» شده است. نتایج آخرین مرحله از فرایند کدگذاری در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

در این مرحله که درواقع، چکیده نهایی کدگذاری این تحلیل محتوا را نشان می‌دهد، از تلفیق ۹ طبقه برای دستیابی به عوامل مؤثر بر اختلال بدریخت‌انگاری بدن در زنان، ۳ مؤلفه اصلی استخراج شد. پس از طی فرایند اعتباریابی، در طی فرایند کدگذاری و استفاده از نظرات پانل تخصصی در انتهای کدگذاری درنهایت، ۳ عامل مؤثر تحت عناوین زیر استخراج و نام‌گذاری شدند که عبارت‌اند از: ۱. عامل فرهنگی و اجتماعی، ۲. عامل روان‌شناختی و ۳. عامل زیستی. این ۳ مؤلفه هرکدام از ۳ مؤلفه تشکیل شد. امکان کم کردن مؤلفه‌ها و تلفیق آن‌ها از نظر

6. Content Validity Index (CVI)

امروزه را نداشتند. در مجموع، می‌توان گفت اگرچه رسانه‌ها ممکن است بر انتظارات غیرواقعی از زیبایی تأکید کنند و موجب حفظ و تداوم بدریخت‌انگاری بدن شوند، اما به احتمال زیاد نقش زیادی در شکل‌گیری اولیه بدریخت‌انگاری بدن ندارند [۲۹، ۳۰].

رویکردهای تکاملی و فرهنگی معتقدند که انسان در طول میلیون‌ها سال به‌گونه‌ای تکامل یافته است که در مقابل سرنخ‌های اجتماعی تأیید (در مقابل انتقاد) و پذیرش (در مقابل طرد) بسیار حساس باشد و بر همین اساس، طوری خودش را برای دیگران عرضه می‌کند که مطلوب افراد واقع شود. در جوامع توسعه‌یافته و مدرن، اغلب یک زن موفق و مطلوب در قامت زنی لاغر یا باریک اندام به همگان معرفی می‌شود. این شرایط جدید فرهنگی اجتماعی بستری فراهم می‌کند تا اندام باریک‌زانه الگوی سایر زنان قرار داشته باشد. در این میان، هرگونه شکست یا ناکامی در کسب معیارهایی که از سوی جامعه تحمیل شده است می‌تواند به تهدید بزرگی برای فرد قلمداد شود و تأثیرات منفی ماندگاری برجای گذارد؛ بنابراین ظاهر فرد می‌تواند منبعی برای احساس شرمندگی باشد [۲۸].

رویکرد روان‌شناختی

بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن، تجربه بدرفتاری هیجانی و سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی داشته‌اند. همچنین آسیب‌های ناشی از سوانح رواندگی که به ایجاد زخم یا عوارض پوستی منجر شده است، می‌تواند بر ظاهر افراد اثر گذاشته و در نهایت، موجب توجه غیرضروری به ظاهر شود. تجارب منفی اولیه (تصاویر تجارب منفی، تمسخر شدن، غفلت، قلدری و غیره) ممکن است فرد را برای عاطفه منفی‌ای که در سال‌های بعد هنگام مشاهده اعضا و اندام‌های مختلف بدن خود احساس می‌کند، آماده کنند. این تجارب ممکن است باورهای اساسی در ارتباط با ارزش جدایی در افراد شکل دهند. همچنین تجارب اولیه‌ای که موجب تقویت مثبت و تأکید بر ویژگی‌های ظاهری شده است نیز در شکل‌گیری این اختلال نقش دارد [۱۰، ۱۶، ۳۱-۳۳].

آزمودنی شماره ۲ می‌گفت: «والدینم هیچ‌وقت در دسترس نبودن. پرستار داشتم، اما زمان‌هایی که والدینم نبودن خیلی با من بدرفتاری می‌کرد. موقعی هم که والدینم بودن، در دسترس نبودن. همه بچگیم دست پرستار بودم. پرستارها بی‌احترامی می‌کردن. اگر گریه می‌کردم، بهم غذا نمی‌دادن. والدینم منو خیلی مسخره می‌کردن. می‌گفتن وقتی وارد جایی می‌شی، اول دماغت وارد می‌شه بعد خودت».

اگرچه برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این افراد الزاماً قربانی قلدری نبوده و ممکن است خودشان عامل قلدری باشند [۳۴]. صفات و ارزش‌های شخصیتی می‌تواند در شکل‌گیری و تداوم اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش داشته باشد. از جمله،

رایج‌ترین ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن، کمال‌گرایی و حساسیت زیبایی‌شناختی است. علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن، تشخیص اختلال شخصیتی نیز دریافت می‌کنند. با این حال، نقش ویژگی‌های شخصیتی خاص یا اختلالات در سبب‌شناسی بدریخت‌انگاری بدن به‌طور کامل شناخته نشده است، اما ارتباط بالقوه‌ای بین آن‌ها یافت می‌شود [۲۹].

با این حال، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد میان کمال‌گرایی و اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطه‌ای وجود ندارد [۳۵]. باورهای وسواسی کمال‌گرایی، اطمینان‌طلبی بالا می‌تواند موجب نقص در تصویر تن شود [۳۶]. اغلب اختلال بدریخت‌انگاری بدن با اختلالات شخصیت در خوشه C (اضطراب و ترس) مرتبط است. همچنین جرئت‌ورزی، برون‌گرایی در این افراد پایین و روان‌رنجور خوبی بالا گزارش شده است. اختلالات شخصیتی رایج در این بیماران به‌ترتیب شامل اختلال شخصیت اجتنابی، پارنویا، اختلال شخصیت وسواسی جبری، وابسته و مرزی است [۳۷].

تاب‌آوری نسبت به غم و خشم، تحمل ابهام و همچنین شفقت به خود در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن بسیار پایین است [۳۸-۴۰]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد هوش شخصی و بدنی افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن پایین است (۴۱). همچنین افراد مبتلا، عزت نفس بسیار پایینی دارند و توانایی تنظیم بهینه هیجان‌ات در آن‌ها پایین است [۳۵، ۴۲]. اختلال بدریخت‌انگاری بدن با سازمان شخصیتی ناهنجار و بهنجار به ترتیب ارتباط مستقیم و معکوس معنادار دارد و سازمان شخصیتی بهنجار و ناهنجار به‌ترتیب نقش منفی و مثبت در سبب‌شناسی اختلال بدریخت‌انگاری دارند. احساس خودمختاری، شایستگی و تعلق داشتن، سلامت روان افراد را به حدی افزایش می‌دهد که رفتارهای نامعقول مانند بدریخت‌انگاری و اعمال زیبایی را کاهش می‌دهد [۴۳].

عوامل زیستی

برخی افراد به لحاظ ژنتیکی زمینه لازم را برای ابتلا به اختلالات روانی دارند. شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در وابستگان درجه اول مبتلایان به اختلال وسواسی جبری بالاست [۱، ۳، ۳۱] نواحی مغزی دچار ناهنجاری در وسواس و اختلال بدریخت‌انگاری بدن مشترک هستند [۲۸]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۵/۸ درصد افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن، خویشاوندانی مبتلا به این اختلال دارند [۳۷، ۴۴].

نازک شدن قشر مغز در ناحیه چپ لوب تمپورال میانی و شکنج پاریتال تحتانی چپ [۴۵] و نواقص عصبی‌زیستی در فعالیت، ساختار و ارتباطات مغزی در نواحی فرونتو استریاتال، لیمبیک و مناطق سیستم بصری و همچنین کاهش اتصال محلی امیگدال در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن وجود دارد.

دارد [۵۷، ۵۸]. مبتلایان در مواجهه با کلمات هیجانی نسبت به سایر کلمات خنثی، دچار نوع سوگیری شناختی می‌شوند و توجه انتخابی نشان می‌دهند [۲۸]. نوسانات بیشتر تتا و نوسانات امواج بتا کمتر مشاهده می‌شود [۵۹].

در این راستا، یکی از متخصصین بیان کرده بود «اختلالات شخصیت یا ویژگی‌های شخصیتی زیربنایی مانند شخصیت نمایشی وابسته می‌تواند تسهیل‌کننده اختلال بدریخت‌انگاری بدن شود، ژنتیک هم اثر دارد، اختلالات افسردگی در خانواده می‌تونه در سبک فرزندپروری اثر بذاره و در نتیجه موجب این اختلال بشه، اختلالات افسردگی و اضطراب می‌تونه اثر گذار باشه، نقص در کارکردهای شناختی مانند ست شیف‌تینگ هم اثر گذاره»

از نقاط قوت این تحقیق می‌توان به دریافت و بررسی نظرات متخصصان حوزه روان‌شناسی، روان‌پزشکی، جراحی پلاستیک، افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن و بررسی متون با دیدگاه‌های مختلف درباره عوامل نهایی اشاره کرد که باعث شد از یک جنبه‌نگری در تحقیق جلوگیری شود. از محدودیت‌های این پژوهش هم می‌توان به دسترسی نداشتن به برخی از نویسندگان مقاله‌های انتخاب‌شده اشاره کرد که دسترسی به آن‌ها می‌توانست برخی ابهامات متن منبع را برطرف کند. همچنین تعداد کم بیماران شرکت‌کننده به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان عوامل مؤثر در اختلال بدریخت‌انگاری در زنان را در ۳ عامل اصلی فرهنگی و اجتماعی، روان‌شناختی، زیستی تقسیم‌بندی کرد. از یک‌سو، برخی از این عوامل می‌توانند در سطوح مختلف پیشگیری مورد توجه برنامه‌ریزان امور فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی قرار گیرد تا با آشنایی از مبانی اختلال بدریخت‌انگاری و زمینه‌های مستعدکننده آن در جامعه، گام‌های عملی جهت پیشگیری از بروز این اختلال در قالب برنامه‌های آموزشی مدون و نظام‌مند برداشته شود. از سوی دیگر، این نتایج می‌تواند به عنوان مقدمه پژوهش‌های آینده برای تحقیق در زمینه طراحی یک بسته درمانی برای درمان اختلال بدریخت‌انگاری بدن بهره‌بردار شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

قبل از پژوهش رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان در پژوهش گرفته شده و از کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد کد اخلاق IR.UM.REC.1401.105 اخذ شد.

افزایش شدت علائم با میزان اتصال محلی و دور ناحیه راست فوقانی جانبی کورتکس اوربیتوفرونتال ارتباط دارد [۴۶، ۴۷].

بادامه^۷ در واکنش‌های احساسی، مواجهه با تهدید و ترس نقش دارد که می‌تواند در رفتارهای وسواسی و اجتنابی در بدریخت‌انگاری بدن نقش ایفا کند. سیستم بازدارنده رفتاری در این افراد با نواقصی روبه‌رو است [۳۰، ۴۸]. در پژوهش حاضر، طبقه عوامل کالبدشناسی عصبی حداقل مقدار شاخص روایی محتوا لازم را اکتساب نکرد و از پژوهش حذف شد. در عین حال، برخی تحقیقات، عامل کالبدشناسی عصبی را از علل بدریخت‌انگاری بدن ذکر کرده‌اند. به نظر می‌رسد دلیل این ناهم‌خوانی، مؤثرتر بودن سایر علل در شکل‌گیری این اختلال باشد.

در سیستم بینایی و پردازش بینابینی سروتونین^۸ نقش دارد و به حیوانات کمک می‌کند تا به درون داده‌های حسی غیرمهم از محیط واکنش اغراق‌آمیز نشان ندهند. داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین^۹ به افراد کمک می‌کنند که به نقص‌های جزئی ظاهر تمرکز و واکنش اغراق‌آمیز کمتری نشان دهند. همچنین علاوه بر سروتونین احتمالاً انتقال‌دهنده‌های عصبی دیگری مانند دوپامین^{۱۰} و گلوتامات در اختلال بدریخت‌انگاری بدن درگیر هستند. این انتقال‌دهنده ممکن است با سروتونین ترکیب شود و به‌ویژه در شکل‌های هذیانی اختلال بدریخت‌انگاری بدن نقش داشته باشد [۱۶، ۳۰، ۴۹، ۵۰]. همچنین میزان ترشح اکسی‌توسین در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن بیشتر است [۵۱].

افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن گرایش به تمرکز بیش از اندازه بر جزئیات دارند [۵۲]. نقص در پردازش جامع و محلی بصری و تغییر تکلیف قابل مشاهده است [۵۳]. فعالیت قسمت نیم‌کره چپ^{۱۱}، لوب گیجگاهی جانبی^{۱۲} و قشر پیش‌پیشانی جانبی^{۱۳} (یعنی ناحیه‌ای از مغز که مخصوص تجزیه و تحلیل و پردازش بینایی متمرکز بر جزئیات است)، حتی موقعی که آن‌ها در چهره‌ای با جزئیات کم نگاه می‌کنند، بیشتر است [۵۴، ۵۵].

افراد مبتلا، چهره را به صورت بسیار دقیق نگاه می‌کنند تا به جزئیات دست یابند. همچنین فعالیت قشر پیشین حدقه‌ای، سمت چپ مغز افراد مبتلا نسبت به افراد عادی بیشتر و فعالیت قشر پس سری سمت چپ آن‌ها کمتر است. نقص در این قسمت از ساختار مغز در رفتارهای تشریفاتی و تکراری مانند آرایش کردن مفرط نقش دارد [۳۰، ۵۶]. توجه انتخابی در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نواقصی همراه است و سوگیری توجه وجود

7. Amigdala
8. Serotonin
9. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)
10. Dopamine
11. Left Hemisphere
12. Lateral Temporal Lobe
13. Lateral Prefrontal Cortex

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری علی اعظم رجبیان، دانشجوی دکتری روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد است.

مشارکت نویسندگان

طراح اصلی پروژه: علی اعظم رجبیان؛ مشاوران در طراحی و اصلاح پژوهش: محمدجواد اصغری ابراهیم آباد، سیدکاظم رسول زاده طباطبایی، حمیدرضا آقامحمدیان شرباف.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با همکاری دانشگاه فردوسی مشهد و جمعی از روان‌پزشکان، روان‌شناسان، متخصصان جراحی پلاستیک و بیماران انجام شد. از همه این بزرگواران تشکر می‌شود.

References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. [Link]
- [2] Flygare O, Chen L-L, de la Cruz LF, Rück C, Andersson E, Enander J, et al. Empirically defining treatment response and remission in body dysmorphic disorder using a short self-report instrument. *Behav Ther.* 2021; 52(4):821-9. [DOI:10.1016/j.beth.2020.10.006] [PMID]
- [3] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2015. [Link]
- [4] Greenberg JL, Phillips KA, Hoepfner SS, Jacobson NC, Fang A, Wilhelm S. Mechanisms of cognitive behavioral therapy vs. supportive psychotherapy in body dysmorphic disorder: An exploratory mediation analysis. *Behav Res Ther.* 2023; 161:104251. [DOI:10.1016/j.brat.2022.104251] [PMID]
- [5] Suryaningtyas D. Acceptance and commitment therapy untuk mengubah body image pada individu dengan ciri Body Dysmorphic Disorder (BDD) [MSc, thesis]. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang; 2023. [Link]
- [6] Hakim RF, Alrahmani DA, Ahmed DM, Alharthi NA, Fida AR, Al-Raddadi RM. Association of body dysmorphic disorder with anxiety, depression, and stress among university students. *J Taibah Univ Med Sci.* 2021; 16(5):689-694. [DOI:10.1016/j.jtumed.2021.05.008] [PMID] [PMCID]
- [7] Phillips KA, Greenberg JL, Hoepfner SS, Weingarden H, O'Keefe S, Keshaviah A, et al. Predictors and moderators of symptom change during cognitive-behavioral therapy or supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *J Affect Disord.* 2021; 287:34-40. [DOI:10.1016/j.jad.2021.03.011] [PMID] [PMCID]
- [8] Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008; 30(1):67-72. [DOI:10.1016/j.genhosppsy.2007.09.004] [PMID] [PMCID]
- [9] Ganji M. Abnormal psychology (Persian)]. Tehran: Savalan; 2021. [Link]
- [10] Malcolm A, Pikoos TD, Grace SA, Castle DJ, Russell SL. Childhood maltreatment and trauma is common and severe in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2021; 109:152256. [DOI:10.1016/j.comppsy.2021.152256] [PMID]
- [11] Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body dysmorphic disorder: Neurobiological features and an updated model. *Z Klin Psychol Psychother.* 2013; 42(3):184-91. [DOI:10.1026/1616-3443/a000213] [PMID] [PMCID]
- [12] Esmaeilnia M, Dousti Y, Mirzaian B. The role of early maladaptive schema and perfectionism on body dysmorphic disorder mediating through thought fusion, meta-worry, anxiety, and attributional style: A structural model. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology.* 2018; 5(4):169-78. [DOI:10.32598/ajnp.4.3.280]
- [13] Dehghan Sarvolia N, Dehghani A. Role of early maladaptive schemas and attachment styles in the prediction of thoughtful rumination in individuals with body dysmorphic disorder. *J Res Health.* 2019; 9(7):568-74. [doi:10.32598/JRH.1442.1]
- [14] Dehestani M, Azizi Z, Mahdavi A. [The effectiveness of group therapy schema on maladaptive symptoms and primary maladaptive schemas in female students with overweight concerns (Persian)]. *Thought Behav Clin Psychol.* 2019; 12(47):47-56. [Link]
- [15] Abbaszadeh M, Aghdasi F, Saadati M, Bakshaish M. [Sociological study of the tendency to beautify with plastic surgery and related factors (case study: women and girls aged 16-64 in Tabriz city) (Persian)]. *Appl Sociol.* 2012; 23(3):123-40. [Link]
- [16] Elliott CM, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of mental health.* Oxford: Academic Press; 2016. [DOI:10.1016/B978-0-12-397045-9.00081-1]
- [17] Hartmann AS, Thomas JJ, Greenberg JL, Rosenfield EH, Wilhelm S. Accept, distract, or reframe? An exploratory experimental comparison of strategies for coping with intrusive body image thoughts in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2015; 225(3):643-50. [DOI:10.1016/j.psychres.2014.11.031] [PMID]
- [18] Rabaioli L, de Oliveira Oppermann P, Pilati NP, Klein CFG, Bernardi BL, Migliavacca R, et al. Evaluation of postoperative satisfaction with rhinoseptoplasty in patients with symptoms of body dysmorphic disorder. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022; 88(4):539-45. [DOI:10.1016/J.BJORL.2020.07.013]
- [19] Morita MM, Merlotto MR, Dantas CL, Olivetti FH, Miot HA. Prevalence and factors associated with body dysmorphic disorder in women under dermatological care at a Brazilian public institution. *An Bras Dermatol.* 2021; 96(1):40-6. [DOI:10.1016/j.abd.2020.06.003] [PMID] [PMCID]
- [20] Bala M, Quinn R, Jassi A, Monzani B, Krebs G. Are body dysmorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents. *Psychiatry Res.* 2021; 305:114201. [DOI:10.1016/j.psychres.2021.114201] [PMID]
- [21] Esnaashari N, Bakhshayesh A, Afshani A. [Prevalence of body deformity disorder in adolescent girls of Yazd (Persian)]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2014; 22(3):1237-45. [Link]
- [22] Russell S. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2023; 319:114980. [DOI:10.1016/j.psychres.2022.114980] [PMID]
- [23] Rabiei M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. [Examining the factor structure, reliability and validity of the modified Yell-Brown practical obsession scale for body deformity disorder among the students of Isfahan University (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2010; 15(4):343-50. [Link]
- [24] Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005; 15(9):1277-88. [DOI:10.1177/1049732305276687] [PMID]
- [25] Weber RP. Basic content analysis. California: Sage; 1990. [DOI:10.4135/9781412983488]
- [26] Adel Mehraban M. [A review of qualitative content analysis and its application in research (Persian)]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences & Health Services; 2015. [Link]
- [27] Hajzadeh A, Asghari M. [Statistical methods and analyzes with a view to research methods in biological sciences and Health (Persian)]. Tehran: Academic Jahad. [Link]
- [28] Ahmadvand Shahverdi M, Basharat A. [Body dysmorphic disorder: A review (Persian)]. *Rooyesh.* 2021; 10(4):181-96. [Link]
- [29] Weiffenbach A, Kundu RV. Body dysmorphic disorder: Etiology and pathophysiology. In: Vashi N, editor. *Beauty and body dysmorphic disorder.* New York: Springer. [DOI:10.1007/978-3-319-17867-7_8]
- [30] Phillips K. *Understanding body dysmorphic disorder.* Oxford: Oxford University Press; 2009. [Link]

- [31] Krebs G, de la Cruz LF, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evid Based Ment Health*. 2017; 20(3):71-5. [DOI:10.1136/eb-2017-102702] [PMID] [PMCID]
- [32] Valderrama J, Hansen SK, Pato C, Phillips K, Knowles J, Pato MT. Greater history of traumatic event exposure and PTSD associated with comorbid body dysmorphic disorder in a large OCD cohort. *Psychiatry Res*. 2020; 289:112962. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.112962] [PMID] [PMCID]
- [33] Koblenzer CS. Body dysmorphic disorder in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2017; 35(3):298-301. [DOI:10.1016/j.clindermatol.2017.01.002] [PMID]
- [34] Neziroglu F, Borda T, Khemlani-Patel S, Bonasera B. Prevalence of bullying in a pediatric sample of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2018; 87:12-6. [DOI:10.1016/j.comppsy.2018.08.014] [PMID]
- [35] Zemestani M, Jalalund V. [Prevalence of muscular dystrophy disorder in bodybuilding athletes: investigation of psychophysiological components (Persian)]. *Sports Psychol Stud*. 2019; 8(28):95-112. [Link]
- [36] Blakey SM, Abramowitz JS, Mahaffey BL. Do obsessive beliefs predict body image disturbance? *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2016; 11:96-100. [DOI:10.1016/j.jocrd.2016.08.007]
- [37] Veale D, Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. New York: John Wiley & Sons; 2010. [DOI:10.1002/9780470684610]
- [38] Allen LM, Roberts C, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ. Exploring the relationship between self-compassion and body dysmorphic symptoms in adolescents. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2020; 25:100535. [DOI:10.1016/j.jocrd.2020.100535]
- [39] Matheny NL, Summers BJ, Macatee RJ, Harvey AM, Okey SA, Cogle JR. A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2017; 23:50-60. [DOI:10.1016/j.bodyim.2017.07.005] [PMID]
- [40] Summers BJ, Matheny NL, Sarawgi S, Cogle JR. Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2016; 16:45-53. [DOI:10.1016/j.bodyim.2015.11.002] [PMID]
- [41] Ghaffari M, Narimani M, Basharpour S, Hajlo N. [Comparing the effectiveness of personal and physical intelligence training on the symptoms of body deformity disorder in cosmetic surgery applicants with mixed models (Persian)]. *Health Promot Manag*. 2018; 6(6):53-63. [DOI:10.21859/jhpm-07048]
- [42] Tashkeh M, Dovazdehamami Moh, Bakhtiari M, Jafari M. [Comparison of intolerance of uncertainty and difficulty in emotional regulation in people with body deformity and social anxiety (Persian)]. *Sci Res Q J Health Psychol*. 2018; 7(27):113-30. [doi:10.30473/hpj.2018.36452.3759]
- [43] Barghi Irani Z, Bakhtiari S. [The role of personality organization and basic psychological needs in predicting body deformity in cosmetic surgery patients (Persian)]. *Iran J Surg*. 2016; 25(4): 66-74. [Link]
- [44] Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2005; 46(4):254-60. [DOI:10.1016/j.comppsy.2004.10.004] [PMID] [PMCID]
- [45] Grace SA, Buchanan BG, Maller JJ, Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. Reduced cortical thickness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2017; 259:25-8. [DOI:10.1016/j.pscychresns.2016.11.004] [PMID]
- [46] Grace SA, Labuschagne I, Kaplan RA, Rossell SL. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017; 83:83-96. [DOI:10.1016/j.neurobiorev.2017.10.003] [PMID]
- [47] Beucke JC, Sepulcre J, Buhlmann U, Kathmann N, Moody T, Feusner JD. Degree connectivity in body dysmorphic disorder and relationships with obsessive and compulsive symptoms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016; 26(10):1657-66. [DOI:10.1016/j.euroneuro.2016.04.011] [PMID] [PMCID]
- [48] Rashidi M, Rahmati M, Dinavi V, Rahnejad A, Ahmadi M, Soltani T. [The relationship of being ridiculed for appearance and behavioral inhibition with the severity of body dysmorphic symptoms: The mediating role of negative perfectionism (Persian)]. *J Nurse Physician War*. 2017; 4(13):196-204. [Link]
- [49] Vulink NC, Planting RS, Figee M, Booij J, Denys D. Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in Body dysmorphic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016; 26(2):350-6. [DOI:10.1016/j.euroneuro.2015.11.018] [PMID]
- [50] Grant JE, Fineberg N, van Ameringen M, Cath D, Visser H, Carmi L, et al. New treatment models for compulsive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016; 26(5):877-84. [DOI:10.1016/j.euroneuro.2015.11.008] [PMID]
- [51] Fang A, Jacoby RJ, Beatty C, Germine L, Plessow F, Wilhelm S, et al. Serum oxytocin levels are elevated in body dysmorphic disorder and related to severity of psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*. 2020; 113:104541. [DOI:10.1016/j.psyneuen.2019.104541] [PMID] [PMCID]
- [52] Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000; 6(6):673-81. [DOI:10.1017/S1355617700666055] [PMID]
- [53] Kerwin L, Hovav S, Hellemann G, Feusner JD. Impairment in local and global processing and set-shifting in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res*. 2014; 57:41-50. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2014.06.003] [PMID] [PMCID]
- [54] Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(12):1417-25. [DOI:10.1001/archpsyc.64.12.1417] [PMID]
- [55] Grace SA, Labuschagne I, Castle DJ, Rossell SL. Intranasal oxytocin alters amygdala-temporal resting-state functional connectivity in body dysmorphic disorder: A double-blind placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2019; 107:179-86. [DOI:10.1016/j.psyneuen.2019.05.022] [PMID]
- [56] Feusner JD, Moller H, Altstein L, Sugar C, Bookheimer S, Yoon J, et al. Inverted face processing in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res*. 2010; 44(15):1088-94. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2010.03.015] [PMID] [PMCID]
- [57] Möllmann A, Hunger A, Schulz C, Wilhelm S, Buhlmann U. Gazing rituals in body dysmorphic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2020; 68:101522. [DOI:10.1016/j.jbtep.2019.101522] [PMID]
- [58] Kollei I, Horndasch S, Erim Y, Martin A. Visual selective attention in body dysmorphic disorder, bulimia nervosa and healthy controls. *J Psychosom Res*. 2017; 92:26-33. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.11.008] [PMID]
- [59] Kapsali F, Zioga I, Papageorgiou P, Smyrnis N, Chrousos GP, Papageorgiou C. Event-related EEG oscillations in body dysmorphic disorder. *Eur J Clin Invest*. 2020; 50(3):e13208. [DOI:10.1111/eci.13208] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank