

مقایسه بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای و سوگیری‌های شناختی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با

افراد بدون اختلال بدشکلی بدن

فرنگیس عبدالمهی^۱، زهره رافعی^{*۲}، حسین اسکندری^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استاد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۳

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۶

Comparison of Recognition of Facial Emotion and Cognitive biases in Patients with Body Dysmorphic Disorder and without Body Dysmorphic Disorder

Frangis Abdollahi¹, Zohreh Rafezi^{*2}, Hossein Eskandari³

1. M.Sc. of General Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2. Assistant professor of psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

3. Professor of psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Received: 2021/12/07

Accepted: 2022/02/22

10.30473/sc.2023.66264.2826

Abstract

The aim of this study was to compare the recognition of facial emotions and cognitive biases in people with body dysmorphic disorder and people without body dysmorphic disorder. Method: The method of the present study was causal-comparative. The statistical population of the present study included all people with body dysmorphic disorder in the age group of 25 to 35 years in 2019. The research sample included 70 people (35 people in each group) who were selected by available sampling methods. Data was collected using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (Phillips et al. 1997), The Interpretations Questionnaire-modified (IQ-modified; adapted from Buhlmann et al. 2002), and the Facial Emotions Recognition Test (Ekman & Friesen, 1976). The data was analyzed using t-test and non-parametric Friedman test. Results: The results showed that there was a significant difference ($P < 0.01$) between people with body dysmorphic disorder and People without body dysmorphic disorder in cognitive biases. Also, there was a significant difference ($P < 0.01$) between the two groups of individuals without body dysmorphic disorder and individuals with body dysmorphic disorder in the component of recognizing facial emotions. Conclusion: The results of the statistical analysis showed that people with body dysmorphic disorder have more and more negative body-related cognitive biases compared to people without body dysmorphic disorder. Also, people with body dysmorphic disorder perform weaker than people without body dysmorphic disorder in recognizing facial emotions except sadness. It seems that these variables play an essential role in the formation and continuation of this disorder.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, Cognitive Biases, Recognition of Facial Emotions.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای و سوگیری‌های شناختی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با افراد بدون اختلال بدشکلی بدن انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ ساله در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش شامل ۷۰ نفر بود (هر گروه ۳۵ نفر) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی ییل - براون، مقیاس اختلال بدشکلی بدن فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷)، پرسش‌نامه اصلاح‌شده تفسیر موقعیت‌های مبهم بولمن و همکاران (۲۰۰۲) و آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای اکمن و فرایزن (۱۹۷۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون t و آزمون نا پارامتریک فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن در سوگیری‌های شناختی تفاوت معناداری ($P < 0.01$) وجود دارد. همچنین دو گروه مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن در مؤلفه بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای نیز تفاوت معناداری ($P < 0.01$) داشتند. نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن، سوگیری‌های شناختی مرتبط با بدن بیشتر و منفی‌تری دارند. هم چنین افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی نسبت به افراد غیر مبتلا در بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای به جز غم ضعیف‌تر عمل کردند. به نظر می‌رسد این دو متغیر نقش مهمی در شکل‌گیری و ماندگاری این اختلال ایفا می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: بدشکلی بدن، بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای، سوگیری شناختی.

*Corresponding Author: Zohreh Rafezi

Email: Rafezi.zohreh13@gmail.com

* نویسنده مسئول: زهره رافعی

مقدمه

نگرانی در مورد ظاهر، در اکثر فرهنگ‌ها به‌عنوان جنبه‌ای از رفتار طبیعی انسان شناخته و پذیرفته شده است. با این حال اگر این نگرانی‌ها بیش از حد و آزاردهنده باشد به‌گونه‌ای که کیفیت زندگی شخص را تحت تأثیر قرار دهد، ممکن است آن فرد، مبتلا به اختلال بدشکلی بدن^۱ باشد (سینگ و ویل^۲، ۲۰۱۹). اختلال بدشکلی بدن عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص و عیب در ظاهر که این نقص و عیب‌های ظاهری، به‌گونه‌ای هستند که یا اساساً وجود ندارند یا این‌که اگر هم وجود دارند، برای دیگران بسیار کم قابل مشاهده هستند و پاسخ فرد به این نگرانی‌ها افراطی و عذاب‌آور است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳).

اختلال بدشکلی بدن (BDD) غالباً به‌عنوان یک اختلال خاموش توصیف می‌شود، چراکه بیماران اغلب شرم دارند که نگرانی‌های خود درباره‌ی ظاهرشان را برای دیگران بیان کنند. از این رو اعمال تکراری خود را به‌صورت پنهانی انجام می‌دهند (فانگ و ویلهلم^۴، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به این اختلال، هیجان‌نا آرامت‌کننده‌ای مانند افسردگی، ناامیدی، اضطراب، نگرانی، ترس، شرم، احساس نفرت از خود، خشم و ناکامی و احساس گناه را تجربه می‌کنند (ربیع، ۱۳۹۰) که این احساسات ناراحت‌کننده سبب آسیب به فعالیت‌های اجتماعی و شغلی افراد شده و یک‌سوم مبتلایان را خانه‌نشین می‌کند و برخی نیز به دلیل ناراحتی و شرم از بدشکلی زمان زیادی را درگیر اشتغال ذهنی با محتوای بدشکلی بدن هستند. همچنین، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در این افراد امری متداول است (اشنایدر^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به این‌گونه رفتارهای اجباری و تفکر وسواسی، این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۶ (DSM5)، در محور اختلال وسواسی-جبری^۷ و اختلالات مرتبط با آن قرار گرفته است (DSM5, 2013)، از این رو می‌توان گفت که اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات وسواس فکری-عملی است که تمرکز آن بر ظاهر جسمی است. این وسواس‌ها می‌تواند طیفی از احساس غیر جذاب^۸

بودن تا ظاهر مشمئزکننده^۹ را شامل شود (کامینگز^{۱۰}، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، رابطه‌ی بین افکار و رفتارها در BDD شبیه رابطه بین وسواس و اجبار در OCD است، یعنی رفتارهای اجباری در پاسخ به افکار وسواسی درباره‌ی ظاهر، به‌منظور کاهش اضطراب و دیگر احساسات اتفاق می‌افتد (فیلیپس و کای^{۱۱}، ۲۰۰۷).

تخمین شیوع اختلال بدشکلی بدن مشکل است، چرا که ماهیت این اختلال به‌گونه‌ای است که معمولاً پنهان می‌ماند؛ اما بهترین تخمین‌ها نشان می‌دهد بیش از آنچه تصور می‌شود، رایج است (بارلو^{۱۲}، ۲۰۱۵). به‌گونه‌ای که میزان شیوع، در جمعیت عمومی تقریباً ۲ درصد (هانگ، نظیراگلو و هولاندر^{۱۳}، ۲۰۱۸)، در بزرگسالان ایالات متحده ۲/۴ درصد و در سطح بین‌المللی، بین ۱/۷ تا ۱/۸ درصد ذکر شده است. علیرغم تفاوت در میزان شیوع، علائم در نژادها و فرهنگ‌ها مشابه است. میزان شیوع مبتنی بر جنسیت، نسبت جنسی تقریباً برابری را در زنان (۲/۵ درصد) و در مردان (۲/۲ درصد) نشان می‌دهد (DSM5, 2013). شیوع اختلال بدشکلی بدن در حیطه جراحی زیبایی حدود ۵ درصد و در کلینک‌های جراحی پوست ۱۲ درصد است (برونسن^{۱۴} و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۲).

اختلال بدشکلی بدن با اختلال اضطراب اجتماعی^{۱۵} (فانگ و هافمن^{۱۶}، ۲۰۱۰)، افسردگی، اختلال طیف اوتیسم^{۱۷} (هانگ و همکاران، ۲۰۱۹)، استرس پس از رویداد^{۱۸}، اضطراب فراگیر^{۱۹}، بیش‌فعالی و نقص توجه^{۲۰} و رفتار جنسی اجباری^{۲۱} می‌تواند همراه شود (گران، لاست و چمبرلین^{۲۲}، ۲۰۱۹). همچنین داده‌ها نشان می‌دهد ۳۸ درصد از بیماران مبتلا به BDD دارای هراس اجتماعی مادام‌العمر هستند که ممکن است در بسیاری از موارد قبل از BDD شروع شده باشد (مفضل و عثمان، ۲۰۱۳).

مطابق پژوهش‌های انجام‌شده، ادراک و نگرش فرد

9. Looking hideous
10. Cummings J
11. Phillips KA, Kaye WH
12. Barlow DH, Durand VM
13. Hong K, Nezgovorova V, Hollander E
14. Bjornsson AS
15. Social Anxiety Disorder
16. Fang A, Hofmann SG
17. Autism Spectrum Disorder
18. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)
19. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
20. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
21. Compulsive Sexual Behavior
22. Grant JE, Lust K, Chamberlain SR

1. Body Dysmorphic Disorder
2. Singh AR, Veale D.
3. American Psychiatric Association
4. Fang A, & Wilhelm S
5. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
7. Obsessive-Compulsive Disorder
8. Unattractive

است. به طور کلی افراد مبتلا به BDD نیز متأثر از این وضعیت، به دو شکل این سوگیری‌های شناختی را نشان می‌دهند که بر استدلال‌های آن‌ها اثر می‌گذارد، شکل اول تمایل به نتیجه‌گیری بدون داشتن اطلاعات کافی و دوم مشکل در تفسیر اطلاعات مبهم. سوگیری تفسیری در واقع تمایل به تفسیر اطلاعات مبهم به صورت نادرست است (ریس، مک نالی و ویلهلم،^۹ ۲۰۱۱) به گونه‌ای که افراد دارای اختلال بدشکلی بدن، نسبت به بیماران دارای وسواس فکری-عملی و افراد عادی، دارای سوگیری تعبیر منفی خاص برای طیف وسیعی از موقعیت‌های مبهم هستند و این موقعیت‌ها را به صورت تهدیدکننده تفسیر می‌کنند؛ که ممکن است عقاید تحریف‌شده در مورد خود و تصویر بدن آن‌ها را تأیید کند (بولمن و هارتمن،^{۱۰} ۲۰۱۷). همچنین، افرادی که نمرات بالایی در اختلال بدشکلی بدن کسب می‌کنند، نسبت به افرادی که نمرات پایینی در این اختلال به دست می‌آورند، دارای سوگیری شناختی و تفسیری بیشتری هستند (کلرکین و تیچمن،^{۱۱} ۲۰۰۸)؛ که باعث افزایش باورهای نادرست و اختلال در عملکرد می‌شود، به گونه‌ای که این باورهای منفی نسبت به ظاهر به نوبه‌ی خود منجر به احساسات منفی (مانند اضطراب، شرم، غم) شده و این احساسات منفی نیز منجر به راه‌کارهای مقابله‌ای ناسازگار یا رفتارهای اجتنابی می‌شود (بولمن و هارتمن، ۲۰۱۷). چنین سوگیری‌هایی در پردازش شناختی نیز نفوذ می‌کند و از ارزیابی واقعی رویدادهای روزمره جلوگیری می‌کند که منجر به ماندگاری آسیب روانی می‌شود (بیند،^{۱۲} ۲۰۱۰).

یکی دیگر از مشکلاتی که در افراد دارای اختلال بدشکلی بدن رایج است، نقص در بازشناسی هیجان است (جانسون و همکاران، ۲۰۲۲). بازشناسی هیجان به معنای توانایی استنباط اطلاعات عاطفی از روی حالات چهره‌ای (کهلر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰) و یک جنبه‌ی مهم شناخت اجتماعی است که توانایی کلیدی در تعاملات اجتماعی و پیش‌شرطی برای درک، پیش‌بینی و واکنش متناسب به رفتار شخص مقابل محسوب می‌شود (اشگل، گرنجین و شرر^{۱۴}، ۲۰۱۴)؛ بنابراین، نقص در بازشناسی هیجان با ضعف مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات و عملکرد بین فردی،

نسبت به بدن خود که بخشی از ارزیابی فرد از خودش را تشکیل می‌دهد (گران و فیلیپس، ۲۰۰۵)، ممکن است تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، از جمله سوگیری‌های شناختی قرار گیرد. سوگیری‌های شناختی نگرش‌های ناکارآمد، عقاید مطلق و انعطاف‌ناپذیر، نسبت به خود و دنیا هستند که خلق و خو، هیجان‌ها و رفتار را تحت تأثیر قرار داده و بر نحوه‌ی تفسیر اطلاعات اثر می‌گذارند و از عواملی مانند استرس، خلق منفی و اظهار نظرهای دیگران متأثر می‌شوند (موریسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ جانسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

سوگیری‌های شناختی، افکار مرتبط به ظاهر از قبیل تفسیرهای خود شکننده و پریشانی هیجانی را در مبتلایان به بدشکلی بدن به جریان می‌اندازند که به نوبه‌ی خود مقابله‌های ناکارآمد مثل اجبارهای متمرکز بر بدن را تشدید می‌کنند، این افراد در روابط بین فردی نیز درگیر استانداردهای سخت‌گیرانه و تحریف‌های شناختی می‌شوند که باعث شکل‌گیری باورهای کمال‌گرایی ناسازگار نسبت به ظاهر می‌شوند (براد،^۳ ۲۰۱۷). افراد دارای این اختلال، الگوی تحریف‌شده‌ای از تفسیر ظاهر فیزیکی خود دارند (کارهان^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) در واقع، آن‌ها فکر می‌کنند هر چه در اطرافشان رخ می‌دهد به نوعی مرتبط به نقص آن‌ها است (گودفین^۵، ۲۰۲۲) افراد دارای اختلال بدشکلی بدن همچنین الگوی مشکل‌ساز تفکر ارجاعی و «ذهن‌خوانی» را نشان می‌دهند، به طوری که معتقدند دیگران به ظاهر آنها توجه خاصی دارند و آنها را به دلیل ظاهرشان قضاوت، تمسخر یا طرد می‌کنند (دیتل^۶، ۲۰۱۸). افکاری از این قبیل منجر به تفسیرهای منفی/تهدیدکننده از اطلاعات مبهم اجتماعی می‌شود. برای مثال، افراد مبتلا به BDD معمولاً حالات چهره خنثی را به‌عنوان عصبانی یا تحقیرکننده تعبیر می‌کنند (اورت^۷ و همکاران، ۲۰۱۷) و به اشتباه موقعیت‌های مبهم را به خود ارجاع داده و نتایج مرتبط با ظاهر منفی را به‌عنوان توضیحات احتمالی برای این موقعیت‌ها تفسیر می‌کنند (سامرز^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه بینش ضعیف و باورهای هذیانی که از ویژگی‌های رایج در اختلال بدشکلی بدن است، عاملی برای این‌گونه سوگیری‌های شناختی بوده

1. Morrison AS
2. Johnson
3. Brohede S
4. Carhoun
5. Goodwin
6. Dietel
7. Everaert
8. Summers

9. Reese HE, McNally RJ, Wilhelm S
10. Buhlmann U Hartmann. S
11. Clerkin EM, Teachman BA
12. Yiend, J
13. Kohler CG
14. Schlegel, K. Grandjean, D. & Scherer, R

پژوهش به خوبی آشکار می‌شود. بر این اساس و با توجه به اهمیت این مسئله پژوهش حاضر باهدف پاسخگویی به این پرسش که آیا بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای و سوگیری‌های شناختی در افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن متفاوت است، طراحی و انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای بود که در آن به مقایسه متغیرهای بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای و سوگیری‌های شناختی در دو گروه افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. روند کار بدین صورت بود که پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌های پژوهش در قالب یک لینک، از طریق شبکه‌های مجازی در اختیار افراد و گروه‌های در دسترس قرار گرفت. در مجموع ۱۱۳۴ نفر پرسشنامه دریافت کردند که ۴۱۷ نفر پاسخ دادند؛ و پاسخنامه ۶۰ نفر به دلیل اینکه کامل نبود از پژوهش کنار گذاشته شد و از بین ۳۵۷ نفری که پاسخ آن‌ها کامل بود، ۲۰۰ نفر مرد و ۱۵۷ نفر زن بودند که از میان آنها ۳۵ نفر از پاسخ‌دهندگان که نمره حداقل ۲۰ یا بالاتر در مقیاس بدشکلی بدن بیل براون کسب کرده بودند، در گروه مبتلابه اختلال بدشکلی بدن قرار گرفتند. همچنین ۳۵ نفر از افرادی که بر اساس پاسخ‌هایشان به پرسش‌نامه و خط برش، نمره‌ی پایین‌تر از ۲۰، در مقیاس بدشکلی بدن بیل براون کسب کردند، به‌عنوان گروه بدون اختلال بدشکلی بدن انتخاب و از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی، مانند دامنه‌ی سنی، جنسیت و مقطع تحصیلی با گروه مبتلابه اختلال بدشکلی بدن هم‌تا شدند. ذکر این نکته ضروری است که با توجه به این که در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشند (دلاور، ۱۳۹۰)، در این پژوهش به دلیل افزایش اعتبار بیرونی، ۳۵ نفر به‌عنوان حجم نمونه پژوهش برای هر گروه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، نداشتن هیچ گونه اختلال حاد و جدی روانپزشکی، داشتن حداقل هشت کلاس سواد، دسترسی به شبکه‌های مجازی، دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها به‌طور کامل، سکونت در شهر

همراه با کاهش کیفیت زندگی و رفتارهای اجتماعی نامناسب مرتبط است (جمالی، ۱۳۹۵). شواهد نشان می‌دهد که نقص در پردازش هیجان‌های چهره از مشخصه‌های اصلی شناختی اجتماعی BDD است، درحالی‌که افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با گروه کنترل سالم در تشخیص چهره نقصی ندارند، اما این مبتلایان نقص در تشخیص حالات چهره را نشان می‌دهند به گونه‌ای که تجلیات چهره‌ای مبهم و مرتبط با ظاهر را تهدیدآمیز تفسیر می‌کنند (سامرز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین این افراد نه تنها در تشخیص، بلکه در تفسیر هیجان‌ها نیز نسبت به افراد عادی خطای بیشتری مرتکب می‌شوند (بولمن، اتکوف و ویلهلم، ۲۰۰۶؛ بولمن، تیچمن و کاتمن^۲، ۲۰۱۱) از سوی دیگر جلوه بیرونی و ظاهر فرد، که فعال‌کننده حالت خاص پردازش در اختلال بدشکلی بدن است در غیاب شناخت‌های مثبت در مورد بدن و افزایش خشم و غم و سطح بالای پردازش پس از رویداد، تجلی می‌یابد (لیدوس^۳ و همکاران، ۲۰۲۲؛ جانسون و همکاران، ۲۰۲۲) که این وضعیت ممکن است نتیجه‌ی یک سوگیری تفسیری منفی باشد که به‌موجب آن غالباً حالات خنثی به شکل خشم (بولمن و تیچمن و کاتمن، ۲۰۱۱) و انزجار (جفریس، لاوس و فینبرگ^۴، ۲۰۱۲) تفسیر می‌شود، همچنین بیماران مبتلابه BDD در شناسایی هیجان‌های تهدیدآمیز (ترس، خشم، انزجار) نقص خاصی دارند این مبتلایان، چهره‌های غیر تهدیدآمیز (شادی، تعجب و غم) را بهتر از چهره‌های تهدیدآمیز تشخیص می‌دهند (جفریس، لاوس و فینبرگ، ۲۰۱۲)؛ که ممکن است سبب عملکرد متفاوت، در اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن شود.

همان‌طور که بررسی نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، توانایی هیجانی و شناختی مانند تشخیص و تمایز هیجان‌های چهره‌ای و نیز تفسیر رویدادها در افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن متفاوت است و در برخی از موارد نیز با نقص و سوگیری همراه است. با توجه به اینکه سوگیری‌های شناختی و تشخیص هیجان‌های چهره نقش مهمی در شکل‌گیری و ماندگاری این اختلال ایفا می‌کنند و پژوهش‌های اندکی در داخل کشور در این خصوص انجام شده است لزوم پرداختن به این

1. Etkoff NL, Wilhelm S
2. Teachman, BA, Kathmann N
3. Ledwos
4. Jefferies K, Law K, Fineberg NA

مربوط به موقعیت‌های مبهم کلی) است که تفسیرهای افراد را در موقعیت‌های روزمره ارزیابی می‌کند. هر سناریو شرح کوتاهی از یک موقعیت مبهم بود و از شرکت‌کنندگان سؤال می‌شد که به دنبال این موقعیت چه افکاری به ذهن شما خطور می‌کند؟ سناریوی زیر مثالی از یک موقعیت مبهم مرتبط با BDD است: (دو نفر پشت سر شما زمزمه می‌کنند و می‌خندند و شما نمی‌توانید به‌طور واضح بشنوید) در این موقعیت، چه افکاری به ذهن شما خطور می‌کند؟ سپس این پرسشنامه احتمال اینکه سه نوع فکر به ذهن شما خطور کند را پیش‌بینی می‌کند که یکی از این افکار، مرتبط با نگرانی‌های تصویر تن است. (مثل این جمله: آن‌ها دارند ظاهر من را مسخره می‌کنند). هر سؤال از مقیاس بسیار بعید (۰) تا بسیار محتمل (۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ و برای همه سناریوها دو گزینه غیر منفی و خنثی وجود دارد که نشان‌دهنده تفسیرهای مثبت یا خنثی است که لزوماً مربوط به‌ظاهر نیست. همچنین، مقادیر آلفای ضریب کرونباخ برای این پرسشنامه، از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ بوده و تجزیه‌وتحلیل قابل‌اطمینانی را به همراه داشته است (بولمن و همکاران، ۲۰۰۲).

آزمون بازشناسی هیجان در چهره: این آزمون که توسط اکمن و فرایزن^۴ ساخته شده است یکی از رایج‌ترین و معتبرترین آزمون‌ها در زمینه‌ی بازشناسی هیجان چهره است. در این پژوهش ۳۶ تصویر که ۶ هیجان اصلی شامل خشم، تنفر، ترس، شادی، غم و تعجب را می‌سنجید از تصاویر آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره اکمن و فرایزن انتخاب و استفاده شد و آزمودنی می‌بایست با نگاه کردن به هر یک از تصاویر هیجان موردنظر را بازشناسی کند و پاسخ دهد. این آزمون به‌صورت صفر و یک درجه‌بندی شده است. ضریب پایایی این آزمون به روش باز آزمایی در فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۰ گزارش شده است (اکمن و فرایزن، ۱۹۷۶). ضریب پایایی این آزمون در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۵ برآورد شده است.

یافته‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفته و نتایج در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی ارائه شد. در بخش یافته‌های توصیفی شاخص‌های میانگین، انحراف

تهران و معیار خروج از مطالعه برای گروه‌ها نیز شامل پاسخ ندادن به پرسش‌ها به‌صورت کامل بود.

ابزار پژوهش

مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری - عملی بیبل بروان برای اختلال بدشکلی بدن (BDD- YBOCS^۱): این مقیاس که توسط فیلیپس و همکارانش در سال ۱۹۹۷ طراحی شد یک ابزار خود سنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهد و دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی شامل دل‌مشغولی و رفتارهای تکراری می‌باشد. همچنین، دو سؤال اضافی در مورد اجتناب و بینش دارد. مطالعات مربوط به پایایی و روایی BDD- YBOCS نشان می‌دهد که این ابزار برای سنجش علائم BDD مناسب می‌باشد. فیلیپس و همکاران، پایایی از نوع ارزیاب‌ها و باز آزمایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع باز آزمایی در دوره یک‌هفته‌ای (r=0/88) و ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی (alpha=0/80) به دست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. بعلاوه این ابزار می‌تواند بهبودی علائم بعد از درمان را نیز ارزیابی کند. اگرچه نقطه برشی برای تشخیص BDD وجود ندارد اما معمولاً نقطه برش برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن در این مقیاس کسب نمره‌ی حداقل ۲۰ یا نمره بالاتر پیشنهاد شده است (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷).

ربیی و همکارانش این پرسش‌نامه را در یک نمونه سالم و بیمار ایرانی اجرا و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی کردند؛ که دامنه ضریب آلفای آن از ۰/۷۸ برای عامل نیروی کنترل فکر و ۰/۹۳ برای عامل رفتارها و افکار وسواسی به دست آمد. همچنین ضریب پایایی آن از نوع آلفای کرونباخ دو نیمه‌سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد (ربیی و همکاران، ۱۳۹۵).

پرسشنامه‌ی سوگیری شناختی در افراد مبتلابه

اختلال بدشکلی بدن: برای بررسی سوگیری‌های شناختی، از پرسش‌نامه اصلاح‌شده تفسیر موقعیت‌های مبهم بولمن و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ سناریوی مبهم (۱۱ سناریوی مبهم مرتبط با BDD، ۱۱ سناریوی مربوط به موقعیت‌های مبهم اجتماعی، ۱۱ سناریوی

1. Yale- Brown obsessive Compulsive Scale Modified for BDD

2. The Interpretations Questionnaire- modified IQ- modified, adapted form Buhlmann- et. 2002

3. Facial Affect Recognition Task

4. Ekman P, Friesen WV

جدول ۱ آماره‌های توصیفی نمرات آزمون‌های سوگیری شناختی، بازناسی هیجان‌های چهره‌ای و اختلال بدشکلی بدن بیل براون در دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار برای گروه BDD برابر با $۳/۵۱ \pm ۲۴/۰۰$ و برای افراد گروه بدون اختلال بدشکلی بدن $۴/۱۴ \pm ۱۰/۶۰$ است.

معیار، کمینه و بیشینه و در بخش یافته‌های استنباطی نتایج حاصل از آزمون استقلال t برای بررسی تفاوت میانگین نمره‌ی سوگیری شناختی و نمره‌ی بازناسی هیجان‌های چهره‌ای بین دو گروه افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن (BDD) و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن بیان شد که نتایج به این شکل بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات آزمون‌های سوگیری شناختی، بازناسی هیجان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
	BDD	۱۴/۹۴	۵/۲۴	۶	۲۸
سوگیری شناختی	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۵/۷۷	۳/۹۵	۰	۱۶
بازناسی هیجان در چهره	BDD	۷/۳۷	۳/۱۸	۲	۱۴
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۴/۵۷	۲/۶۵	۱	۱۰
آزمون بیل براون	BDD	۲۴/۰۰	۳/۵۱	۲۰	۳۳
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۱۰/۶۰	۴/۱۴	۰	۱۷

سطح معناداری $۰/۰۱۴ (P > ۰/۰۱)$ نیز دارای توزیع تقریباً نرمال بود. همچنین آزمون همگنی واریانس لون نشان داد که واریانس هر دو متغیر سوگیری شناختی با سطح معناداری $۰/۱۹۴ (P > ۰/۰۵)$ و بازناسی هیجان‌های چهره با سطح معناداری $۰/۴۵۶ (P > ۰/۰۵)$ همگن بودند؛ بنابراین دو پیش فرض آزمون t برقرار و نتیجه این آزمون با استفاده از نرم افزار SPSS به صورت جدول ۲ به دست آمد.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اختلاف میانگین نمرات آزمون سوگیری شناختی بین دو گروه افراد با اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن با سطح معناداری $۰/۰۰۰ (P < ۰/۰۱)$ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت نمرات آزمون سوگیری شناختی افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن به طور میانگین $۱/۱۱ \pm ۹/۱۷$ بیشتر از افراد بدون اختلال بدشکلی بدن بود یا به عبارت دیگر با سطح اطمینان ۹۵ درصد نمره آزمون سوگیری شناختی یک فرد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن حداقل $۶/۹۶$ و حداکثر $۱۱/۳۸$ بیشتر از نمره یک فرد گروه بدون اختلال بدشکلی بدن بود. همچنین اختلاف میانگین نمرات آزمون بازناسی هیجان‌های چهره بین دو گروه افراد با اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن با سطح معناداری $۰/۰۰۰ (P < ۰/۰۱)$ معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن به طور میانگین $۲/۶۹ \pm ۰/۷۲$ بیشتر از

با توجه به جدول بالا میانگین نمره‌ی سوگیری شناختی افراد دارای اختلال بدشکلی بدن ($۱۴/۹۴ \pm ۵/۲۴$) بیشتر از افراد بدون اختلال بدشکلی بدن ($۵/۷۷ \pm ۳/۹۵$) است. همچنین نمره‌ی آزمون بازناسی هیجان‌های چهره بین ۰ تا ۳۶ است که میانگین نمره این آزمون نیز در افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن ($۷/۳۷ \pm ۳/۱۸$) بیشتر از افراد بدون اختلال بدشکلی بدن ($۴/۵۷ \pm ۲/۶۵$) است، لازم به ذکر است که با استفاده از این آزمون میزان تشخیص اشتباه هیجان را اندازه‌گیری کردیم.

با توجه به این نکته که هدف پژوهش حاضر مقایسه میانگین بین دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن) بود، لذا، آزمون t مناسب تشخیص داده شد؛ بنابراین قبل از انجام آزمون t، دو پیش فرض آن یعنی توزیع نرمال متغیرهای سوگیری شناختی و بازناسی هیجان‌های چهره و همگنی واریانس آن‌ها به ترتیب با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف^۱ و آزمون لون^۲ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها بدین شرح به دست آمد. نتیجه آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای سوگیری شناختی با سطح معناداری $۰/۲۰۰ (P > ۰/۰۵)$ دارای توزیع نزدیک به نرمال بود و نتیجه این آزمون برای بازناسی هیجان‌های چهره با

1. Kolmogorov-smirnov
2. Levene

افراد بدون اختلال بدشکلی بدن در تشخیص هیجان‌های چهره اشتباه کردند یا به عبارت دیگر با سطح اطمینان ۹۵ درصد نمره آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره در یک فرد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن حداقل ۱/۲۵ و حداکثر ۴/۱۲ بیشتر از نمره یک فرد گروه بدون اختلال بدشکلی بدن بود.

جدول ۲. نتایج آزمون t اختلاف میانگین نمره آزمون سوگیری شناختی و آزمون بازشناسی هیجان

متغیر	اختلاف میانگین		فاصله اطمینان ۹۵ درصدی		T	Df	سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	حد بالا	حد پایین			
سوگیری شناختی	۹/۱۷	۱/۱۱	۱۱/۳۸	۶/۹۶	۸/۲۷۴	۶۸	۰/۰۰۰
بازشناسی هیجان در چهره	۲/۶۹	۰/۷۲	۴/۱۲	۱/۲۵	۳/۷۲۹	۶۸	۰/۰۰۰

نمره صفر به معنای این است که آزمودنی همه تصاویر مربوط به این هیجان را درست حدس زده است و نمره ۶ بیانگر حدس اشتباه تمام تصاویر مربوط به این هیجان است. جدول ۳ آماره‌های توصیفی نمرات آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره به‌طور جداگانه برای شش هیجان اصلی تعجب، ترس، تنفر، غم، خشم و شادی در دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در تمام هیجان‌ها به‌جز غم میانگین نمره بازشناسی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بیشتر از افراد بدون اختلال بدشکلی بدن است البته این اختلاف میانگین کم و انحراف معیار آن‌ها بزرگ (در مرتبه میانگین‌ها) است.

نتایج به‌دست‌آمده در بخش قبل بیانگر این است که اگرچه نمره آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن تفاوت معناداری دارد اما این تفاوت کوچک (بین ۱/۲۵ تا ۴/۱۲) است؛ بنابراین در این بخش به بررسی این که آیا نوع هیجان در تشخیص اشتباه آن‌ها توسط این دو گروه مؤثر بوده یا نه پرداختیم. همان‌گونه که بیان شد، آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره شامل ۳۶ تصویر است که تشخیص شش هیجان اصلی تعجب، ترس، تنفر، غم، خشم و شادی را توسط آزمودنی موردبررسی قرار می‌دهد؛ بنابراین نمرات هرکدام از این هیجان‌ها می‌تواند بین ۰ تا ۶ باشد که

جدول ۳. آماره‌های توصیفی نمرات آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره به‌طور جداگانه برای شش هیجان اصلی در دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن

نوع هیجان	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
تعجب	BDD	۱/۵۴	۱/۰۹۴	۰	۴
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۰/۵۴	۰/۷۴۱	۰	۲
ترس	BDD	۱/۴۰	۱/۰۹۰	۰	۵
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۰/۹۴	۰/۸۳۸	۰	۳
تنفر	BDD	۱/۰۹	۱/۰۶۷	۰	۴
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۱/۰۰	۱/۱۶۳	۰	۴
غم	BDD	۰/۷۱	۰/۹۵۷	۰	۳
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۱/۰۹	۱/۱۴۷	۰	۴
خشم	BDD	۱/۱۷	۱/۰۷۱	۰	۳
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۰/۴۹	۰/۷۴۲	۰	۳
شادی	BDD	۱/۳۴	۱/۳۲۷	۰	۴
	گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۰/۵۱	۰/۸۱۸	۰	۳

میانگین‌ها را بررسی کرد؛ بنابراین در با استفاده از آزمون نا پارامتریک فریدمن^۱ به بررسی جداگانه‌ی میانگین رتبه هر

به دلیل نرمال نبودن توزیع نمره آزمون بازشناسی هیجان‌های چهره برای شش هیجان اصلی نمی‌توان با استفاده از آزمون‌های پارامتریک معناداری این اختلاف

1. Friedman

هیجان در دو گروه افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن و افراد جدول ۴. میانگین مرتبه‌ی بازشناسی شش هیجان اصلی چهره در دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن حاصل از آزمون فریدون

نوع هیجان	BDD	میانگین مرتبه گروه بدون اختلال بدشکلی بدن
تعجب	۳/۹۶	۳/۲۹
ترس	۳/۷۴	۴/۰۰
تنفر	۳/۳۴	۳/۷۶
غم	۲/۸۴	۳/۹۶
خشم	۳/۵۰	۲/۹۹
شادی	۳/۶۳	۳/۰۱

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن به ترتیب در تشخیص هیجان‌های تعجب، ترس، شادی، خشم، تنفر و غم اشتباه کردند و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن با ترتیب متفاوت (ترس، غم، تنفر، تعجب، شادی و خشم) در تشخیص هیجان‌ها اشتباه کردند؛ بنابراین، جهت بررسی معناداری رتبه‌بندی به‌دست‌آمده در تشخیص نوع هیجان توسط دو گروه آزمودنی از نتایج آزمون فریدمن که در جدول ۴ آمده است استفاده کردیم.

جدول ۵. نتایج آزمون فریدمن برای بازشناسی شش هیجان اصلی در چهره در دو گروه BDD و گروه بدون اختلال بدشکلی بدن

گروه	N	Chi-square	Df	سطح معناداری
BDD	۳۵	۹/۱۹۱	۵	۰/۱۰۲
گروه بدون اختلال بدشکلی بدن	۳۵	۱۴/۷۳۱	۵	۰/۰۱۲

با توجه به جدول ۵ رتبه‌بندی تشخیص هیجان‌ها برای افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن با سطح معناداری ۰/۱۰۲ ($P > 0/05$) معنادار نیست و رتبه‌بندی تشخیص هیجان برای افراد بدون اختلال بدشکلی بدن با سطح معناداری ۰/۰۱۲ ($P < 0/05$) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال که آیا

بدون اختلال بدشکلی بدن و معناداری این رتبه‌ها پرداختیم. سوگیری‌های شناختی و بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای و در افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن با افراد بدون اختلال بدشکلی بدن متفاوت است، انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل آماری بخش اول سؤال این پژوهش نشان داد که افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن سوگیری‌های شناختی مرتبط با بدن بیشتری دارند.

این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های بولمن و همکاران (۲۰۰۲)، کلرکین و تیچمن (۲۰۰۸)، فرا تحلیل جانسون و همکاران (جانسون، ویلیامسون و وید، ۲۰۱۸)، برنسون و همکاران (۲۰۲۲)، گودین و همکاران (۲۰۲۲) و کارهان و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در راستای تبیین این یافته باید اذعان داشت که افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن مانند سایر افراد دارای وسواس جبری به دلیل ناتوانی در ابراز هیجان‌های خود درگیر هیجان‌های درونی ناشناخته و باورهای تحریف‌شده (منکوسو^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) می‌شوند که ممکن است این هیجان‌های درونی ناشناخته، به‌نوعی باعث نقص در نحوه دریافت اطلاعات از بیرون، همچنین نقص در برون داد اطلاعات در این افراد شود (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین این باورهای تحریف‌شده ممکن است متعاقباً گرایش به تفسیرهای غیر انطباقی را در موقعیت‌های مختلف تقویت کند (بولمن و همکاران ۲۰۰۲؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو می‌توان این‌گونه استنباط کرد، با توجه به بینش ضعیف و باورهای هذیانی که باعث ایجاد نقص در پردازش شناختی افراد دارای BDD، می‌شود، این افراد تمایل دارند بر جنبه‌های منفی نهفته در یک وضعیت معطوف شوند و رویدادهای مبهم روزمره را تهدیدآمیز پیش‌بینی کرده و به‌ظاهر خود نسبت دهند (توه، کستل و راسل^۳، ۲۰۱۷). این افکار منفی از طریق پردازش اطلاعات تحریف شده مانند تفسیرنقص‌های خود و جذابیت بیش از حد بها داده شده، شدت می‌یابد و ترس از ارزیابی منفی را به وجود می‌آورد که منجر به تحریفات شناختی از قبیل احساس طرد شدن می‌شود که به نوبه خود مقابله‌های ناکارآمد، یعنی تشریفات متمرکز بر بدن و اجتناب، را فعال و تشدید می‌کند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۸). این‌گونه تفسیرهای مغرضانه نسبت

1. Johnson S, Williamson P, Wade TD
2. Mancuso SG
3. Toh WL, Castle DJ, Rossell SL

به‌ظاهر خود، ممکن است تا حدودی توضیح دهد که چرا افراد مبتلا به BDD چنین نارضایتی شدیدی از ظاهری عادی را تجربه می‌کنند و همان‌طور که کلرکین و تیچمن (۲۰۰۸) عنوان کرده‌اند هر کس که مرتباً افکار منفی در مورد ظاهر داشته باشد احتمالاً نسبت به خود و بدن خود احساس شرم و نارضایتی خواهد داشت.

همچنین سوگیری‌های شناختی معمولاً با فرایندهای ضمنی همراه است به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به BDD اعتقاد به‌ظاهر ناسازگار (در مورد اهمیت جذابیت) دارند زیرا آن‌ها معتقدند ظاهر، امری بسیار مهم است و چون این افراد از عزت‌نفس ضمنی پائینی برخوردار هستند، ظاهر خود را منفی ارزیابی می‌کنند پس جای تعجب نیست اگر این افراد خود را با ارزش قلمداد نمی‌کنند (کلرکین و تیچمن، ۲۰۰۸؛ بولمن و هارتمن، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، باورها و ارزیابی‌هایی که خارج از کنترل و در ناخودآگاه فرد قرار دارند ممکن است نقش مهمی در علائم BDD داشته باشند (بولمن و همکاران، ۲۰۱۱). به‌گونه‌ای که این افراد اهمیت جذابیت را بیش‌ازحد ارزیابی کرده و با کدوئیزی نادرست برای محرک‌های صورت یا بدن یادآوری کنند (جانسون، ویلیامسون و وید، ۲۰۱۸).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، در تشخیص هیجان‌های شادی، تفر، تعجب، ترس و خشم نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن ضعیف‌تر بودند؛ اما در تشخیص هیجان غم عملکرد بهتری نسبت به افراد بدون اختلال بدشکلی بدن نشان دادند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بولمن و همکاران (۲۰۰۴، ۲۰۰۶، ۲۰۱۱)، جفریس و همکاران (۲۰۱۲) گریس و همکاران (۲۰۱۹) از برخی جهات همسو بود به عبارت دیگر نتایج این پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با افراد بدون اختلال بدشکلی بدن در تشخیص هیجان‌های چهره تفاوت معناداری بایکدیگر دارند.

در تبیین یافته‌های فوق، همان‌طور که بولمن و همکاران (۲۰۰۴) استدلال کردند بینش ضعیف و عقاید مرجع در مبتلایان به BDD که به‌احتمال زیاد به خاطر وجود سوگیری در بازشناسی هیجان‌ها است سبب می‌شود که افراد مبتلا به این اختلال از درک هیجان‌های دیگر افراد عاجز شده یا آن را سوءتعبیر کنند که با این کار به نگرانی خود مبنی بر نازیب بودن می‌افزایند. همچنین، این نتایج ممکن است نشانگر نقص شناختی خاصی در افراد مبتلا به BDD باشد و این

نقص شناختی باعث پردازش غیرطبیعی حالات احساسی با ویژگی‌های منفی شود البته احتمال این مورد با توجه به نتایج پژوهش دیگر بولمن و همکارانش (۲۰۱۳) مبنی بر عدم تفاوت معنادار افراد مبتلا به BDD از افراد سالم در تشخیص حالات هیجانی افراد از روی چشم‌ها، ضعیف است. همچنین افراد BDD، بیشتر مواقع درگیر هیجان‌های درونی گیج‌کننده و گنگ هستند، به‌نوعی باعث نقص در نحوه دریافت اطلاعات از بیرون، همچنین نقص در برون داد اطلاعات در این افراد شده (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰) بطوری که اختلال در شناسایی و درک نشانه‌ها و احساسات ذهنی با اختلال در درک محرک‌های هیجانی بیرونی مرتبط بوده (دونگس^۱ و همکاران، ۲۰۱۴) و در نتیجه، این عدم ادراک حالات هیجانی درونی خود، که ناشی از سرکوب بیانی به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجان است می‌تواند بر توانایی تشخیص احساسات از چهره‌ی سایر افراد در زمانی که تمرکز بر نشانه‌های ابراز شده توسط دیگران ضروری است تأثیر سوء داشته باشد (راینسون و گراس^۲، ۲۰۱۹؛ بوترا^۳ و عزیز زاده، ۲۰۲۳). سرکوب بیانی یک راهبرد تنظیم هیجان است که برانگیختگی روانی-فیزیولوژیکی را افزایش داده و حافظه را مختل می‌کند (پاساردی^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین می‌توان پیش بینی کرد که مشکلات در تشخیص حالات بدن که در طی واکنش‌های عاطفی ایجاد می‌شود، به طور نظام مند با اختلالاتی که در درک آگاهانه از تحریک عاطفی که منشا خارج از بدن دارند همراه است (دونگس و همکاران، ۲۰۱۴). نظریه‌ی شناختی لین و شوارتز^۵ (۱۹۸۷) نیز بیان می‌کند، عملیات شناختی یکسانی برای پردازش محرک‌های هیجانی درونی و بیرونی اعمال می‌شود بنابراین باید انتظار داشت که کارایی در پردازش اطلاعات هیجانی درونی و بیرونی در درون فرد نیز بسیار مشابه باشد. سوی دیگر می‌توان گفت هرچند که غم جز هیجان‌های منفی بشمار می‌رود، اما جز هیجان‌های منفی تهدیدآمیز محسوب نمی‌شود؛ بنابراین، دلیل تشخیص بهتر هیجان غم نسبت به هیجان‌های منفی دیگر توسط این افراد ممکن است غیر تهدیدآمیز بودن این هیجان باشد (جفریس، لاوس و فینبرگ، ۲۰۱۲). از آنجایی که افراد مبتلا به BDD رفتارهای

1. Donges, U
2. Robinson & Gross
3. Butera
4. Passardi, S
5. Laen, RD & Schwartz, GE

اطلاعات کافی در رابطه با شرایط اقتصادی، فرهنگی و سبک تربیتی والدین آزمودنی‌ها می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش محسوب شود. با توجه به اینکه این پژوهش در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال در شهر تهران انجام گرفت بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در شهرهای دیگر با گروه‌های دیگر و با متغیرهای پژوهش حاضر انجام گیرد. پژوهشگران امیدوارند این پژوهش راهگشایی برای سایر مطالعات در زمینه اختلال بدشکلی بدن و معرفی بهتر علائم این اختلال و کمک به ارتقاء سلامت روان جامعه باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی در رابطه با اصلاح رفتار، عقاید منفی و باورهای ناکارآمد به‌منظور افزایش سلامت روان‌شناختی و بهداشت روانی افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدنی در دستور کار برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای قرار گیرد؛ و افرادی که در این برنامه‌ها علائم اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهند به مراکز مشاوره تخصصی ارجاع داده شوند تا خدمات تخصصی دریافت کنند و از عواقب ناشی از این مشکل در زمینه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی آن‌ها پیشگیری شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر سوگیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بر روی مهارت‌های ارتباطی و شناختی این افراد برنامه‌ریزی و کار انجام شود.

سپاسگزاری: نویسندگان از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه قدردانی می‌کنند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد است.

اجتماعی و هیجانی را به علت سوگیری شناختی به صورت تحریف شده پردازش می‌کنند، این تحریفات باعث شکل‌گیری تلاش‌هایی مانند تشریفات آیینی و اجتناب از موقعیت‌های راه‌انداز اضطراب می‌گردد. رفتارهای اجتنابی با برطرف شدن موقت احساسات منفی به حفظ اختلال بدشکلی بدن کمک می‌کند (براد، ۲۰۱۷).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بین افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن و افراد بدون اختلال بدشکلی بدن در سوگیری‌های شناختی و مؤلفه بازشناسی هیجان‌های چهره‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. و بیانگر نقش بااهمیت این دو متغیر در سبب‌شناسی و در پایداری این اختلال بود. همان‌طور که نتایج این پژوهش نیز تأیید کرد که این افراد تحت تأثیر موقعیت‌های ذهنی خودشان، موقعیت‌های عینی را تفسیر می‌کنند و به همین علت افکار منفی بیشتری را در مورد ظاهر خود تجربه کنند و همین افکار منفی باعث راه‌اندازی هیجان‌ات منفی (ترس، اضطراب، افسردگی و شرم) و رفتارهای مقابله‌ای و جبرانی ناکارآمد در این افراد می‌شود که به نوبه خود سبب پایداری این اختلال در این افراد و افزایش تحریفات شناختی می‌شود.

پژوهش حاضر به دلیل عدم دسترسی به نمونه‌های بالینی، بر روی نمونه‌های غیر بالینی انجام گرفت که ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به گروه بالینی نباشد. همچنین تشخیص‌گذاری BDD، فقط بر اساس نمره‌ی خط‌برش در پرسشنامه بیل براون بدون مصاحبه بالینی بود و نبود

منابع

- AhmadiTahoor, M. Rabiei, M Kameli, P. Bahrami, F. SafaeiRad, I. (2011). The effect of metacognitive therapy on symptoms related to metacognitive beliefs in patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Fundamentals of mental Health*. 3(51), 270-7. {Persian}
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnos-tic and Statistical Manual of Mental Disorders(5 Th Edition) Text Revision*. Washington DC: Author. 235-264.
- Barlow, D. H. Durand, V. M. (2015). Translated by Firoozbakht M. *Abnormal Psychology*. Rasa Cultural Services institute. {Persian}.
- Brohede, S. (2017). *Body dysmorphic disorder*. (Doctoral Dissertation), Linkoping University. Sweden.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2022). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Buhlmann, U. Etcoff, N. L. Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 105-111.
- Buhlmann, U. Hartmann. S. (2017). A. Cognitive and Emotional Processing in Body Dysmorphic Disorder. *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*.
- Buhlmann, U. McNally, R. J. Etcoff, N. L. Tuschen-Caffier, B. Wilhelm, S. (2004).

- Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 201-206.
- Buhlmann, U., McNally, R. J., Wilhelm, S., Florin, I. (2002). Selective Processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Anxiety disorder*, 16, 289-298.
- Buhlmann, U., McNally, R. J., Wilhelm, S., Tuschen-caffier, B. L. & Jenike, M. (2002). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7, 435-443.
- Buhlmann, U., Teachman, B. A. & Kathmann, N. (2011). Evaluating implicit attractiveness beliefs
- Buhlmann, U., Winter, A., Kathmann, N. (2013). Emotion recognition in body dysmorphic in body dysmorphic disorder using the Go/No-go Association Task. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 42(2): 192-197. Doi: 10.1016/j.jbtep.10.003.
- disorder: application of the Reading the Mind in the Eyes Task. *Body Image*, 10: 247-50.
- Butera, Ch., Aziz-Zadeh, L. (2023). The relationship between alexithymia, interoception, and neural functional connectivity during facial expression processing in autism spectrum disorder. *Neuropsychologia*, [https://doi.org/ 10.1016/j.](https://doi.org/10.1016/j)
- Carhoun, J., & Topfer, M. (2020). Body Dysmorphic Disorder and Face Processing. *Canadian Journal of Undergraduate Research*, 5(2).
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A. (2008). Perceptual and cognitive biases in individuals with body dysmorphic disorder symptoms. *Cognition & Emotion*, 1-13. Doi: 10.1080/02699930701766099.
- Cummings, J. (2019). Abnormal Psychology. University of Saskatchewan open press.
- Delavar, A. (2011). Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: *virayesh Publishing*. {Persian}.
- Dietel, F. A., Möbius, M., Steinbach, L., Dusend, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). Effects of induced appearance-related interpretation bias: A test of the cognitive-behavioral model of body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 180 –187. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.07.003>.
- DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder Arlington *American Psychiatric Publishing*
- Donges, U. S., Kersting. (2014). Alexithymia and Perception of Emotional Information: A Review of Experimental Psychological Findings. *Universitas Psychologica*. 13(2). 745-756. [http:// dx.doi.org/ 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.apei](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.apei).
- Ekman, P. & Friesen, W. (1976). *Photographs of Facial Affect Recognition Test*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Everaert, J., Podina, I. R., & Koster, E. H. (2017). A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. *Clinical Psychology Review*, 58, 33– 48. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.005>.
- Fang, A. & Wilhelm, S. (2015). Clinical Features, Cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual review of clinical Psychology*, 11, 178-212.
- Fang, A., Hofmann, S. G. (2010). Relationship between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Clin Psychol Rev*, 30(8), 1040-1048. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.001.
- Goodwin, G. M. (2022). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Grace, S. A., Toh, W. L., Buchanan, B., Castle, D. J., Rossell, S. L. (2019). Impaired Recognition of Negative Facial emotions in body dysmorphic disorder. *Journal of International Neuropsychological Society*, 25(8):884-889. doi:10.1017/S1355617719000419.
- Grant, J. E., Lust, K. & Chamberlain, S. R. (2019). Body Dysmorphic Disorder and Its relationship to Sexuality, Impulsivity, and Addiction. *Psychiatry Research*. 273:

- 260-265.
- Grant, J. E. Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating Body Dysmorphic Disorder. *Annals Clinical Psychiatry*. 17(4): 205-210.
- Gross, J. J. Robinson, K. Becerra, R. Preece, D. (2019). The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Properties in General Community Samples. *Journal of Personality Assessment*. 101(3). 348-356. DOI: [org/10.1080/00223891.2018.1564319](https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1564319).
- Hong, K. Nezgovorova, V. Hollander, E. (2018). New perspectives in the treatment of body dymorphic disorder. doi; 10.12688/f1000research.13700.1
- Hong, K. Nezgovorova, V. Uzunova, G. Schluskel, D. Hollander, E. (2019). Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Current Neuropharmacol*. 17(8):697-702. <http://emedicine.medscape.com/article/>
- Jamali, M. (2016). The comparison of facial, vocal, body and eyes emotions recognition ability in subclinical antisocial personality and obsessive-compulsive personality disorder with normal persons. Masters Thesis. Semnan university. {Persian}.
- Jefferies, K. Laws, K. Fineberg, N. A. (2012). Superior face recognition in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive Compulsive and Related disorders*, 1(3), 175-179.
- Johnson, S. Williamson, P. & Wade, T. D. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, S0005-7967(18)30087-1. <https://doi.org/10.1016/j.bart.2018.05.013>.
- Johnson, S., & Letheby, C. (2022). Psychedelic therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Psychedelic Studies*.
- Kohler, C. G. Turner, T. Stolar, N. M. Bilker, W. B. Brensinger, C. M. Gur, R. E. et al. (2004). Differences in facial expressions of four universal emotions. *Psychiatry Research*, 128, 235-244.
- Ledwos, N., Rodas, J. D., Husain, M. I., Feusner, J. D., & Castle, D. J. (2022). Therapeutic uses of psychedelics for eating disorders and body dysmorphic disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 02698811221140009.
- Lane, R.D. Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of psychiatry*. 144(2), 133-143.
- Morrison, A. S Potter, C. M. Carper, M. M. Kinner, D. G. Jensen, D. Bruce, L. et al. (2015). The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Psychometric properties and exploratory factor analysis. *Int J Cogn Ther*. 8(4): 287-305. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.4.287.
- Mufaddel, A. Osman, O. T. Almgaddam, F. Jafferany, M. (2013). A Review of Body Dysmporphic disorder and Its Presentation in Different Clinical Settings. *The Primary care Companion For CNS Disorders*, 15(4). Doi: 10.4088/PCC.12r01464.
- Passardi, S. Peyk, P. Rufer, M. Wingenbach, T. SH. Pfaltz, M. C. (2019). Facial mimicry, facial emotion recognition and alexithymia in post-traumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 122. doi.org/10.1016/j.brat.2019.103436.
- Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim. Psychiatry*. 14(12): 58-66.
- Phillips, K. A. & Kaye, W. H. (2007). The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to Obsessive-Compulsive disorder. *CNS spectrums*, 12(05), 347-358.
- Rabiei, M. (2011). Body Dysmorphic Disorder. Tehran. Argmand Publishing. {Persian}.
- Rabiei. M. Khorramdel, K. Kalantari, M. Molavi, H. (2010). Factor Structure, Validity and Reliability of the Modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for body dysmorphic disorder in Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 343- 350. {Persian}.
- Reese, H. E. McNally, R. J. Wilhelm, S.. (2011). Probabilistic reasoning in patients

- with body dysmorphic disorder.. *Behavior Research and Therapy Psychiatry*. 42:270-276.
- Schlegel, K. Grandjean, D. & Scherer, R. (2014). Introducing the Geneva emotion recognition test: an example of Rasch-based test development. *Psychological Assessment*, 26(2), 666.
- Schneider, S. C. Turner, C. M. Mond, J. & Hudson, J. L. (2016). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-9. Doi: 10.1177/0004867416665483.
- Singh, A. R. Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl1): S131-S135.
- Summers, B.J., Aalbers, G., Jones, P.J., McNally, R.J., Phillips, K.A, Wilhelm, S. (2020) A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 262, 165-173. PMID 31733461. DOI: 10.1016/J.Jad. 2019. 11.011
- Summers, B. J., Schwartzberg, A. C., & Wilhelm, S. (2021). A virtual reality study of cognitive biases in body dysmorphic disorder. *Journal of abnormal psychology*, 130(1), 26.
- Toh, W. L. Castle, D. J. Rossell, S. L. (2017a). Attentional biases in body dysmorphic disorder: Eye-tracking using emotional Stroop task. *Comprehensive Psychiatry*. 74, 151-161.
- Wilhelm, S. Phillips, K. A. Steketee, G. (2013). A cognitive behavioral treatment manual for body dysmorphic disorder.
- Yiend, J., (2010). The Effects of Emotion on Attention: A Review of Attentional Processing of Emotional Information, *Cognition and Emotion*, 24(1),3-47.



COPYRIGHTS

© 2022 by the authors. Licenses PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)