رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021

اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه مروری
Body dysmorphic disorder: Review article

محمد احمدوند شاهوردی
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر محمدعلی بشارت (نویسنده مسئول)
استاد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده
اختلال بدشکلی بدنی (BDD) در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به عنوان یک اختلال مشخص در طیف وسواس‌های فکری-عملی و اختلال‌های مرتبط معرفی شده است. وجه غالب این اختلال نسبتاً شایع، نقص در ادراک تصویر بدنی و شرم از بدن است که منجر به بروز رفتارهای وسواسی جهت رفع این نقایص می‌شود. در این مطالعه مروری، ضمن معرفی اختلال بدشکلی بدنی، مفهوم‌شناسی، همه-گیری‌شناسی، علت‌شناسی، همبودی‌ها، نظریه‌ها و رویکردهای درمانی اختلال بدشکلی بدنی بررسی می‌شود. در زمینه درمان اختلال بدشکلی بدنی، روش‌های رایج دارودرمانی و مداخله‌های شناختی-رفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرند و روان‌درمانی پارادوکسی، به عنوان یک مدل جدید روان‌درمانی به منظور درمان اختلال بدشکلی بدنی معرفی می‌شود.
واژه‌های کلیدی: اختلال بدشکلی بدنی، تصویر بدنی، احساس شرم، وسواس، درمان.

Mohammad Ahmadvand Shahverdi
M. A. in General psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
Dr. Mohammad Ali Besharat*
Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
besharat@ut.ac.ir

Abstract
According to the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Body Dysmorphic Disorder (BDD) is classified as obsessive-compulsive and related disorders. The predominant feature of this relatively common disorder is a sense of deficiency in body Image and body shame causing compulsory behaviors to fix the deficits or flaws in physical appearance. This review paper first presents the definition and concept of BDD. epidemiology, etiology, comorbidity, theories, and therapeutic approaches to this disorder are also reviewed. Next, common medication treatments and cognitive-behavioral interventions for treating BDD are discussed. Ultimately, paradoxical psychotherapy is presented as a novel psychotherapy model for treating BDD.
Keywords: *Body Dysmorphic Disorder (BDD), body image, feeling of shame, Obsessive–compulsive disorder, treatment.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۹۹** | **پذیرش: دی ۹۹** | **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

مقدمه

مطالعه در باب اختلال بدشکلی بدنی سابقه‌ای طولانی در قرن گذشته میلادی دارد. اختلال بدشکلی بدنی، اولین بار به عنوان مثالی از یک اختلال شبه‌جسمانی خاص و با نام هراس بدشکلی بدنی، در نسخه سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) ذکر شد. در نگارش چهارم (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1] ۲۰۰۰)، این اختلال به طور مشخص اختلال بدشکلی بدنی[2](BDD) نام گرفت. در سال‌های اخیر، پس از آنکه پژوهش‌های متعدد، پیوندهای قوی میان BDD و اختلال وسواس فکری و عملی[3](OCD) را تأیید کردند (چوساک[4]و همکاران، ۲۰۰۸؛ استورک، آبراموویچ و گودمن[5] ۲۰۰۸)، این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) به طیف وسواس‌های فکری و عملی و اختلال‌های مرتبط

1. American Psychiatric Association
2. Body dysmorphic disorder
3. Obsessive–compulsive disorder
4. Chosak
5. Storch, Abramowitz & Goodman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

منتقل شد. BDD با حضور چهار معیار مشغولیت ذهنی در مورد نقص‌های واقعی یا خیالی ظاهری، رفتارهای تکراری، پریشانی و نقص عملکرد معنادار در حیطه‌های اجتماعی و عدم توجیه آن با نشانه‌های اختلال خورد و خوراک تشخیص‌گذاری می‌شود.

با وجود بازنگری‌های گوناگون، اشتغال ذهنی مفرط در مورد نقص‌های ظاهری، همچنان به عنوان مهم‌ترین مؤلفه BDD شناخته می‌شود. جنس اینگونه نگرانی‌ها نسبت به ظاهر، با سایر نگرانی‌های معمول متفاوت است؛ چرا که با پریشانی و اخلال در روابط بین‌فردی همراه است. افراد مبتلا به BDD الگوهای افکار و رفتار تکراری را نسبت به اصلاح، مخفی‌کاری و یا مرتب‌سازی نقص‌های خیالی یا کوچک خود نشان می‌دهند؛ از جمله وارسی‌های مکرر در آینه یا آرایش‌های افراطی (فیلیپس[1] ۲۰۰۵؛ ویلهلم[2] ۲۰۰۶). گاهی افراد بیماری که اشتغال ذهنی شدیدی نسبت به ظاهر خود پیدا می‌کنند، از ورود به جامعه دوری می‌جویند تا آنجا که برخی از آن‌ها ناچار به خانه‌نشینی می‌شوند (فیلیپس، ۲۰۰۵).

این بیماری یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی در میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی به شمار می‌رود و از آنجا که اغلب تشخیص آن مورد غفلت واقع می‌شود، سالانه هزینه‌های بسیار زیادی بر نظام درمانی کشورها وارد می‌سازد (اسویس، اشپیتز، بری و کوهن[3] ۲۰۱۷؛ سارور، کریراند و مگی[4] ۲۰۱۰). اشتغال ذهنی این افراد، می‌تواند نسبت به یک یا چند عضو بدنشان نمود یابد؛ شایع‌ترین آن‌ها، نگرانی در مورد پوست، مو و بینی است (فیلیپس، منارد، فای و ویسبرگ[5] ۲۰۰۵الف؛ جورگن[6] ۲۰۱۹). در نمونه‌های دیگر، حساسیت بیش‌ازحد می‌تواند باعث ادراک عدم تقارن اعضا بدن، مانند خط رشد مو، پستان‌ها، چشم‌ها و استخوان‌بندی شود که اغلب از نگاه دیگران جزئی یا قابل چشم‌پوشی است (هارت و فیلیپس[7] ۲۰۱۳). از این رو، اغلب آن‌ها اعتمادبه‌نفس پایینی دارند و احساسات ناخوشایندی مانند تنفر از خود یا شرم و خجالت‌زدگی را تجربه می‌کنند. به دلیل ماهیت خاص BDD که با شرمندگی و پنهان‌کاری در مبتلایانش همراه است، این اختلال اغلب ناشناخته و بدون درمان باقی می‌ماند؛ این مسأله حتی در قلت پژوهش‌های مربوط به آن هم مشهود است (فیلیپس، ۲۰۰۵؛ ویلهلم، ۲۰۰۶).

همه‌گیری‌شناسی

بر اساس مطالعات جمعیت عمومی، محققان شیوع BDD را ۱/۱ درصد (بنونو[8] و همکاران، ۲۰۰۰)، ۱/۹ درصد (ویل، جدهیل، کریستودول و هادسول[9] ۲۰۱۶) تا ۳/۴ درصد (اشنایدر، تورنر، موند و هادسون، ۲۰۱۷) تخمین می‌زنند. در پژوهش دیگری مشخص شد که شیوع BDD در افراد با تحصیلات دانشگاهی بیشتر است و تا عدد ۵/۳ درصد هم می‌رسد (بوون[10] و همکاران، ۲۰۰۲). به نظر می‌رسد که شیوع این اختلال در نمونه‌های بالینی بیشتر باشد. در مقایسه بین بیماران سرپایی و بستری، نرخ شیوع در نمونه‌های اول بین ۱/۸ تا ۶/۷ درصد و در نمونه‌های دوم بین ۱۳/۱ تا ۱۶/۰درصد ذکر شد (کانروی[11] و همکاران، ۲۰۰۸؛ گرنت، کیم و کرو[12] ۲۰۰۱). در همین زمینه، محققان میزان شیوع BDD را در مراجعان مراکز جراحی‌های ترمیمی و کلینیک‌های پوست و مو بین ۷/۷تا ۲۴/۵ درصد برآورد می‌کنند (علوی، کلافی، ده‌بزرگی و جوادپور[13] ۲۰۱۱؛ لای، لی، یای و چن[14] ۲۰۱۰). بر اساس پژوهش‌های گذشته که بر روی متقاضیان

1. Phillips
2. Wilhelm
3. Sweis, Spitz, Barry & Cohen
4. Sarwer, Crerand & Magee
5. Phillips, Menard, Fay & Weisberg
6. Sjogren
7. Hart & Phillips
8. Bienvenu
9. Veale, Gledhill, Christodoulou & Hodsoll
10. Bohne
11. Conroy
12. Grant, Kim & Crow
13. Alavi, Kalafi, Dehbozorgi & Javadpour
14. Lai, Lee, Yeh & Chen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

انجام جراحی زیبایی بینی انجام شد، نرخ شیوع BDD عددی بین ۸/۱ درصد (پیکاوت[۱]و همکاران، ۲۰۱۳) تا ۳۱/۵ درصد (فتح العلومی، گل‌جانیان تبریزی، فتاحی بافقی، نوحی و مخدوم،[۲] ۲۰۱۳) برآورد شد.

شیوع BDD با اندکی اختلاف در زنان بیشتر است؛ بر اساس یافته‌های یک پژوهش، شیوع آن در زن‌ها ۲/۵ درصد و در مردها برابر با ۲/۲ درصد است (کوران، ابوجود، لارج و سرپ،[۳] ۲۰۰۸). مردها بیشتر در رابطه با اندام تناسلی، تناسب اندام و کم‌پشتی/کچلی موهایشان وسواس به خرج می‌دهند؛ درحالی که زن‌ها بیشتر نسبت به پوست، شکم، وزن، پستان‌ها، باسن، ران‌ها، پاها، انگشتان پا و موهای زائد بدنشان حساس می‌شوند (فیلیپس، منارد و فای،[۴] ۲۰۰۶). علاوه بر این، به طور مشخص در جراحی فک (کولینس، گونزالس، گادیلر، شرستا و ژیرود،[۵] ۲۰۱۴) و ارتودنسی (هپبورن و کانینگهام،[۶] ۲۰۰۶) BDD در زن‌ها شیوع بیشتری نسبت به مردها دارد. همچنین در مطالعه‌ای که توسط ویل[۷]و همکاران (۲۰۱۴) روی ۴۹ زن متقاضی لابیاپلاستی[۸]یا عمل زیبایی واژن انجام شد، نشان داد که شیوع BDD در آن‌ها ۱۸/۴ درصد است. بنابراین، جنسیت می‌تواند به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مهم در علائم و نمودهای بالینی این اختلال ایفای نقش کند.

بر اساس داده‌های موجود، به طور معمول آغاز BDD در طول دوره بلوغ اتفاق می‌افتد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵الف)؛ اما در مواردی احتمال شروع از کودکی هم وجود دارد (راشو[۹]و همکاران، ۲۰۲۰؛ گانستد و فیلیپس،[۱۰] ۲۰۰۳). BDD در صورت عدم درمان می‌تواند مزمن و سال‌های متمادی موجب رنج فرد بیمار شود. در یک دوره پیگیری ۴ ساله، محققان تنها ۲۰ درصد احتمال بهبودی کامل را گزارش کردند؛ همچنین، با احتمال ۴۲ درصد پس از بهبودی، انتظار عود مجدد علائم وجود دارد (فیلیپس، منارد، کویین، دیدی و استوت،[۱۱] ۲۰۱۳). هر چه علائم BDD شدیدتر باشند، احتمال بهبودی پایین‌تر است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های مطالعه فیلیپس و همکاران (۲۰۰۵ب) حاکی از شیوع بالاتر (۵/۸ درصد) این اختلال در بستگان درجه یک افراد مبتلا، نسبت به جمعیت عمومی است که نشان می‌دهد ابتلا به BDD الگوی خانوادگی دارد.

اختلال‌های همبود

اختلال بدشکلی بدنی با طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های روانی و جسمی همبودی دارد؛ از جمله افسردگی اساسی (سامرز[۱۲]و همکاران، ۲۰۲۰؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵الف؛ گانستد و فیلیپس، ۲۰۰۳)، اختلال اضطراب اجتماعی (فانگ و هافمن،[۱۳] ۲۰۱۰؛ کولس[۱۴]و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیلیپس، ۲۰۰۵)، اختلال‌های خورد و خوراک (فیلیپو، کسل و راسل،[۱۵]۲۰۱۹؛ روفولو، فیلیپس، منارد، فای و ویسبرگ،[۱۶] ۲۰۰۶؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵ب)؛ همچنین اغلب با اعتمادبه‌نفس پایین (گرنت، لاست و چمبرلاین،[۱۷] ۲۰۱۹)، الگوهای رفتار تکانشگرانه (گرنت و همکاران، ۲۰۱۹)، افکار و اقدام به خودکشی (فیلیپس، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵ب؛ اسنارسون، بیرد،

---

1. Picavet
2. Fathololoomi, Goljanian Tabrizi, Fattahi Bafghi, Noohi & Makhdoom
3. Koran, Abujaoude, Large & Serpe
4. Phillips, Menard & Fay
5. Collins, Gonzalez, Gaudilliere, Shrestha & Girod
6. Hepburn & Cunningham
7. Veale
8. Labiaplasty
9. Rautio
10. Gunstad & Phillips
11. Phillips, Menard, Quinn, Didie & Stout
12. Summers
13. Fang & Hofmann
14. Coles
15. Phillipou, Castle & Rossell
16. Ruffolo, Phillips, Menard, Fay & Weisberg
17. Grant, Lust, & Chamberlain

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

کریستنسن، جورنسون و جورجینسن[1] ۲۰۱۹)؛ سوءمصرف مواد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۷؛ گرنت، منارد، پاگانو، فای و فیلیپس[2] ۲۰۰۵)، عملکرد اجتماعی ضعیف (کتلر، منارد و فیلیپس[3] ۲۰۰۷)، کیفیت پایین زندگی (اشنایدر، تورنر، استورک و هادسون[4] ۲۰۱۹) و بینش کم (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵ب) همراه است.

مشخصه‌های BDD در بسیاری از موارد، از جمله علائم و نشانه‌ها، سیر، سن شروع، همبودی (لابوچنج، راسل، دونای، کسل و کیروش[5] ۲۰۱۳)، عصب‌شناسی (لابوچنج و همکاران، ۲۰۱۳)، الگوهای خانوادگی (فاریاس و همکاران، ۲۰۱۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵ب)، میزان پاسخدهی به درمان و مؤلفه‌های دیگری مثل کمال‌گرایی (فاریاس، پالما، فاریولس و گونزالس[6] ۲۰۱۵) به OCD شباهت دارد (فیلیپس، ۲۰۰۲الف؛ استاین و لاکنر[7] ۲۰۰۶). نرخ همبودی طول عمر این دو اختلال، در بیمارانی که BDD اولیه دارند تقریبا ۳ برابر (۲۷/۵ در مقابل ۱۰/۴ درصد) بیشتر از اشخاص با بیماری زمینه‌ای OCD است (فاریاس و همکاران، ۲۰۱۵). اشخاص مبتلا به BDD اغلب ساعت‌های زیادی از روز را برای انجام رفتارهای آیینی، مانند نظافت بیش‌ازحد، وارسی‌های مکرر در آینه، آرایش‌های افراطی و پوشاندن عیب‌هایشان به کمک لباس یا جواهرات صرف می‌کنند (فیلیپس، وایت و مک‌الروی[8] ۱۹۹۸الف). از این رو، شباهت بسیاری بین اینگونه رفتارها و رفتارهای اجباری در OCD وجود دارد.

کندن پوست به طور شایع در BDD مشاهده می‌شود (گرنت، منارد و فیلیپس[9] ۲۰۰۶). در یک مطالعه ۴۴/۹ درصد بیماران مبتلا به BDD گزارش دادند که در طول عمر اختلال کندن پوست داشته‌اند و ۳۶/۹ درصد ثانویه به BDD اختلال کندن پوست دارند (گرنت و همکاران، ۲۰۰۶).

بر اساس پژوهش‌های متعدد، افکار هذیانی یکی از عوامل مهم ناتوانی فرد در BDD به شمار می‌رود. بسیاری از افراد مبتلا به BDD کاملاً متقاعد شده‌اند که نقص‌هایشان واقعی هستند (آیزن، فیلیپس، کولس و راسموسن؛[10] ۲۰۰۴). در پژوهش فیلیپس (۲۰۰۴)، ۸۴ درصد آزمودنی‌های مبتلا به BDD باورهای هذیانی یا بینش بسیار پایین نسبت به بیماری خود داشتند. علاوه بر این ۴۶/۵ درصد آن‌ها هم کاملا معتقد بودند که دیدگاهشان نسبت به ظاهرشان درست است. در مطالعه‌ای دیگر، افکار هذیانی و فقدان بینش بالاتری در BDD نسبت به OCD گزارش شد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش‌ها نرخ شیوع طول عمر افکار خودکشی را در مبتلایان به BDD بالا ارزیابی می‌کنند (فیلیپس، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵ب). این در حالی است که تقریبا ۲۵ درصد آن‌ها به طور جدی برای خودکشی اقدام می‌کنند (فیلیپس، ۲۰۰۷). همچنین فیلیپس و منارد (۲۰۰۶) در یک مطالعه خاص نشان دادند که در افراد مبتلا به BDD میانگین نرخ افکار خودکشی ۱۰ تا ۲۵ برابر بیشتر از میانگین جمعیت ایالات متحده آمریکا است. علاوه بر این، احتمال خودکشی موفق در آن‌ها تقریباً ۴۵ بار بیشتر از جمعیت عمومی است. یافته‌های یک فراتحلیل تأیید می‌کند که متغیر خودکشی همبستگی بسیار بیشتری با BDD نسبت به سایر اختلالات مرتبط نظیر OCD و بی‌اشتهایی عصبی دارد (آنجلاکیس، گودینگ و پاناگیوتی؛[11] ۲۰۱۶).

در زمینه همبودی BDD و اختلالات شخصیت مطالعات اندکی صورت گرفته است. در یکی از آن‌ها که بر اساس ملاک‌های DSM-III و بر روی ۵۰ فرد مبتلا به BDD اجرا شد، ۱۶ درصد آن‌ها واجد ملاک‌های تشخیص خوشه C، ۱۲ درصد خوشه B و ۱۰ درصد خوشه A شخصیت بودند (هولندر، کوهن و سیمون؛[12] ۱۹۹۳). بر اساس پژوهش فیلیپس و مک‌الروی[13] (۲۰۰۰)، اختلال شخصیت دوری‌گزین

---

1. Snorrason, Beard, Christensen, Bjornsson & Björgvinsson
2. Grant, Menard, Pagano, Fay & Phillips
3. Kittler, Menard & Phillips
4. Schneider, Turner, Storch & Hudson
5. Labuschagne, Rossell, Dunai, Castle & Kyrios
6. Frías, Palma, Farriols & González
7. Stein & Lochner
8. Phillips, Dwight & McElroy
9. Grant, Menard & Phillips
10. Eisen, Phillips, Coles & Rasmussen
11. Angelakis, Gooding & Panagioti
12. Hollander, Cohen & Simeon
13. Phillips & McElroy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

بالاترین نرخ همبودی (۴۳ درصد) را در مقایسه با دیگر اختلالات شخصیت دارد. به همین ترتیب، اختلال شخصیت وابسته (۱۵ درصد)، اختلال شخصیت وسواسی جبری (۱۴ درصد) و اختلال شخصیت پارانویید (۱۴ درصد) در جایگاه‌های بعدی قرار دارند.

علت‌شناسی

از آنجا که BDD ماهیت پیچیده‌ای دارد، همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتری در زمینه سبب‌شناسی این بیماری هستیم. با این حال، محققان بر نقش عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی در شکل‌گیری و پیشرفت آن تأکید می‌کنند (فوسنر، نظیراغلو، ویلهلم، منکوشی و بوون[1] ۲۰۱۰الف). به عنوان مثال، وجود برخی ناهنجاری‌های حجمی در قشر پیش‌پیشانی و سینگولیت قدامی (آتماکا[2]و همکاران، ۲۰۱۰)، عدم تقارن در هسته دم‌دار و همچنین میزان بیشتر بخش سفید مغز از جمله نشانگرهای BDD در مقایسه با گروه کنترل است (راچ[3]و همکاران، ۲۰۰۳). علاوه بر این، اشخاص مبتلا به BDD هنگام پردازش بصری چهره خود در مقایسه با یک چهره آشنا، نوعی بیش‌فعالی در قشر پیش‌پیشانی چپ و هسته دم‌دار نشان می‌دهند (فوسنر[4]و همکاران، ۲۰۱۰ب). هرچند که این مطالعات در ابزارهای سنجش و روش‌های خود تفاوت بسیاری با یکدیگر دارند، اما همگی بر شباهت‌های آسیب‌شناسانه BDD و OCD اتفاق نظر دارند. برای نمونه، شیوع BDD در میان بستگان درجه یک مبتلا به OCD به طور قابل توجهی نسبت به شیوع سایر بیماری‌های مشابه نظیر خودبیمارانگاری، اختلال‌های خورد و خوراک و اختلال‌های کنترل تکانه بالاتر است (مالکوم[5]و همکاران، ۲۰۱۸؛ بنونو و همکاران، ۲۰۰۰). در همین زمینه، مطالعات تصویربرداری مغزی (fMRI) نیز نشان داده‌اند که نواحی مغزی دارای ناهنجاری در OCD و BDD اشتراکات بسیاری دارند (بک[6]و همکاران، ۲۰۱۶). این مسأله بار دیگر شباهت‌های پایه‌ای BDD و OCD را یادآور می‌شود.

از سوی دیگر تحقیقات گسترده‌ای به بررسی نقش عناصر شناختی و محیطی در علت‌شناسی BDD پرداخته‌اند (بوهلمن و ویلهلم[7]، ۲۰۰۴؛ نظیراوغلو، خملانی-پاتل و ویل[8]، ۲۰۰۸). مدل‌های یادگیری اجتماعی (نظیراوغلو و همکاران، ۲۰۰۸) فرض را بر این مبنا می‌گذارند که تجارب ناخوشایند کودکی از طریق شرطی‌سازی‌های کلاسیک و عامل موجب شکل‌گیری و تقویت باورهای ناسازگارانه در مورد ظاهرمان می‌شوند. در همین زمینه، مدل‌های شناختی-رفتاری با بهره‌گیری از مدل استرس-دیاتز[9]جامع‌ترین توضیحات را برای تبیین سبب‌شناسی BDD بیان می‌کنند. آن‌ها با یکپارچه‌سازی نشانگرهای زیستی، عوامل فرهنگی، تجربه‌های اولیه زندگی و آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی بر نقش تمامی این عوامل در ارتباط با یکدیگر تأکید می‌کنند (ویل، ۲۰۰۴؛ ویلهلم، فیلیپس و استکی[10]، ۲۰۱۲). برای مثال رویدادهای خارجی مانند تماشای خود در آینه، زمانی که با افکار مزاحم و باورهای نادرست از مقوله زیبایی همراه می‌شود، اغلب منجر به آغاز یک چرخه معیوب توجه افراطی به خود می‌شود (ویل، ۲۰۰۴). در ادامه با تقویت این باورهای غلط، طرحواره‌های ماندگار درماندگی یا بی‌کفایتی در رابطه با تصویر بدنی شکل می‌گیرند؛ برای مثال «اگر من زشت باشم، تا پایان عمر تنها خواهم ماند» (فانگ، ماتنی و ویلهلم[11]، ۲۰۱۴). در نتیجه این افراد مدام در مورد بدشکلی ادراک‌شده بدنشان نشخوار فکری دارند و خود را با ایده‌آل‌های ناممکن ظاهری قیاس می‌کنند.

از آنجا که افراد مبتلا به BDD بیشتر بر نواقص و معایب بدنشان متمرکز هستند، قادر به اصلاح باورهای وسواس‌گونه خود از طریق بازخوردهای مثبت اطرافیان نیستند. بنابراین در اکثر موارد در واکنش به ادراکات شخصی از ظاهرشان، همانند OCD دست به انجام اقداماتی می‌زنند تا اضطراب خود را کاهش دهند. مخفی‌سازی یا پوشاندن عضو مورد نظر، اجتناب از حضور در موقعیت‌های اجتماعی، کندن پوست و یا اطمینان‌جویی‌های مکرر برای ترک محیط‌های ناخوشایند همگی از جمله این رفتارهای اجباری هستند. اگرچه انجام این

1. Feusner, Neziroglu, Wilhelm, Mancusi & Bohon
2. Atmaca
3. Rauch
4. Feusner
5. Malcolm
6. Beucke
7. Buhlmann & Wilhelm
8. Neziroglu, Khemlani-Patel & Veale
9. Diathesis–stress model
10. Wilhelm, Phillips & Steketee
11. Fang, Matheny & Wilhelm

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

رفتارها به طور موقت باعث تسکین اضطراب فرد بیمار می‌شود، اما در عوض اشتغال ذهنی او را نسبت به مشکلش در طول زمان افزایش می‌دهد (ویل، ۲۰۰۴).

یافته‌های تجربی در حیطه سوگیری‌های شناختی در BDD همسو با مدل‌های شناختی-رفتاری هستند. مطالعات آزمون استروپ[۱] حاکی از آن است که مبتلایان BDD در مواجهه با کلمات هیجانی نسبت به سایر کلمات خنثی، دچار نوعی سوگیری شناختی می‌شوند و توجه انتخابی نشان می‌دهند (بوهلمن، مک‌نالی، ویلهلم و فلورین[۲] ۲۰۰۲الف؛ تای، کسل و راسل[۳] ۲۰۱۷). این افراد در مقایسه با همتایان سالم خود، تمایل بیشتری برای تفاسیر منفی و مبهم از ظاهرشان در موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند (بوهلمن[۴] و همکاران، ۲۰۰۲ب). آزمایش گروچلوسکی، کلیم و هاینریش[۵](۲۰۱۲) با استفاده از تکنیک «ردیابی چشم[۶]» نیز توجه انتخابی این بیماران نسبت به نقص‌های صورتشان را تأیید کرد. پدیده‌های توجه انتخابی و تفاسیر منفی از خود، نظریه حفظ و ماندگاری BDD توسط عوامل شناختی را قوت می‌بخشند.

در همین رابطه نیز محققان نوعی نقص را در عملکردهای اجرایی میان مبتلایان به BDD در مقایسه با افراد سالم گزارش کرده‌اند (دکرباخ[۷] و همکاران، ۲۰۰۰؛ دونای، لابوچنج، کسل، کیروش و راسل[۸] ۲۰۱۰). در یکی از این پژوهش‌ها، اشخاص دارای BDD در زمینه‌های برنامه‌ریزی، سازمان‌بندی و حافظه کاری مورد مطالعه قرار گرفتند (دونای و همکاران، ۲۰۱۰). آن‌ها دریافتند که چندین حوزه عملکرد اجرایی از جمله پردازش اطلاعات دیداری موجود در حافظه کاری در افراد مبتلا به BDD دچار نقص است. در آزمایش دیگری مشخص شد که بیماران مبتلا به BDD در تشخیص تغییرات اعمال‌شده در تصویر چهره دیگران (مانند فاصله بین دو چشم) نسبت به سایر افراد، دقت بیشتری به خرج می‌دهند (استینجر، آدام-شوب، مولر و ولتر[۹] ۲۰۰۸). اگرچه مطالعات متعددی نقص در پردازش دیداری افراد مبتلا به BDD را گزارش کرده‌اند (بوهن، همباچر، مولر، مودی و فوسنر[۱۰] ۲۰۱۲؛ فوسنر، همباچر، مولر و مودی[۱۱] ۲۰۱۱)، اما تاکنون شواهدی مبنی بر مشکلات مربوط به بینایی در این افراد یافت نشده است.

عده‌ای از محققان اینطور در نظر گرفته‌اند که چون افراد کمال‌گرا معیارهای غیرقابل‌انعطافی برای ارزیابی خود دارند، ممکن است بیشتر از سایر افراد در معرض ابتلا به BDD باشند (کربس، کوین و جاسی[۱۲] ۲۰۱۹؛ بون، سوننس و لویتن[۱۳] ۲۰۱۴). در همین رابطه، شیبر، کولی، دیزان، مولر و مارتین[۱۴](۲۰۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که افراد مبتلا به BDD از درجات بالاتر کمال‌گرایی نسبت به گروه کنترل برخوردارند. مطالعات متعدد دیگری نیز به روش‌های مختلف این مسأله را مورد تأیید قرار داده‌اند (کربس، کوین و جاسی، ۲۰۱۹؛ نیکولز، دامیانو، گریگ، ورتیم و پاکستون[۱۵] ۲۰۱۸؛ بون و همکاران، ۲۰۱۴؛ بوهلمن، اتکاف و ویلهلم[۱۶] ۲۰۰۸). همچنین شواهد محکمی وجود دارد که عزت نفس پایین و علائم افسردگی خطر ابتلا به نارضایتی از بدن را تقویت می‌کنند (پاکسون، اسنبرگ و نومارک اشتینر[۱۷] ۲۰۰۶؛ راجرز، پاکسون و مک‌لین[۱۸] ۲۰۱۴؛ برمن، پرنسل، مارتینز و استیک[۱۹] ۲۰۰۶).

---

1. Stroop
2. Buhlmann, McNally, Wilhelm & Florin
3. Toh, Castle & Rossell
4. Buhlmann
5. Grocholewski, Kliem & Heinrichs
6. Eye tracking
7. Deckersbach
8. Dunai, Labuschagne, Castle, Kyrios & Rossell
9. Stangier, Adam-Schwebe, Müller & Wolter
10. Bohon, Hembacher, Moller, Moody & Feusner
11. Feusner, Hembacher, Moller & Moody
12. Krebs, Quinn & Jassi
13. Boone, Soenens & Luyten
14. Schieber, Kollei, de Zwaan, Müller & Martin
15. Nichols, Damiano, Gregg, Wertheim & Paxton
16. Buhlmann, Etcoff & Wilhelm
17. Paxton, Eisenberg & Neumark-Sztainer
18. Rodgers, Paxton & McLean
19. Bearman, Presnell, Martinez & Stice

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

در مقایسه با نظریه‌های مذکور، نظریه‌های برخواسته از مکتب روانکاوی سهم کمتری در تبیین و علت‌شناسی BDD داشته‌اند. با این حال، پر واضح است که ظاهر آدمی به خصوص در هنگام نوجوانی تأثیر بسیار زیادی بر سازه‌های تصویر بدنی، عزت نفس، هویت، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی شخص می‌گذارد (نافو[۱] ۲۰۱۶). اصطلاح تصویر بدنی که برای توصیف بازنمودهای ذهنی در مورد بدن به کار می‌رود، بر اساس تجارب حسی، حرکتی و احساسات خوشایند و ناخوشایند فرد نسبت به بدنش شکل می‌گیرد (میسنر[۲] ۱۹۹۷). نظریه‌پردازان روانکاوی معتقدند که سازه تصویر بدنی که پایه و اساس خودپنداره است هنگام نوزادی و در تعامل با مراقبان تشکیل می‌شود (کرنبرگ، بول-نیلسن و نرماندین[۳] ۲۰۰۶؛ میسنر، ۱۹۹۷؛ وینی‌کات[۴] ۱۹۹۱). در همین زمینه، این ادعای فروید که بدن را به مثابه ایگو[۵] معرفی می‌کرد، از نقش مهم و محوری بدن در رشد و توسعه مفهوم «خود[۶]» حکایت می‌کند.

نظریه شی‌انگاری[۷](فردریکسون و رابرتس[۸] ۱۹۹۷) بر این فرض استوار است که عمدتاً در جوامع توسعه‌یافته، بدن زنان (و به طور فزاینده‌ای بدن مردها) به عنوان ابژه‌های غیرانسانی در نظر گرفته می‌شوند (تیگمن[۹] ۲۰۱۳). در چنین جوامعی افراد به مرور زمان یاد می‌گیرند تا نگاه سوم شخص به بدنشان را درونی‌سازی کنند و آن را با معیارهای ایده‌آل و موردپسند جامعه مقایسه و مورد قضاوت قرار دهند. از همین رو، خودشی‌انگاری در بسیاری از موارد تجربه احساس شرم و نارضایتی بدنی را در پی دارد، زیرا عموم افراد نمی‌توانند ایده‌آل‌های جامعه را کسب کنند (بروستر، ولز، بریسلو و گیگر،[۱۰] ۲۰۱۹؛ تیگمن، ۲۰۱۳). هر چند که این تحقیقات درمراحل اولیه هستند، اما اینطور تصور می‌شود که خودشی‌انگاری با نگرانی‌های نوجوانان دختر و پسر از ظاهرشان در بزرگسالی ارتباط دارد (داکنالیس[۱۱] و همکاران، ۲۰۱۵). در حال حاضر محققان بر نقش رسانه و فضای مجازی در گسترش خودشی‌انگاری متمرکز شده‌اند. رسانه‌های اجتماعی بستری را فراهم آورده‌اند که خودشی‌انگاری از طریق آن به خصوص در زنان جوان می‌تواند تقویت شود (دی‌واریس و پیتر،[۱۲] ۲۰۱۳). با این حال، میزان تأثیر این فرایند بر نارضایتی بدنی هنوز مورد واکاوی قرار نگرفته است.

اختلال بدشکلی بدنی را به نوعی می‌توانیم «اختلال شرم[۱۳]» در نظر بگیریم (وینگاردن، شاو، فیلیپس و ویلهلم،[۱۴] ۲۰۱۸؛ فوچ،[۱۵] ۲۰۰۲). رویکردهای تکاملی و فرهنگی می‌گویند که انسان در طول میلیون‌ها سال به گونه‌ای 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 کند که مطلوب آن‌ها واقع شود (گیلبرت،[۱۶] ۱۹۹۲؛ ۱۹۹۷؛ ۲۰۰۰). در جوامع توسعه‌یافته و مدرن، اغلب یک زن موفق و مطلوب در قامت زنی لاغر یا باریک‌اندام به همگان معرفی می‌شود (انگلن-مادوکس،[۱۷] ۲۰۰۶). این شرایط جدید فرهنگی-اجتماعی بستری را فراهم می‌سازد تا اندام باریک زنانه الگوی سایر زنان قرار گیرد (استیس، چوپاگ-نوبرگ، شاو و استین،[۱۸] ۱۹۹۴؛ ویسمن، گری، موسیمان و آرنس،[۱۹] ۱۹۹۲). در این میان، هرگونه شکست یا ناکامی در کسب معیارهای تحمیلی از سوی جامعه می‌تواند به تهدید بزرگی برای فرد قلمداد شود و تأثیرات منفی ماندگاری بر جای گذارد (گیلبرت، ۱۹۹۲؛ ۱۹۹۷). بنابراین، ظاهر فرد می‌تواند منبعی برای احساس شرمندگی باشد.

---

1. Knafo
2. Meissner
3. Kernberg, Buhl-Nielsen & Normandin
4. Winnicott
5. Ego
6. Self
7. Objectification theory
8. Fredrickson & Roberts
9. Tiggemann
10. Brewster, Velez, Breslow & Geiger
11. Dakanalis
12. De Vries & Peter
13. Disorder of Shame
14. Weingarden, Shaw, Phillips & Wilhelm
15. Fuchs
16. Gilbert
17. Engeln-Maddox
18. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein
19. Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

درمان

مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که برخی از انواع دارودرمانی‌ها و روان‌درمانی‌ها می‌توانند در بهبود BDD مؤثر باشند (فیلیپس، ۲۰۰۲ب؛ فیلیپس و هولندر[1]، ۲۰۰۸؛ ویل، ۲۰۱۰). از آنجا که پژوهش‌های گذشته بر نمونه‌های اندک و عمومی BDD بدون توجه به اقسام متفاوت بالینی آن انجام شده‌اند، در امر تعمیم‌دهی نتایج آن‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کنیم. اگرچه یافته‌های محققان در زمینه درمان BDD امیدوارکننده است، اما در زمینه اثرگذاری درمان‌های چندجانبه و همچنین نقش تعدیل‌کننده‌های پاسخدهی به درمان نیازمند تحقیقات بیشتری هستیم.

عمده‌ی پژوهش‌ها در حیطه دارودرمانی BDD از طریق آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی و بر تأثیر بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) متمرکز هستند. این آزمایشات درمان با فلوکستین[2](فیلیپس، آلبرتینی و راسموسن[3]، ۲۰۰۲)، فلووکسامین[4](پروگی[5] و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس، گاندرسن، مالیا، مک‌الروی و کارتر[6]، ۱۹۹۸)، سیتالوپرام[7](فیلیپس و نجار، ۲۰۰۳) و اس‌سیتالوپرام[8](فیلیپس، ۲۰۰۶) را شامل می‌شود. در تمامی این مطالعات، علائم BDD با بهبودی همراه بود و میزان پاسخدهی به درمان از ۵۳ تا ۷۳ درصد گزارش شد. در یک تحقیق دوسوکور متقاطع که تأثیر داروهای سروتونرژیک را در مقابل سایر ضدافسردگی‌ها می‌سنجید، مشخص شد که کلومی‌پرامین[9](بازدارنده غیرانتخابی بازجذب سروتونین) نسبت به دزی‌پرامین[10](بازدارنده انتخابی بازجذب نوراپی‌نفرین) عملکرد به مراتب بهتری دارد (هولندر[11] و همکاران، ۱۹۹۹). این یافته نشان می‌دهد که همه داروهای ضدافسردگی در درمان BDD تأثیر یکسان ندارند و همچنین با مطالعات پیشین تطابق دارد (هولندر و همکاران، ۱۹۹۴؛ فیلیپس، ۱۹۹۶). تقریباً ۶۰ درصد بیماران در درمان با SSRIs کاهش افسردگی، کاهش نشخوارهای ذهنی، کاهش رفتارهای آیینی و همچنین بهبود عملکرد اجتماعی و افزایش بینش را نشان می‌دهند؛ در این میان، افزایش بینش جالب توجه است، چرا که علائم هذیانی در سایر اختلالات با مصرف داروهای SSRIs برطرف نمی‌شوند (فیلیپس، ۱۹۹۵). در نتیجه بر اساس اطلاعات موجود، همچنان داروهای SSRIs خط اول درمان BDD به شمار می‌روند.

شواهد موجود نشان می‌دهد که درمان BDD نیازمند دوزهای بالاتر و مدت زمان بیشتری نسبت به درمان معمول افسردگی است (فیلیپس و هولندر، ۲۰۰۸). برای مثال، پژوهش‌های پیشین میانگین پاسخدهی BDD به داروهای SSRIs را ۶ تا ۹ هفته گزارش کرده‌اند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۲؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۸ب). علاوه بر این، در یکی از این مطالعه‌ها (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۲) از میانگین دوز بالای فلوکستین (۷۷/۷ میلی‌گرم در روز) استفاده شد. همچنین بر اساس تحقیقات، سیتالوپرام (فیلیپس و نجار، ۲۰۰۳) و اس‌سیتالوپرام (فیلیپس، ۲۰۰۶) پاسخدهی سریع‌تر و قابل‌توجهی (بین ۴/۶ تا ۴/۷ هفته) را در بهبود BDD ایجاد می‌کنند. با این حال، مقدار دوز تجویزی باید متناسب با شدت بیماری و ترجیح بیمار باشد (فیلیپس و هولندر، ۲۰۰۸؛ فیلیپس، سوزان، مک‌الروی و کیک[12]، ۱۹۹۴).

بر اساس گزارش‌ها مصرف طولانی‌مدت داروهای SSRIs مؤثرتر است، زیرا خطر عود مجدد بیماری پس از قطع مصرف آن‌ها به میزان زیادی افزایش می‌یابد (فیلیپس، آلبرتینی، سینسکالچی، خان و رابینسون[13]، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ای مشخص شد که قریب به ۸۷ درصد

1. Phillips & Hollander
2. Fluoxetine
3. Phillips, Albertini & Rasmussen
4. Fluvoxamine
5. Perugi
6. Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy & Carter
7. Citalopram
8. Escitalopram
9. Clomipramine
10. Desipramine
11. Hollander
12. Phillips, Susan, McElroy & Keck
13. Phillips, Albertini, Siniscalchi, Khan & Robinson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

مراجعانی که مصرف SSRIs را قطع کرده‌اند، طی ۶ ماه آینده دچار عود مجدد بیماری شده‌اند. این درحالی بود که تنها ۸ درصد مراجعانی که مصرف SSRIs را ادامه داده بودند، عود مجدد را تجربه کردند (جین، گرنت، منارد، کراسولی و فیلیپس[1] ۲۰۰۴).

یکی از مسائل بحث‌برانگیز در درمان BDD کاربرد داروهای ضدروان‌پریشی است. برخلاف سایر اختلالات که علائم هذیانی توسط داروهای ضدروان‌پریشی درمان می‌شوند، مطالعات متعدد تفاوتی میان نرخ پاسخدهی مبتلایان شکل هذیانی و غیرهذیانی BDD در درمان با SSRIs نشان نمی‌دهند (فیلیپس و هولندر، ۲۰۰۸؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۲؛ هولندر و همکاران، ۱۹۹۹). برای مثال، تنها یک نمونه درمان موفق BDD با الانزاپین وجود دارد (گرنت، ۲۰۰۱). علاوه بر این، مطالعات گذشته‌نگر تأیید می‌کنند که داروهای ضدروان‌پریشی به‌تنهایی در درمان BDD مؤثر نیستند (فیلیپس، ۲۰۰۴).

درمان شناختی-رفتاری (CBT) بیش از سایر رویکردهای روان‌درمانی برای درمان BDD مورد مطالعه قرار گرفته و یافته‌های آن حاکی از اثربخشی قابل‌توجه این رویکرد درمانی است (ویل، ۲۰۱۰). یک دوره درمانی معمول CBT برای بهبود علائم BDD شامل چند تکنیک اصلی مانند آموزش روانی، تقویت انگیزشی، بازسازی شناختی، مواجه‌سازی همراه با پیشگیری از پاسخ، بازآزموزی ادراک آینه‌ای و انجام روش‌های پیشگیری از عود است (ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویل، ۲۰۰۱؛ ویلهلم، فیلیپس، فاما، گرینبرگ و استکی[2] ۲۰۱۱). درمانگر در این رویکرد به صورت فعالانه حضور دارد و تکالیف را تجویز می‌کند. در هنگام اجرای تکنیک مواجه‌سازی، فرد بیمار در معرض موقعیت‌های استرس‌زا نظیر رفتن به یک رستوران یا نشستن در یک سالن انتظار شلوغ قرار می‌گیرد. در مرحله بعدی که پیشگیری از پاسخ نام دارد، از بروز رفتارهای شایع در BDD مثل پوشاندن نقص‌ها، وارسی‌های افراطی مقابل آینه و آرایش‌های غلیظ جلوگیری به عمل می‌آید. انجام پیوسته این مراحل که بخش عمده CBT را تشکیل می‌دهند، به فرد بیمار کمک می‌کند تا باورهای نادرست در مورد ظاهر خود را اصلاح کند. نتایج یک فراتحلیل نشان داد که دارودرمانی و CBT هر دو در درمان BDD موفق عمل می‌کنند، اما CBT تا حدی مؤثرتر است (ویلیامز، هجاستاوروپولس و شارپ[3] ۲۰۰۶).

وجود باورهای هذیانی شدید در برخی مبتلایان BDD موجب می‌شود تا آن‌ها اشتباهاً نقص‌های ظاهرشان را مشکلات واقعی جسمانی در نظر بگیرند. در نتیجه اکثر آنان به جای آنکه از درمان‌های روان‌پزشکی بهره ببرند، کلینیک‌های پوست و مو را جستجو می‌کنند. به طور کلی در این زمینه پاسخ به درمان مبتلایان BDD ناچیز است (فیلیپس، ۱۹۹۱). هونگمن، فیلیپس و کسل[4](۲۰۰۴) تمامی یافته‌های روانی-اجتماعی پژوهش‌ها در مورد روش‌های جراحی پلاستیک را مورد مطالعه قرار دادند و نقص‌های جزئی ادراک‌شده در فرد بیمار را به عنوان یک عامل خطر در نتایج ضعیف اینگونه درمان‌ها شناسایی کردند. بنابراین متخصصان زیبایی باید در درمان بیمارانی که از نقص‌های جزئی در ظاهرشان شکایت می‌کنند، درحالی که این نقص‌ها به طور عینی مشهود نیستند احتیاط کنند. در مطالعه‌ای که بر روی ۲۸۹ فرد مبتلا به BDD صورت گرفت، مشخص شد که ۷۶/۴ درصد آن‌ها خواهان دریافت خدمات درمانی غیرروان‌پزشکی و جراحی هستند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین در مطالعه دیگری که بر روی ۲۰۰ نفر از بیماران BDD انجام شد، جراحی‌های زیبایی بینی و پستان به ترتیب با ۳۷/۷ و ۸/۲ درصد از شایع‌ترین عمل‌های جراحی در این افراد بودند (کریراند، منارد و فیلیپس[5] ۲۰۱۰). در رابطه با روش‌های کمتر تهاجمی‌تر، تزریق کلاژن با ۵۰ درصد و لایه‌برداری‌های سطحی با ۱۹/۲ درصد از دیگر روش‌های درمانی شایع میان مبتلایان به شمار می‌روند. اگرچه ممکن است که فرد بیمار پس از دریافت اینگونه درمان‌های غیرروان‌پزشکی به طور موقت تسکین یابد، اما به طور معمول اثرات آن‌ها پایدار نیست. داده‌های آماری نشان می‌دهند که تنها ۲/۳ درصد درمان‌های غیرروانپزشکی در بلندمدت منجر به بهبودی کامل علائم BDD می‌شوند (کریراند و همکاران، ۲۰۱۰). لازم به ذکر است که در منابع پزشکی پوست هم از BDD به عنوان یک بیماری مقاوم به درمان یاد می‌شود (کوبلنزر[6] ۱۹۸۵).

---

1. Jain, Grant, Menard, Cerasoli & Phillips
2. Wilhelm, Phillips, Fama, Greenberg & Steketee
3. Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe
4. Honigman, Phillips & Castle
5. Crerand, Menard & Phillips
6. Paradox + Timetable = Cure (PTC)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

اخیرا مدل درمان پارادوکسی[1](PTC؛ بشارت، ۱۳۹۶) که به عنوان رویکردی جدید و جامع، در مورد طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی شامل وسواس فکری- عملی (بشارت، ۱۳۹۶؛ ۱۳۹۷)، اضطراب بیماری (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹الف)، اضطراب اجتماعی (بشارت، ۱۳۹۸؛ بشارت و نقی پور، ۲۰۱۹ب) و سایر اختلال‌ها به کار بسته شده است؛ در مورد اختلال بدشکلی بدنی نیز با موفقیت به کار بسته شده است (بشارت، ۱۳۹۹). نتایج درمان به روش PTC اثربخشی سریع و قاطع این روش را در مورد درمان اختلال بدشکلی بدنی تایید کرده است (بشارت، ۱۳۹۹). از جمله مزیت‌های اختصاصی مدل روان‌درمانی به روش PTC، این است که یک روش بسیار ساده و کوتاه‌مدت است. این ویژگی‌ها احتمال ریزش بیماران را خیلی کاهش می‌دهد و از نظر اقتصادی نیز برای آنها بسیار مقرون به صرفه است. اثربخشی عمیق و قطعی درمان PTC احتمال بازگشت بیماری را نیز به شدت کاهش می‌دهد. این ویژگی‌های انحصاری PTC آن را به روشی نوین و بی‌بدیل در حوزه درمان اختلال‌های روانشناختی تبدیل کرده است.

از جمله روش‌های درمانی نادر می‌توان از شوک الکتریکی (ECT) نام برد که گزارش‌های موردی از تأثیر محدود آن در درمان نشانه‌های مرتبط با افسردگی BDD حکایت دارند (کارول، یندرک، دگروت و فانین[2] ۱۹۹۴). در رابطه با سایر روش‌های تهاجمی مانند جراحی‌های مغزی هنوز مطالعات کافی انجام نگرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، مروری جامع بر ادبیات پژوهش‌محور اختلال بدشکلی بدنی (BDD) بود. اغلب به دلیل ماهیت نسبتاً پیچیده‌ی این اختلال مزمن، تشخیص و تحقیق در مورد آن تا حد زیادی مورد غفلت واقع می‌شود؛ به همین دلیل تا چند سال گذشته به عنوان یک اختلال مشخص در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در نظر گرفته نمی‌شد. این مسأله، لزوم آموزش دندان‌پزشک‌ها، پزشکان پوست و مو و جراحان زیبایی جهت تشخیص اولیه و ارجاع این افراد به متخصصان سلامت روان را بیش از گذشته مشخص می‌سازد، زیرا این متخصصان در خط اول مراجعه مبتلایان BDD به مراکز درمانی هستند. همچنین از آنجا که این اختلال با احساس شرم همراه می‌شود، ممکن است که بیمار هنگام تشخیص‌گذاری گزارش دقیق و جامعی از علائم خود ارائه ندهد. در نتیجه بیمار برای تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز BDD باید موانع زیادی را پشت سر گذارد. انجام جراحی‌های پلاستیک و سایر روش‌های مشابه برای فرد مبتلا به BDD بی‌فایده و در اکثر موارد به نارضایتی بیمار و سرخوردگی پزشک منجر خواهد شد. در امر درمان BDD عمده مطالعات در حوزه دارودرمانی و CBT صورت گرفته است و تحقیقات در زمینه اثربخشی سایر فنون درمانی ناچیز است.

به دلیل مشابهت‌های بسیار میان BDD و اختلال وسواس فکری و عملی در جنبه‌های مختلف و همچنین همبودی با اختلال‌های خورد و خوراک و اضطراب اجتماعی، انتظار می‌رود که مدل روان‌درمانی PTC (بشارت، ۱۳۹۶) بتواند به عنوان یک فن درمانی نوین در بهبود علائم BDD به کار بسته شود. این روش کوتاه‌مدت و سریع‌التأثیر که ریشه در نظریه‌های روان‌پویشی و رفتاری دارد، با استفاده از فنون عملی و مکانیسم‌های دستوری‌سازی، قطع رابطه نشانه و اضطراب و تغییر معنی نشانه در نهایت به استحکام «من» بیمار و محو کامل اضطراب و اختلال منجر می‌شود (بشارت، ۱۳۹۸). پیش از این، استحکام من پایین در بیمارانی که در ادراک تصویر بدنی نقص داشته‌اند، مورد تأیید قرار گرفته است (وینگیت و کریستی[3] ۱۹۷۸). وجود نشانه‌های فکری مانند اشتغال ذهنی مفرط و نشانه‌های عملی نظیر وارسی‌های مکرر در آینه یا اطمینان‌جویی از اطرافیان، همچون مطالعات گذشته مهر تأییدی بر همانندی BDD و OCD است. بر همین اساس، به نظر می‌رسد که درمان PTC بتواند در درمان BDD هم مانند درمان کامل OCD موفق ظاهر شود (بشارت، ۱۳۹۷). از دیگر مواردی که این مفروضه را تقویت می‌کند، پاسخدهی خوب مدل روان‌درمانی PTC به ویژگی کمال‌گرایی است (بشارت، ۱۹۹۷). عود مجدد یا بازگشت نشانه‌های بیماری در دارودرمانی BDD امری شایع است، به همین دلیل نیازمند مراقبت‌های بلندمدت است (دانگ، نزگووروا،

[2] . Carroll, Yendrek, Degroot & Fanin
[3]. Wingate & Christie

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

هونگ و هولندر[1] ۲۰۱۹). در مقابل، نرخ عود مجدد در مدل رواندرمانی PTC بسیار پایین است، زیرا بیمار را به درمانگری تبدیل می‌کند که با ظهور نشانه‌های بازگشت بیماری می‌تواند به درمان مجدد خود اقدام کند.

معرفی مختصر روش روان‌درمانی PTC در این مقاله، سایر فنون درمانی برای بهبود BDD را با پرسش‌های جدیدی مواجه می‌سازد که محققان باید در پژوهش‌های بعدی به آن‌ها پاسخ دهند: اثربخشی روش PTC در بهبود علائم BDD در مقایسه با سایر فنون رایج نظیر دارودرمانی و CBT چگونه است؟ آیا با استفاده از روش PTC می‌توانیم تا حد زیادی از عود مجدد BDD جلوگیری کنیم؟ در درمان با روش PTC عوامل تأثیرگذار در تسریع یا تأخیر کسب نتیجه مطلوب کدامند؟

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۶). *پارادوکس + برنامه زمانی = درمان: مدل کامل درمان اختلال‌های روانشناختی - راهنمای عملی*. انتشارات رشد: تهران.

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال وسواس فکری- عملی: مطالعه موردی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۴)*، ۷-۳۶.

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۸(۷۶)*، ۳۸۳-۳۹۵.

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۹).کاربرد پارادوکس درمانی برای درمان اختلال بدشکلی بدنی: مطالعه موردی. *فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۹ (۹۵)*، ۱۳۷۱-۱۳۸۷.

American Psychiatric Association, (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition.* Washington, DC.

American Psychiatric Association, (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, *49*, 55-66.

Alavi, M., Kalafi, Y., Dehbozorgi, G. R., & Javadpour, A. (2011). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, *64(6)*, 738-741.

Atmaca, M., Bingol, I., Aydin, A., Yildirim, H., Okur, I., Yildirim, M. A., ... & Gurok, M. G. (2010). Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of affective disorders*, *123(1-3)*, 258-263.

Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, *35(2)*, 217-229.

Besharat, M. A. (1997). An investigation of the relationship between personality-family factors and response to treatment in young adult anorexic and bulimic patients. Unpublished Ph.D. Thesis. University of London.

Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019a). The application of a new model of paradox therapy for the treatment of illness anxiety disorder: A case report. *Clinical Case Report International*, *3*, 1-3.

Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019b). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, *6*, 1-5.

Beucke, J. C., Sepulcre, J., Buhlmann, U., Kathmann, N., Moody, T., & Feusner, J. D. (2016). Degree connectivity in body dysmorphic disorder and relationships with obsessive and compulsive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*, *26(10)*, 1657-1666.

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., ... & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive–compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological psychiatry*, *48(4)*, 287-293.

Bohon, C., Hembacher, E., Moller, H., Moody, T. D., & Feusner, J. D. (2012). Nonlinear relationships between anxiety and visual processing of own and others' faces in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *204(2-3)*, 132-139.

Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry research*, *109(1)*, 101-104.

[1]. Dong, Nezgovorova, Hong & Hollander

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, *123(2)*, 412.

Brewster, M. E., Velez, B. L., Breslow, A. S., & Geiger, E. F. (2019). Unpacking body image concerns and disordered eating for transgender women: The roles of sexual objectification and minority stress. *Journal of counseling psychology*, *66*(2), 131.

Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, *22(3)*, 540-547.

Buhlmann, U., McNally, R. J., Wilhelm, S., & Florin, I. (2002a). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *16(3)*, 289-298.

Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2004). Cognitive factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, *34(12)*, 922-926.

Buhlmann, U., Wilhelm, S., McNally, R. J., Tuschen-Caffier, B., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002b). Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS spectrums*, *7(6)*, 435-443.

Carroll, B. T., Yendrek, R., Degroot, C., & Fanin, H. (1994). Response of major depression with psychosis and body dysmorphic disorder to ECT. *The American journal of psychiatry*, *151(2)*, *288–289*

Chosak, A., Marques, L., Greenberg, J. L., Jenike, E., Dougherty, D. D., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder: Similarities, differences and the classification debate. *Expert review of neurotherapeutics*, *8(8)*, 1209-1218.

Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., & Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General hospital psychiatry*, *30(1)*, 67-72.

Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B., & Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and anxiety*, *23(1)*, 26-33.

Collins, B., Gonzalez, D., Gaudilliere, D. K., Shrestha, P., & Girod, S. (2014). Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *72(8)*, 1553-1558.

Crerand, C. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2010). Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. Annals of plastic surgery, *65(1)*, 11.

Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European child & adolescent psychiatry*, *24(8)*, 997-1010.

Deckersbach, T., Savage, C. R., Phillips, K. A., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S. L., ... & Jenike, M. A. (2000). Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. Journal of the International Neuropsychological Society, *6(6)*, 673-681.

De Vries, D. A., & Peter, J. (2013). Women on display: The effect of portraying the self online on women's self-objectification. *Computers in Human Behavior*, *29(4)*, 1483-1489.

Dong, N., Nezgovorova, V., Hong, K., & Hollander, E. (2019). Pharmacotherapy in body dysmorphic disorder: relapse prevention and novel treatments. Expert opinion on pharmacotherapy, *20(10)*, 1211-1219.

Dunai, J., Labuschagne, I., Castle, D. J., Kyrios, M., & Rossell, S. L. (2010). Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, *40(9)*, 1541-1548.

Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, *45(1)*, 10-15.

Engeln-Maddox, R. (2006). Buying a beauty standard or dreaming of a new life? Expectations associated with media ideals. *Psychology of Women Quarterly*, *30(3)*, 258-266.

Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, *30(8)*, 1040-1048.

Fang, A., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics*, *37(3)*, 287-300.

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *32(1)*, 24-29.

Fathololoomi, M. R., Goljanian Tabrizi, A., Fattahi Bafghi, A., Noohi, S. A., & Makhdoom, A. (2013). Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty candidates. *Pakistan journal of medical sciences*, *29(1)*, 197.

Feusner, J. D., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T. D. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological medicine*, *41(11)*, 2385-2397.

Feusner, J. D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2010b). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Archives of general psychiatry*, *67(2)*, 197-205.

Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancusi, L., & Bohon, C. (2010a). What causes BDD: Research findings and a proposed model. *Psychiatric annals*, *40(7)*, 349-355.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, *21(2)*, 173-206.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (2015). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical characterization. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 2233.

Fuchs, T. (2002). The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, *33(2)*, 223-243.

Gilbert, P. (1992). Depression: The evolution of powerlessness. Hove. *LEA*.

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, *70(2)*, 113-147.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *7(3)*, 174-189.

Grant, J. E. (2001). Successful treatment of nondelusional body dysmorphic disorder with olanzapine: a case report. *The Journal of clinical psychiatry*, *62(4)*, 297.

Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, *62(7)*, 517-522.

Grant, J. E., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Phillips, K. A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *66(3)*, 309.

Grant, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *General Hospital Psychiatry*, *28(6)*, 487-493.

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.

Grocholewski, A., Kliem, S., & Heinrichs, N. (2012). Selective attention to imagined facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body image*, *9(2)*, 261-269.

Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, *44(4)*, 270-276.

Hart, A. S., & Phillips, K. A. (2013). Symmetry concerns as a symptom of body dysmorphic disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *2(3)*, 292-298.

Hepburn, S., & Cunningham, S. (2006). Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. American *journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, *130(5)*, 569-574.

Honigman, R. J., Phillips, K. A., & Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, *113(4)*, 1229.

Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., & Simeon, D. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, *56(11)*, 1033-1039.

Hollander, E., Cohen, L. J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, *23(7)*, 359-364.

Hollander, E., Cohen, L. J., Simeon, D., Rosen, J., DeCaria, C., & Stein, D. J. (1994). Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, *14*(1), 75–77.

Jain, S., Grant, J. E., Menard, W., Cerasoli, S., & Phillips, K. A. (2004). A chart-review study of SRI continuation treatment versus discontinuation in body dysmorphic disorder. *Abstracts Natl Inst Ment Health NCDEU 44th Annu Meet, Phoenix*, 231.

Kernberg, P. F., Buhl-Nielsen, B. C., & Normandin, L. C. (2006). *Beyond the reflection: The role of the mirror paradigm in clinical practice.* Other Press.

Kittler, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2007). Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eating behaviors*, *8(1)*, 115-120.

Koblenzer, C. S. (1985). The dysmorphic syndrome. *Archives of dermatology*, *121(6)*, 780-784.

Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums*, *13(4)*, 316-322.

Knafo, H. (2016). The Development of Body Image in School-Aged Girls: A Review of the Literature from Sociocultural, Social Learning Theory, Psychoanalytic, and Attachment Theory Perspectives. *New School Psychology Bulletin*, *13(2).*

Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *22*, 100445.

Malcolm, A., Labuschagne, I., Castle, D., Terrett, G., Rendell, P. G., & Rossell, S. L. (2018). The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*(11), 1030-1049.

Meissner, W. W. (1997). The self and the body: I. The body self and the body image. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, *20(4)*, 419-448.

Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Veale, D. (2008). Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*, *5(1)*, 28-38.

Nichols, T. E., Damiano, S. R., Gregg, K., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2018). Psychological predictors of body image attitudes and concerns in young children. *Body image*, *27*, 10-20.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

Labuschagne, I., Rossell, S. L., Dunai, J., Castle, D. J., & Kyrios, M. (2013). A comparison of executive function in Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2(3)*, 257-262.

Lai, C. S., Lee, S. S., Yeh, Y. C., & Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, *26(9)*, 478-482.

Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Developmental psychology*, *42(5)*, 888.

Perugi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., Frare, F., Saettoni, M., & Cassano, G. B. (1996). Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *International Clinical Psychopharmacology*, *11(4)*, 247-254.

Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019). Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry research*, *274*, 129-137.

Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *The American journal of psychiatry*.

Phillips, K. (1995). Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *Cns Drugs*, *3(1)*, 30-40.

Phillips, K. A. (1996). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology bulletin*, *32(4)*, 597-605.

Phillips, K. A. (2002a). The obsessive-compulsive spectrums. *The Psychiatric clinics of North America*, *25(4)*, 791.

Phillips, K. A. (2002b). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS spectrums*, *7(6)*, 453-463.

Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of psychiatric research*, *38(1)*, 63-72.

Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.

Phillips, K. A. (2006). An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *International clinical psychopharmacology*, *21(3)*, 177.

Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary psychiatry*, *14(12)*, 58.

Phillips, K. A., Albertini, R. S., & Rasmussen, S. A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of general psychiatry*, *59(4)*, 381-388.

Phillips, K. A., Albertini, R. S., Siniscalchi, J. M., Khan, A., & Robinson, M. (2001). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry*, *62(9)*, 721-727.

Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2005b). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *66(6)*, 717–725.

Phillips, K. A., Dwight, M. M., & McElroy, S. L. (1998b). Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *59(4)*, 165–171.

Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *42(6)*, 504-510.

Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L., & Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *59(11)*, 568–575.

Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body image*, *5(1)*, 13-27.

Phillips, K. A., & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, *41(4)*, 229-236.

Phillips, K. A., & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *163(7)*, 1280-1282.

Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, *47(2)*, 77-87.

Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., & Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, *43(5)*, 1109-1117.

Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005a). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *46(4)*, 317-325.

Phillips, K. A., & Najjar, F. (2003). An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *64(6)*, 715-720.

Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M., & Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive–compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and anxiety*, *24(6)*, 399-409.

Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, *46(10)*, 1293-1299.

Phillips, K. A., Susan, L., McElroy, M. D., & Keck Jr, P. E. (1994). A Comparison of Delusional and Nondelusional Body Dysmorphic. *Psychopharmacology Bulletin*, *30(2)*, 179-186.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

Picavet, V. A., Gabriëls, L., Grietens, J., Jorissen, M., Prokopakis, E. P., & Hellings, P. W. (2013). Preoperative symptoms of body dysmorphic disorder determine postoperative satisfaction and quality of life in aesthetic rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*, *131(4)*, 861-868.

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & McLean, S. A. (2014). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*, *43(5)*, 814-823.

Rauch, S. L., Phillips, K. A., Segal, E., Makris, N., Shin, L. M., Whalen, P. J., ... & Kennedy, D. N. (2003). A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *122(1)*, 13-19.

Rautio, D., Jassi, A., Krebs, G., Andrén, P., Monzani, B., Gumpert, M., ... & Lundgren, T. (2020). Clinical characteristics of 172 children and adolescents with body dysmorphic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*, 1-12.

S. Ruffolo, J., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, *39(1)*, 11-19.

Sarwer, D. B., Crerand, C. E., & Magee, L. (2010). Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, *22(4)*, 445-453.

Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Müller, A., & Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry research*, *210(1)*, 242-246.

Schneider, S. C., Mond, J., Turner, C. M., & Hudson, J. L. (2017). Subthreshold body dysmorphic disorder in adolescents: Prevalence and impact. *Psychiatry Research*, *251*, 125-130.

Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *21*, 1-5.

Sjogren, M. (2019). An update on psychopharmacological treatment of Body Dysmorphic Disorder (BDD). *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, *10*(6), 228-232.

Snorrason, I., Beard, C., Christensen, K., Bjornsson, A. S., & Björgvinsson, T. (2019). Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *Journal of affective disorders*, *259*, 266-270.

Stangier, U., Adam-Schwebe, S., Müller, T., & Wolter, M. (2008). Discrimination of facial appearance stimuli in body dysmorphic disorder. *Journal of abnormal psychology*, *117(2)*, 435.

Stein, D. J., & Lochner, C. (2006). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatric Clinics*, *29(2)*, 343-351.

Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of abnormal psychology*, *103(4)*, 836.

Storch, E. A., Abramowitz, J., & Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive–compulsive disorder belong in DSM-V?. *Depression and anxiety*, *25(4)*, 336-347.

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.

Sweis, I. E., Spitz, J., Barry, D. R., & Cohen, M. (2017). A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. *Aesthetic plastic surgery*, *41(4)*, 949-954.

Tiggemann, M. (2013). O bjectification T heory: Of relevance for eating disorder researchers and clinicians?. *Clinical Psychologist*, *17(2)*, 35-45.

Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2017). Attentional biases in body dysmorphic disorder (bdd): Eye-tracking using the emotional Stroop task. *Comprehensive psychiatry*, *74*, 151-161.

Tükel, R., Tihan, A. K., & Öztürk, N. (2013). A comparison of comorbidity in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. 25, 3, 25(3), 210-216.

Veale, D. (2001). Cognitive–behavioural therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in psychiatric treatment*, *7(2)*, 125-132.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*, *1(1)*, 113-125.

Veale, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, *40(7)*, 333-340.

Veale, D., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, D., Kavouni, A., & Cardozo, L. (2014). Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty. *Psychological medicine*, *44(3)*, 555-566.

Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, *18*, 168-186.

Weingarden, H., Shaw, A. M., Phillips, K. A., & Wilhelm, S. (2018). Shame and defectiveness beliefs in treatment-seeking patients with body dysmorphic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *206*(6), 417.

Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. Guilford Press.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular cognitive–behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior therapy*, *42(4)*, 624-633.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2012). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual. *Guilford Press*.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 44(1),* 99-111.

Wingate, B. A., & Christie, M. J. (1978). Ego strength and body image in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 22(3),* 201-204.

Winnicott, D. W. (1991). *Playing and reality*. Psychology Press.

Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International journal of eating disorders, 11(1),* 85-89.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.2.8]