

# اختلال بد ریخت انگاری بدن

(راهنمای درمان)

## فهرست مطالب

درباره نویسدگان .....	۷
دیبچه .....	۹
سپاسگزاری .....	۱۱
فصل ۱ تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن .....	۱۵
فصل ۲ تاریخچه اختلال بدریخت‌انگاری بدن .....	۴۸
فصل ۳ همه‌گیرشناسی و ظهور BDD .....	۵۸
فصل ۴ توصیف آسیب‌شناسی روانی BDD .....	۷۶
فصل ۵ پوست‌کنی روان‌زاد .....	۱۱۰
فصل ۶ جنبه‌های روان‌شناختی اعمال جراحی زیبایی .....	۱۲۷
فصل ۷ عوامل خطر ساز در ایجاد BDD .....	۱۴۲
فصل ۸ جنبه‌های عصب- زیست‌شناختی BDD .....	۱۶۲
فصل ۹ مدل‌های نظری یادگیری درباره BDD .....	۱۷۴
فصل ۱۰ یک مدل شناختی- رفتاری BDD .....	۱۸۷
فصل ۱۱ شواهد مربوط به درمان شناختی- رفتاری در BDD .....	۲۰۷
فصل ۱۲ شواهد موجود در ارتباط با دارودرمانی در BDD .....	۲۱۶
فصل ۱۳ ارزیابی .....	۲۲۹
فصل ۱۴ مشارکت و فرمول‌بندی .....	۲۶۰
فصل ۱۵ مشاوره در زمینه عمل‌های زیبایی .....	۲۹۲
فصل ۱۶ بازسازی تصویر ذهنی .....	۳۰۳
فصل ۱۷ اصلاح سوگیری توجه .....	۳۱۹
فصل ۱۸ اصلاح فرآیندهای شناختی در BDD .....	۳۴۳
فصل ۱۹ رفتارهای اجتنابی، اجباری و ایمنی‌جویانه .....	۳۶۹
فصل ۲۰ تغییر ارزیابی‌ها .....	۳۸۶

۳۹۶.....	فصل ۲۱ وارونه‌سازی عادت برای پوست‌کنی روان‌زاد.....
۴۱۳.....	فصل ۲۲ فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی در مراجعان مبتلا به BDD.....
۴۲۵.....	فصل ۲۳ دارودرمانی.....
۴۳۳.....	پیوست ۱ مصاحبه‌های تشخیصی و مقیاس‌های ارزیابی.....
۴۸۳.....	پیوست ۲ فرم‌ها و برگه‌های مورد‌استفاده در طول درمان.....
۴۹۴.....	منابع.....
۵۲۳.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۵۲۵.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

## درباره نویسندگان

دیوید ویل عضو کالج روان‌پزشکی رویال، پزشک، کارشناس، کارشناس ارشد و دارای دانشنامه تخصصی یک روان‌پزشک مشاور در درمان شناختی رفتاری در جنوب لندن و بیمارستان مادلزلی، شمال لندن است. او مدرس ارشد افتخاری کالج سلطنتی روان‌پزشکی لندن است. او همچنین یک درمانگر شناختی رفتاری معتبر است و رئیس انجمن روان‌درمانگران شناختی رفتاری انگلستان از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ بود. علائق بالینی و پژوهشی او CBT برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن (BDD)، اختلال وسواس فکری عملی (OCD) و فوبی خاص استفراغ کردن<sup>۱</sup> است. او نویسنده بیش از ۷۰ مقاله داور هم‌تا<sup>\*</sup> است. او همکار نویسنده چهار کتاب خودیاری است: *غلبه بر مشکلات تن‌انگاره (شامل اختلال بدریخت‌انگاری بدن)*، *غلبه بر وسواس فکری عملی*، *غلبه بر اضطراب سلامتی و مدیریت خلق شما* (همگی توسط انتشارات رابینسون چاپ شده‌اند). او عضو انستیتو ملی گروه بالینی ممتاز (NICE) بود که راهنماهای درمانی برای OCD و BDD در بریتانیای کبیر می‌نویسند. او همچنین عضو کمیته تخصصی جراحی زیبایی بریتانیا بود. دیوید ویل سردبیر مجله تن‌انگاره<sup>۲</sup> از ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶ بود. او اکنون صاحب کرسی استادی در OCD است و همچنان یک مشاور حرفه‌ای در امور خیریه است.

فوگن نظیر اغلو، دکتری تخصصی، عضو هیئت روان‌شناسی رفتاری آمریکا (ABPP)، هیئت روان‌شناسی حرفه‌ای آمریکا (ABPP)، دارای بورس تخصصی، روان‌شناس رفتاری و بالینی، مشغول پژوهش و درمان اختلالات اضطرابی و اختلالات طیف وسواس فکری عملی است. او همکار مؤسس و مدیر بالینی انستیتو زیستی-رفتاری در گرت نک نیویورک در آمریکا، استاد روان‌شناسی دانشگاه هافسترا در لانگ آیلند، نیویورک و استاد روان‌پزشکی دانشگاه نیویورک است. او بیش از ۱۰۰ مقاله چاپ‌شده در مجلات علمی از قبیل *مجله روان‌پزشکی آمریکا*، *پژوهش و درمان رفتارها* و *مجله اختلالات اضطرابی* دارد. او نویسنده و همکار نویسنده ۱۴ کتاب است که شامل *طیف اختلالات وسواس فکری عملی: بیماری‌زایی*<sup>۳</sup> و *درمان و غلبه بر وسواس احتکار: چرا شما ذخیره می‌کنید* و چگونه می‌توانید این کار را متوقف کنید هستند. بسیاری از کتاب‌های او به زبان‌های مختلف از جمله

---

1. specific phobia of vomiting  
2. Body Image  
3. Pathogenesis

ایتالیایی، اسپانیایی و کره‌ای ترجمه شده‌اند. او در هیئت مشاوره علمی بنیاد وسواس فکری عملی در ایالات متحده آمریکا حضوری فعال دارد و در ایجاد راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی *DSM IV-TR* کمک کرده است.

## همکار نویسنده

راب ویلسون کارشناس ارشد درمانگر شناختی رفتاری است که در مطب خصوص اش کار می‌کند و دانشجوی دکتری تخصصی در BDD در انستیتو روان‌پزشکی کالج سلطنتی لندن است. او مدرس کالج گلداسمیت دانشگاه لندن است. او دارای مدرک افتخاری در روان‌شناسی است، کارشناسی ارشد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بوده و دیپلم تحصیلات تکمیلی در مطالعات اجتماعی و رفتاری سلامت دارد. او همکار ۵ کتاب خودیاری است: *غلبه بر مشکلات تن‌نگاره، غلبه بر اختلال وسواس فکری عملی، غلبه بر اضطراب سلامتی، خالق‌تان را مدیریت کنید* (که همگی توسط انتشارات رایبسون چاپ شده‌اند)؛ و *راهنمای درمان شناختی رفتاری* (چاپ‌شده توسط انتشارات وایلی).

## دیباچه

اختلال بدریخت‌انگاری بدن (BDD) در مقایسه با سایر مشکلات روانی به‌طور فوق‌العاده‌ای موردبررسی قرار گرفته است. بااین‌حال می‌تواند یکی از آشفته و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی باشد. به‌عنوان یک گروه، افراد دارای BDD نرخ بالایی از خودکشی، بستری روان‌پزشکی و بیکاری، انزوای اجتماعی و مشکلات بزرگ ارتباطی دارند. BDD به‌عنوان اختلالی نادر تلقی می‌شود، اما شواهد محافظه‌کارانه نشان از نرخ شیوع ۱/۵-۱ درصد مطابق زمینه‌یابی‌های جمعیتی این اختلال دارد. نرخ شیوع بسیار بالاتر این اختلال در بیماران بستری روان‌پزشکی و در مطب‌های جراحی زیبایی و پوست یافت شده است. در مطب‌های مرتبط با سلامت روان، این اختلال، اختلال پنهانی است و بسیاری از افراد مبتلا به دلیل شرم و ترس از برجسب خوردن در جستجوی کمک بر نمی‌آیند.

نارضایتی در خصوص ظاهر شخصی امری طبیعی است، بااین‌وجود BDD با آن نارضایتی طبیعی تفاوت دارد. شخص مبتلا به BDD دارای مشغله ذهنی در ارتباط با ظاهرش است، به‌شدت خودآگاه است و آشفتگی و ناتوانی قابل‌توجهی را تجربه می‌کند. زمانی که درنهایت افراد دارای BDD درصد کمک گرفتن از دکتر یا متخصص سلامت روان برمی‌آیند، اغلب شرمندگی زیادی در خصوص آشکار کردن نشانه‌های اصلی BDD دارند و ممکن است با نشانه‌های افسردگی، اضطراب اجتماعی یا اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه کنند (که همبودی بالایی با این اختلال دارند). شروع اختلال معمولاً در نوجوانی است، اما زمانی که اختلال پس از ۱۰ سال یا بیشتر تشخیص داده می‌شود، اغلب به شکل نامناسبی با داروهای ضدروان‌پریشی یا فقدان درمانگر و مدل درمانی مؤثر، درمان می‌شود. ما امیدواریم که کتاب راهنمای درمان، راه‌کارهایی در این خصوص ارائه کند. شواهد تجربی هم برای درمان رفتاری شناختی و هم دارودرمانی کم است، اما ما معتقدیم این کتاب به‌اندازه‌ای قوی است که یک راهنمای درمانی قابل‌ارزیابی به‌صورت کارآزمایی بالینی منتشر کند. افراد دارای BDD عموماً به‌وسیله متخصصان به‌عنوان افرادی دشوار جهت مشارکت در فرایند درمان قلمداد می‌شوند. البته که ما همه پاسخ‌ها را نداریم و درست مانند ما، شما نیز زمان‌های دشواری برای جلب مشارکت بیمارانتان در فرایند درمان خواهید داشت.

کتاب را به دو بخش تقسیم کرده‌ایم. فصول ۱ تا ۱۲ خلاصه‌ای از دانش کنونی و چشم‌اندازهای نظری دربارهٔ BDD ارائه می‌کند که به روند درمان کمک خواهد کرد. فصول ۱۳ تا ۲۳ هم جنبه‌های ارزیابی، تعامل و درمان را پوشش می‌دهند. برای جلوگیری از پراکندگی در متن فرض کرده‌ایم که در مثال‌های مطرح شده درمانگر زن و مراجع مرد است.

دیوید ویل

فوگن نظیراگلو

## سپاسگزاری

می‌خواهیم از کمک‌ها و توصیه‌های تعدادی افراد در طول این سال‌ها قدردانی کنیم، کسانی که در تفکر ما تأثیرگذار بوده‌اند یا همکاران پژوهشی ما در دو طرف اقیانوس اطلس بوده‌اند. از کاترین فیلیپس برای نقش بسزایی که در این رشته داشته تشکر ویژه می‌کنیم، دیگر کسانی که لازم است از آن‌ها تشکر کنیم به ترتیب حروف الفبا عبارت‌اند از: مارتین آنسون، آن بوکک، تام کش، الکس کلارک، دیوید ام، ماری کوپر، لویز دی هارلو، راپا ددهیا، ویندی درایدن، نل الیسون، میشل اینز، ادنا فوا، مارک فریستون، رندی فراست، پائول گیلبرت، کوین گارنی، آن هاگمن، آماریلیز هالند، پتر کیندرمن، میشل کینگ، کریستین لامبرو، هلن لوماس، ایساک مارکس، دین مککی، ساندرامالکنز، ویکتوریا الدفیلد، سلن عثمان، سانی خملائی-پاتل، سوزان رایلی، جیمز روزن، پائول سالکفسکی، دیوید سارور، مارک سرفاتی، روز شافران، فوزیا شاه، اما اسمیت، گیل استکتی، استیون تیلر، جسیکا والبورن، داریان ولز، تام ورنر، سابین ویلهلم، کاتجا وایندهیم و ژرف ولپه.

همچنین لازم است از فلوریان روتث برای ترجمه شرح BDD توسط امیل کراپلین و ناتالی سالون برای ترجمه شرح BDD توسط پیر ژانت تشکر کنیم.

در خاتمه، می‌خواهیم از والدینمان، الیزابت نیکلسون و ژزه یاریوار-تیباس که در کنار ما بودند و کمک و مشاوره بیشتری فراهم کردند تشکر کنیم.



بخش A

دانش و نظریهٔ اختلال بد ریخت‌انگاری بدن

# فصل ۱

## تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن

### خلاصه فصل

تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن (BDD) به نسبت ساده است، اما اغلب به این دلیل که متخصصان بسیار کمی سؤال ساده‌ی زیر را به‌منظور غربال‌گری می‌پرسند نادیده گرفته می‌شود. معیار کلیدی، مشغله‌ی ذهنی نسبت به یک نقص خیالی یا ناهنجاری جسمی جزئی است. این مشغله‌ی ذهنی برای فرد باید به اندازه‌ای باشد که برای او ناتوانی یا ناراحتی قابل توجهی را ایجاد کند. تشخیص اضافی اختلال هذیانی<sup>۱</sup> بر مبنای شدت اعتقاد باورهای مراجع صورت می‌گیرد و نشان‌دهنده‌ی شدت اختلال است. در BDD میزان زیادی از «هم‌ابتلایی»<sup>۲</sup> وجود دارد؛ افسردگی، هراس اجتماعی، یا اختلال وسواس فکری عملی از موارد هم‌ابتلایی BDD هستند. تشخیص افتراقی BDD در سایر اختلالات شایع مورد بحث است. رایج‌ترین تشخیص‌های مربوط به محور II عبارت‌اند از اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت پارانویید و اختلال شخصیت وسواسی-اجباری.

### بخش‌های فصل

معرفی	۱-۱
تشخیص BDD	۱-۲
مشغله‌ی ذهنی <sup>۳</sup>	۱-۳
پریشانی و ناتوانی در BDD <sup>۴</sup>	۱-۴
اقدام به خودکشی و خودکشی در BDD	۱-۵
محدودیت‌های سنی	۱-۶
اختلال هذیان	۱-۷
تشخیص‌گذاری در ICD-10	۱-۸

---

1. delusional disorder  
2. comorbidity  
3. Preoccupation  
4. Distress and handicap in BDD

تشخیص افتراقی BDD و هم‌زمانی بیماری‌ها	۱-۹
اختلالات خلقی	۱-۱۰
هراس اجتماعی	۱-۱۱
سوء مصرف الکل و مواد	۱-۱۲
اختلال وسواس فکری عملی	۱-۱۳
اختلالات خوردن	۱-۱۴
پوست‌کنی روان زاد <sup>۱</sup>	۱-۱۵
وسواس موکنی <sup>۲</sup>	۱-۱۶
سندرم ارجاع بویایی <sup>۳</sup>	۱-۱۷
اسکیزوفرنی و اختلال هذیان همراه با گزند و آسیب	۱-۱۸
اختلال هویت یکپارچگی بدن <sup>۴</sup>	۱-۱۹
تغییر بدن یا خود مثله کردن <sup>۵</sup>	۱-۲۰
هذیان کوچک شدن آلت تناسلی <sup>۶</sup> (هذیان کوچک شدن پستان)	۱-۲۱
اختلال شخصیت	۱-۲۲

## ۱-۱ معرفی

تشخیص BDD در DSM-IV نسبتاً ساده است، اما معمولاً از آن غفلت می‌شود. بیماران در محیط‌های گوناگونی حاضر می‌شوند: مطب‌های پزشکی، پوستی و جراحی زیبایی. این افراد به‌طور معمول دارای مشغله ذهنی در ارتباط با نقص‌های کوچک و جزئی یا ادراک شده بر روی صورت خود، ویژگی‌های نامتقارن<sup>۷</sup> و غیرمتجانس<sup>۸</sup>، کم‌پشت شدن موی سر، آکنه، چین و چروک، جای زخم، بیرون‌زدگی رگ‌ها، رنگ‌پریدگی و قرمز بودن رگ چهره هستند. گاهی اوقات شکایت موردنظر بسیار گنگ است یا به چیزی فراتر از درکی کلی از زشت بودن یا دیگر ویژگی‌های زیبایی‌شناسی از جمله بیش‌ازحد مردانه یا زنانه بودن ختم نمی‌شود. شایع‌ترین نگرانی‌ها در BDD راجع به صورت و به‌ویژه بینی، پوست، مو، چشم‌ها، پلک‌ها، دهان، لب‌ها، فک و چانه هستند (نظیر او غلو و یایورا-تویاس ۱۹۹۳ الف: فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویل و همکاران، ۱۹۹۶ نظیر او غلو و همکاران، ۱۹۹۹). با این حال، هر بخشی از بدن ممکن است با این بیماری در ارتباط باشد و مشغله ذهنی موردنظر اغلب بر چند بخش بدن متمرکز

---

1. Psychogenic excoriation  
 2. Trichotillomania  
 3. Olfactory reference syndrome  
 4. Body integrity identity disorder  
 5. Body modification or self - mutilation  
 6. Koro  
 7. asymmetrical  
 8. disproportionate

است (آندریسن و همکاران، ۱۹۷۷). باگذشت زمان جایگاه نقص اصلی ممکن است تغییر کند. دریکی از بزرگ‌ترین پیمایش‌هایی که با افراد مبتلا به BDD انجام شد، فیلیپس و دیاز (۱۹۹۷) دریافتند در ارتباط با جایگاه نقص جسمی، بیش از آنکه میان مردان و زنان تفاوت وجود داشته باشد، شباهت‌هایی موجود است؛ هر دو جنس بیشترین دغدغه را در ارتباط با پوست و در مرحله بعد مو و بینی خود دارند. گرچه احتمال آنکه زنان راجع به موی خود نگران باشند بیشتر است (عدم تقارن، رنگ نامناسب، پرپشت نبودن، یا موی بیش از حد در اندام‌های بدن)، اما مردان بیشتر راجع به کم‌پشت شدن یا طاسی خود نگران هستند. تفاوت‌های جنسیتی در خصوص اندازه و شکل بدن رخ می‌دهد. زنان به‌طور معمول بیشتر نگران سینه‌ها، کفل، وزن بدن و پاها هستند و بر این باورند که بیش از حد بزرگ یا چاق هستند. برعکس مردان بیشتر نگران ظاهر جسمانی خود هستند و بر این باورند که بدن آن‌ها بیش از حد کوچک یا لاغر است یا آنکه به‌اندازه کافی ماهیچه‌ای نیست. این اختلال به نام بدریخت‌انگاری ماهیچه‌ای شناخته می‌شود (پوپ و همکاران، ۲۰۰۵). علیرغم این دغدغه‌ها و نگرانی‌ها، بسیاری از این مردان به طرز غیر معمولی ماهیچه‌ای و درشت‌اندام هستند. آن‌ها ساعت‌های زیادی را صرف کار با وزنه در باشگاه کرده و توجه بسیاری دقیقی به تغذیه خود می‌کنند. دسته دیگری از این مردان به سوء مصرف داروهای آستروئیدی روی می‌آورند. یکی از تفاوت‌های حائز اهمیت دیگر جنسیتی در BDD آن است که مردان بیشتر کم‌پشت شدن موی سر و نگران درباره اندام‌های جنسی خود (به‌طور معمول این نگرانی که آلت تناسلی آن‌ها کوچک است) را گزارش می‌کنند. باین‌حال، زنان ممکن است درباره بزرگ بودن لب‌های فرج خود نگران بوده و برای کوچک کردن اندازه آن‌ها به دنبال انجام عمل زیبایی باشند (لیائو و کریگتون، ۲۰۰۷).

فیلیپس و دیاز (۱۹۹۷) خاطر نشان می‌کنند که برخی از این تفاوت‌های جنسیتی به نظر می‌رسد منعکس‌کننده موارد گزارش شده در جمعیت عمومی هستند که نشان‌دهنده این است که هنجارها و ارزش‌های فرهنگی ممکن است بر محتوای علائم BDD تأثیرگذار باشند. زنان بیشتر پوست خود را می‌کنند، نقص‌های صورت خود را با آرایش کردن مخفی می‌کنند و به‌طور هم‌زمان مبتلا به پراشتهایی عصبی هستند. مردان مبتلا به BDD به‌اندازه زنان از خدمات درمانی غیر روان‌پزشکی استفاده می‌کنند، گرچه زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از درمان‌های پزشکی و به‌ویژه خدمات دندان‌پزشکی استفاده می‌کنند. باین‌حال، مردان مبتلا به BDD به‌اندازه زنان از خدمات اعمال جراحی زیبایی استفاده می‌کنند. باین‌حال، اگر مصاحبه‌کننده راجع به علائم خاص BDD از مراجع مورد نظر سوالات لازم را نپرسد، تشخیص BDD اغلب مورد غفلت قرار خواهد گرفت، زیرا بیماران اغلب از اینکه ماهیت واقعی مشکل خود را آشکار کنند خجالت می‌کشند. این مورد به‌ویژه در مورد بیماران بستری روان‌پزشکی اتفاق می‌افتد (گرت و همکاران، ۲۰۰۲). گرت و همکاران ۱۲۲ نفر بیمار بستری را مورد بررسی قرار دادند و ۱۶ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها با استفاده از یک مصاحبه ساختاریافته، مبتلا به BDD تشخیص داده شدند. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان در این مطالعه پیش‌تر توسط پزشک معالج

خود مبتلا به BDD تشخیص داده نشده بودند. تمام ۱۶ نفر آزمودنی گزارش کردند که آن‌ها به علت خجالت کشیدن این موضوع را با پزشک خود مطرح نخواهند کرد مگر آنکه به طور واضح در این مورد از آن‌ها سؤال شود. این مطالعه اهمیت پرسیدن راجع به علائم BDD به ویژه در مورد بیماران بستری در مصاحبه‌ها و غربال‌گری‌های معمول توسط درمانگران را نشان می‌دهد.

## ۲-۱ تشخیص BDD

BDD در DSM-IV به عنوان یک اختلال جسمانی شکل تقسیم‌بندی می‌شود\* (جدول ۱-۱). شناسایی و تشخیص BDD در صورتی که درمانگر سؤالات مناسبی را مطرح کند یا از یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بهره جوید، به نسبت ساده است؛ بدین ترتیب میزان بالایی از پایایی بین ارزیابان وجود خواهد داشت.

سؤال باز پاسخ و ساده‌ای که می‌تواند در یک مصاحبه غربال‌گری مطرح شود، به صورت زیر است:

«برخی افراد زیاد درباره ظاهر خود نگران هستند. آیا شما هم از ظاهر خودتان ناراضی هستید و دوست داشتید می‌توانستید کمتر به آن فکر کنید؟»

افراد بدون آنکه سؤالات مستقیم و مشخصی در این زمینه از آن‌ها پرسیده شود، ممکن است با علائم افسردگی، هراس اجتماعی یا وسواس فکری عملی به مرکز درمانی مراجعه کنند. مراجع کنندگان درباره علائمی از جمله زل زدن به خود در آینه، بسته هستند و حرفی نمی‌زنند، احتمالاً به این علت که فکر می‌کنند اگر حرفی در این زمینه بیان کنند توسط دیگران به صورت افرادی خودخواه یا خودشیفته تلقی خواهند شد. درمانگران سؤالات صحیح و مناسبی از مراجعه‌کنندگان نمی‌پرسند، احتمالاً به این علت که BDD را یک اختلال نادر پنداشته و بر این باورند که نگرانی و دغدغه مراجعان راجع به ظاهرشان بخشی از یک اختلال دیگر از جمله افسردگی است.

البته ابزارها و مقیاس‌های غربال‌گری اعتباریابی شده‌ای برای ارزیابی BDD وجود دارد. پرسشنامه اختلال بد ریخت‌انگاری بدن (فیلیپس، ۱۹۹۶ الف) یک ابزار تشخیصی خود-گزارشی مختصر و ساده است. این پرسشنامه از حساسیت و دقت خاصی برای تشخیص BDD در محیط سرپایی و بستری (گرنٹ و همکاران، ۲۰۰۱) و در بخش‌ها و مطب‌های مربوط به پوست (دوفرسن و همکاران، ۲۰۰۱) برخوردار است. کش و همکاران (۲۰۰۴) این پرسشنامه غربال‌گری را به یک مقیاس رسمی تبدیل کرده‌اند، گرچه نقطه برشی برای غربال‌گری در نظر گرفته نشده است. کش (از طریق رابطه شخصی) در یک مطالعه مقدماتی دریافت اگر نمره میانگین پرسشنامه ۷ گویه‌ای اشکال در تن‌انگاره (BIDQ) بزرگ‌تر یا مساوی نمره کل ۲۱ باشد، ۹۸ درصد از افراد مبتلا به BDD را شناسایی خواهد

\* لازم به ذکر است که اختلال بد ریخت‌انگاری بدن در DSM-5 در طبقه اختلالات طیف وسواس قرار می‌گیرد که عبارت‌اند از اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، اختلال احتکار، اختلال وسواس موکنی و اختلال وسواس پوست‌کنی (مترجم).

**جدول ۱-۱: ملاک‌های تشخیصی برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن (DSM-IV)**

۱. نگرانی و مشغله ذهنی راجع به یک نقص تصور شده در ظاهر فرد. اگر هم نقص جسمی جزئی یا کوچکی وجود داشته باشد، دغدغه و نگرانی فرد در مورد آن به شدت افراطی است.
۲. مشغله ذهنی موردنظر باعث ایجاد ناراحتی قابل توجه بالینی شده و در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های بااهمیت مشکل ایجاد می‌کند.
۳. مشغله ذهنی موردنظر نمی‌تواند توسط یک اختلال روانی دیگر به صورت کامل‌تر و بهتر توصیف شود (به طور مثال، نارضایتی از شکل و اندازه بدن در بی‌اشتهایی عصبی).

کرد، درحالی‌که این درصد برای گروه گواه روان‌پزشکی بالینی تنها ۱۰ درصد، برای بیماران در جستجوی درمان چاقی ۲۶ درصد و برای بیماران دچار اختلالات خوردن ۶۷ درصد بود. در میان اعضا بهنجار گروه گواه (دانشجویان)، تنها ۶ درصد از آن‌ها با داشتن نمره ۲۱ یا بالاتر مبتلا به BDD تشخیص داده شدند. پرسشنامه‌های خود گزارشی و مصاحبه‌های تشخیصی در ضمیمه یک کتاب آمده‌اند. یک ابزار تشخیصی کوتاه که توسط درمانگر اجرا می‌شود و ماژول BDD نامیده می‌شود نیز از «پایایی ارزیاب‌ها»ی مناسبی برخوردار است (فیلیپس، ۱۹۹۶a). هر یک از ملاک‌های ۳ گانه اصلی برای تشخیص BDD در بخش بعد موردبررسی قرار گرفته‌اند.

### ۳-۱ مشغله ذهنی<sup>۱</sup>

سنگ بنای تشخیص BDD وجود مشغله ذهنی یا نگرانی بیمار راجع به یک نقص جزئی یا تصور شده در ظاهر است. فیلیپس (۱۹۹۶ الف) پیشنهاد می‌کند که برای برآورده شدن ملاک اول، دغدغه ذهنی یا نگرانی موردنظر باید روزانه دست کم به مدت ۱ ساعت ذهن بیمار را به خود درگیر کند. گرچه این آستانه ممکن است برای برخی افراد در جستجوی جراحی زیبایی علاقه‌مند به افزایش زیبایی خود (آن‌هایی که فاقد «نقص» هستند) بسیار کم باشد و دیگر معیارها از جمله ناراحتی قابل توجه ممکن است به سادگی در این شرایط مصداق نداشته باشد، این پیشنهاد فیلیپس را می‌پذیریم. بیشتر بیماران مبتلا به BDD در کلینیک روان‌پزشکی می‌گویند که بیش از حد نسبت به ظاهرشان خودآگاه بوده و مراقب آن هستند؛ اما بیمارانی نیز هستند که با مخفی کردن علائم خود و با استفاده از لباس می‌توانند از دیده شدن ویژگی‌های نامطلوب خود توسط دیگران اجتناب کنند و بنابراین مشغله ذهنی و نگرانی چندانی ندارند. البته این افراد اگر از پوشش و اختفای کافی برخوردار نبودند، به شدت ناراحت می‌شدند. این بیماران ممکن است به طور کلی از صمیمی شدن با دیگران یا نشان دادن بدن خود در اتاق پرو یا هنگام شنا کردن اجتناب کنند. یک مشکل دیگر در مطابقت با این ملاک (در ارتباط با مشغله ذهنی) سوء مصرف موادی چون حشیش یا الکل است که می‌تواند مانع از فکر کردن مراجع به

ظاهر خود شود. افراد مبتلای دیگری نیز هستند که ممکن است مشغله ذهنی و نگرانی کمتری داشته باشند، زیرا میزان اجتناب یا دوری‌گزینی در آن‌ها بالا است و عمدتاً خانه‌نشین هستند و زمان زیادی را صرف خوابیدن، تماشای تلویزیون یا گشت‌وگذار در اینترنت می‌کنند. بسیاری از این مراجعان ممکن است به جای مشغله ذهنی و نگرانی قابل توجه، به علت ظاهر خود افسرده باشند و نمرات پایینی در مقیاس‌های استاندارد BDD کسب کنند.

در فصل چهار به ماهیت و ویژگی‌های مشغله ذهنی خواهیم پرداخت، اما به نظر می‌رسد مشغله ذهنی از عوامل زیر تشکیل شده است: توجه افراطی و متمرکز بر خود راجع به تن‌انگاره و نشخوار ذهنی و مقایسه ویژگی‌های جسمی با بدن دیگران. تغییر دادن دستور کار و تلاش برای تعریف مسئله به این صورت که مشکل موردنظر باید به‌عنوان یک نگرانی یا فکر مفراط راجع به ظاهر خود حل شود، در فرایند درمان مورد تأکید هستند. مشغله ذهنی اغلب مکان‌های چندگانه‌ای را در بدن درگیر می‌کند و ممکن است باگذشت زمان در اندازه آن تغییر ایجاد شده و یا از منطقه‌ای از بدن به منطقه دیگری تغییر یابد.

اصطلاح *نقص خیالی*<sup>۱</sup> در ملاک‌های تشخیصی می‌تواند مشکل‌ساز باشد. این اصطلاح را به چندین دلیل نباید در مورد مراجعان خود به‌کارگیریم. نخست آنکه، نقص یا نقایص موردنظر برای فرد موردنظر بسیار واقعی است و اگر به مراجع بگوییم که او «نقص خیالی» دارد، ما را در فرایند همگام‌سازی مراجع با فرایند درمان یا اصطلاحاً پیمان‌درمانی<sup>۲</sup> مراجع و درمانگر یاری نمی‌کند. دوم آنکه، قضاوت‌های زیبایی‌شناسی تا حدی به استانداردهای زیبایی‌شناسی فردی مربوط هستند و شواهدی موجود است که نشان می‌دهد مراجعان مبتلا به BDD ممکن است به لحاظ زیبایی‌شناسی از حد متوسط حساس‌تر باشند و سوگیری مثبت جانب‌دارانه به نفع خود در قضاوت راجع به زیبایی خود را از دست داده باشند. در بخش‌های بعد به پدیدارشناسی «نقص خیالی» خواهیم پرداخت، اما از نظر روان‌شناختی می‌توان آن را به‌صورت زیر توصیف کرد: توجه بیش‌ازحد متمرکز بر خود بر «احساس یا درکی شخصی» از ظاهر خود که با تجارب گذشته آمیخته شده و اکنون به‌صورت واقعیت جاری درآمده است.

این ملاک همچنین اگر «ناهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد و دغدغه و نگرانی فرد به‌شدت افراطی قلمداد شود» نیز برآورده شده است. در عمل این ملاک بدان معنا است که ویژگی یا ویژگی‌های موردنظر یا به‌اندازه کافی برای دیگران قابل توجه نیستند یا آنکه بسیاری از افراد دیگر نیز همان ویژگی یا ویژگی‌ها را دارند. باین‌حال، برای برخی از افراد مبتلا به BDD مهم نیست که آیا ویژگی موردنظر برای دیگران قابل توجه است یا خیر؟ بلکه به‌طور معمول تنفر عمیقی از ویژگی یا ویژگی‌های خاصی (در مورد خود) دارند. در بخش بعد به درکی روان‌شناختی از عدم تطابق میان

1. imagined defect  
2. therapeutic alliance

ارزیابی زیبایی‌شناسی انجام‌شده توسط فرد مبتلا به BDD و ارزیابی صورت گرفته توسط درمانگران و خویشاوندان خواهیم پرداخت.

اصطلاح ناهنجاری جسمی جزئی شامل تفاوت‌های معمول در خصوصیتی است (از جمله کک‌ومک، اندازه کوچک سینه، طاسی سر) که ممکن است قابل توجه باشند، اما در مقایسه با همسالان چندان نابهنجار نیستند. مشخصاً محدوده‌ای بینابینی میان افرادی که نقص جسمی جزئی دارند و افرادی که نقص جسمی متوسطی دارند و هم‌زمان ممکن است با دیگر ملاک‌های تشخیصی از جمله داشتن مشغله ذهنی بیش‌ازحد، ناراحتی بسیار قابل توجه و یا ناتوان‌کننده مطابقت داشته باشند وجود دارد. رایج‌ترین مثال زنانی هستند که سینه آن‌ها کوچک (A) و زنانی که سینه آن‌ها بسیار کوچک (AA) است؛ فردی که مقدار زیادی از وزن خود را ازدست‌داده است و تاخوردگی‌های بسیار زیادی بر روی پوست خود دارد؛ یا فردی که جثه بسیار کوچکی دارد. چنین افرادی ممکن است نسبت به این موضوع خودآگاهی بسیار زیادی داشته باشند، در صمیمی شدن با دیگران تا حد زیادی اجتنابی باشند و یا به خاطر ظاهر خود مسخره شده باشند. گرچه می‌توان استدلال کرد که این موارد ناهنجاری‌هایی جزئی یا گوناگونی‌های بهنجار در ظاهر بدن هستند، اما به‌طور معمول این مراجعان را به‌عنوان افرادی که دارای یک نقص خیالی یا جزئی هستند - که یکی از ملاک‌های BDD است - در نظر نمی‌گیریم. برای پیچیده‌تر شدن موضوع می‌توان مراجعی را تصور کرد که ممکن است یک یا دو ویژگی داشته باشد که به‌عنوان ناهنجاری‌های جسمی متوسطی که قابل توجه هستند در نظر گرفته شود و از آن‌سو ناهنجاری‌هایی داشته باشد که «خیالی» یا جزئی هستند.

به‌طور جایگزین یک خصیصه (برای مثال لکه پوستی) ممکن است در صورتی که توجه شما توسط مراجع به آن جلب شود یا آنکه از فاصله نزدیکی به آن نگاه کنید و استانداردهای زیبایی‌شناسی خود را بالا ببرید قابل به‌نظر برسد. در چنین شرایطی، فرد حتی ممکن است اذعان کند که نقص پوستی او (به‌ویژه اگر پوشانده شده است) برای فرد غریبه‌ای که در خیابان از کنار او عبور می‌کند مشخص نیست، بلکه تنها در یک رابطه صمیمانه یا اگر فرد غریبه‌ای به او بسیار نزدیک شود، احساس خودآگاهی فراوانی را تجربه خواهد کرد. برای فائق آمدن بر برخی از دشواری‌های موجود در ارتباط با یک نقص خیالی یا یک ناهنجاری جسمی جزئی، ممکن است بهتر باشد ملاک‌های BDD در نسخه بعدی راهنمای تشخیصی ما یعنی DSM-V به‌صورت زیر اصلاح شود: «مشغله ذهنی با بیش از یک خصیصه در ظاهر شخص که هم به‌طور معنی‌دار قابل توجه نیست و هم برای دیگران نابهنجار نیست». بیشتر مراجعان مبتلا به BDD اذعان می‌کنند که بدریخت نیستند، اما خودشان باور دارند که زشت یا خیلی زننده هستند. برخی مراجعان ممکن است نه‌تنها به یک نقص، بلکه نسبت به یک یا بیش از یک خصیصه که کامل، «درست» یا برابر نیستند مشغله ذهنی داشته باشند. آن‌ها ممکن است بپذیرند که برای دیگران عادی به نظر می‌رسند اما نسبت به خودانزجاری مشغله ذهنی دارند. یکی از گونه‌های دیگر این مشکل، تنفر از نژاد خود و میل به تغییر به نژادی دیگر است.



گاهی فرد ممکن است به علت ویژگی‌هایی که در طول زمان بدتر شده‌اند نیز مشغله ذهنی را تجربه کند (به طور مثال یک تغییر واقعی پس از انجام عمل جراحی زیبایی)؛ بنابراین او ممکن است بپذیرد که نقصش احتمالاً چندان قابل توجه یا نابهنجار نیست، اما بر این باور است که ویژگی موردنظر بدتر شده است؛ بنابراین او ممکن است به طور مکرر خود را با عکس‌های قدیمی‌اش مقایسه کند و از مواجهه با افرادی که آخرین بار پیش از تغییر او را دیده‌اند بترسد. گاهی فرد به دلیل خصیصه‌ای که نمی‌تواند آن را به‌سادگی تبیین کند (برای مثال پس از تجربه مواد) یا تجربه سایکوز دچار مشغله ذهنی خواهد شد؛ بنابراین تنوع بسیاری در ارتباط با محتوای علائم موجود وجود دارد که در فصل چهارم به آن‌ها خواهیم پرداخت. با این حال، تمام افراد مبتلا به BDD مشغله ذهنی مشترکی را راجع به یک یا چند مورد از ویژگی‌های ظاهری خود تجربه می‌کنند که دیگران این تجربه را ندارند و این تجربه برای آن‌ها مفرط، بسیار آزاردهنده و یا ناتوان‌کننده است. به‌ندرت یک فرد مشغله ذهنی افراطی با نقایص خیالی افراد دیگر از قبیل همسر یا خویشاوند نزدیک دارد. این پدیده، «BDD و کالتی<sup>۱</sup>» نامیده شده است (جوزف سون و هولاندر، ۱۹۹۷؛ لافارنه و همکاران، ۱۹۹۸؛ عطی‌الله و فیلیپس، ۲۰۰۱).

#### ۴-۱ پریشانی و ناتوانی<sup>۲</sup> در BDD

ملاک دوم برای تشخیص BDD این است که مشغله ذهنی موردنظر باید باعث ایجاد ناراحتی یا ناتوانی قابل توجهی شود. تلاش برای عملیاتی کردن این ملاک‌ها می‌تواند مشکل‌ساز باشد، گرچه این مسئله برای بیشتر اختلال‌های موجود در DSM-IV مصداق دارد.

این ملاک به‌طور معمول کمک می‌کند تا میان «نارضایتی» از ظاهر خود (به‌ویژه در طول دوران نوجوانی) و تشخیص BDD تمایز قائل شویم. نارضایتی از بدن مسئله‌ای بسیار شایع است (فیتس و همکاران، ۱۹۸۹؛ کاستلنو-تداسکو، ۱۹۹۲). مطالعات، نرخ بالاتر از ۵۰ درصد از کل جمعیت را به‌ویژه در حین نوجوانی در این باره گزارش کرده‌اند. هرچند، BDD در منتهی‌الیه نارضایتی منجر به پریشانی و ناتوانی قابل توجه قرار دارد. این موضوع به‌طور معمول در جمعیت بالینی مصداق ندارد. شواهد برگرفته از مطالعه‌ای با استفاده از مقیاس عمومی کیفیت زندگی (نسخه کوتاه زمینه‌یابی سلامت، SF-36) در ۶۲ بیمار سرپایی BDD درجه‌ای از ناراحتی را مشخص کرده است که از افسردگی، دیابت، یا انفارکتوس قلبی بدتر بود (فیلیپس، ۲۰۰۰). نکته قابل توجه این است که سنجش کیفیت زندگی توسط علائم همبود افسردگی قابل تبیین نیست. هرابوسکی و همکاران (۲۰۰۹) همچنین دریافتند که افراد مبتلا به BDD در مقایسه با افرادی که دچار اختلالات خوردن هستند در مقیاس کیفیت زندگی تن‌انگاره<sup>۳</sup>، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.

1. BDD by proxy  
2. Distress and Handicap  
3. Body Image Quality of Life

در انتهای خفیف‌تر طیف BDD برخی مراجعان با تلاش و ناراحتی فراوان به زندگی خود ادامه می‌دهند، اما از حیث عملکرد شغلی یا تحصیلی دچار مشکل هستند. تمرکز و انگیزه آن‌ها به علت خودآگاهی مفرط می‌تواند دچار نقص شود. رفتارهای وقت‌گیری از جمله زل زدن به خود در آینه و اصلاح و مرتب کردن سروصورت به طرز افراط‌گونه عملکرد آن‌ها را دچار نقص کرده و باعث می‌شود این افراد دیر به سرکار خود برسند. با این حال، بیماران مبتلا به BDD بیشتر بیکار هستند (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) و یا ترک تحصیل می‌کنند (آلبرتینی و فیلیپس، ۱۹۹۹).

افراد مبتلا به BDD ممکن است دوستان بسیار کمی داشته باشند و یا هیچ خطرپذیری‌ای در موقعیت‌های اجتماعی از خود نشان ندهند. این افراد به‌طور معمول از مکان‌هایی که تصور می‌کنند در آن‌ها مورد ارزیابی منفی قرار خواهند گرفت از جمله استخر، ساحل، اتاق‌های پروی عمومی، یا باشگاه بدن‌سازی اجتناب می‌کنند. در موقعیت‌های اجتماعی این افراد با احتمال بیشتر و مشابه با افراد مبتلا به هراس اجتماعی، از الکل یا مواد مخدر یا دیگر رفتارهای ایمنی‌جویانه استفاده می‌کنند. این افراد به احتمال زیادی از قرار گذاشتن اجتناب می‌کنند و اغلب به علت بحث‌و جدل و حسادت در رابطه خود، مجرد، یا مطلقه زندگی می‌کنند: ویل و همکاران (۱۹۹۶) دریافتند که ۷۴ درصد از یک نمونه ۵۰ نفری از بیماران BDD مجرد یا مطلقه بودند. در درجات شدید طیف موردنظر، بیماران ممکن است دست به خودکشی بزنند یا در بیمارستان بستری شوند، کار خود را متوقف کنند، به تحصیل تمام‌وقت خود ادامه ندهند، خانه‌نشین شوند، از تمام تعاملات اجتماعی اجتناب کنند و اینکه نهایتاً به‌طور کلی به علت BDD خود از جامعه جدا و منزوی شوند.

آخرین ملاک تشخیصی در DSM-IV خاطر نشان می‌کند که مشغله ذهنی موردنظر نباید بتواند با اختلال روانی دیگری به شکل بهتر توصیف شود (به‌طور مثال نارضایتی از شکل و اندازه بدن در بی‌اشتهایی عصبی). این موضوع را با جزئیات بیشتر در هر یک از تشخیص‌های هم‌زمان ذیل موردبررسی قرار خواهیم داد.

## ۵-۱ اقدام به خودکشی و خودکشی در BDD

نشانه‌هایی از نرخ بالای اقدام به خودکشی در بررسی‌های اولیه (فیلیپس، ۱۹۹۱؛ فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) یافت شده و ویل و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند که ۲۵ تا ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به BDD در کلینیک‌های روان‌پزشکی سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. در بزرگ‌ترین نمونه‌ای که از آن زمان تاکنون موردبررسی قرار گرفته است، فیلیپس و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند که ۷۸ درصد از نمونه ۲۰۰ نفری مبتلایان به BDD همیشه فکر خودکشی را در سر داشته‌اند و ۲۷/۵ درصد از آن‌ها اقدام به خودکشی کرده بودند. BDD به‌عنوان اولین دلیل داشتن افکار خودکشی در ۷۰/۵ درصد از افرادی با سابقه افکار خودکشی و تقریباً نیمی از آزمودنی‌هایی که سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشته‌اند، گزارش شده است. فکر خودکشی و اقدام به خودکشی هر دو با آسیب کارکردی ناشی از BDD،

اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرتبط هستند. علاوه بر این، آزمودنی‌هایی که فکر یا اقدام به خودکشی را تجربه کرده بودند، اغلب علائم مربوط به BDD خود را با درمانگران خود در میان نمی‌گذاشتند.

فیلیپس و منارد (۲۰۰۶) با استفاده از یک نمونه آماری واحد توانستند یک مطالعه آینده‌نگر را با استفاده از ۱۸۵ آزمودنی تا حدود ۴ سال به انجام برسانند (میانگین ۲/۱ و انحراف استاندارد ۸/۰). افکار خودکشی در ۵۶/۷ درصد از آزمودنی‌ها در هر سال و ۲/۸ درصد اقدام به خودکشی در هر سال گزارش شد. این ارقام حدود ۱۰ تا ۲۵ برابر بزرگتر از ارقام مربوط به جمعیت ایالات متحده هستند. دو آزمودنی خودکشی خود را به فرجام رساندند (۰/۳ درصد در سال) که ۴ تا ۱۳ برابر بیشتر از ارقام مربوط به جمعیت ایالات متحده است. این یافته‌ها مقدماتی هستند، اما نشان می‌دهند که خودکشی در مبتلایان BDD به میزان قابل توجهی بالا است. نهایتاً در مطالعه‌ای که بر روی تعدادی از بیماران پوستی که اقدام به خودکشی کرده بودند انجام شد، کوتریل (۱۹۸۱) دریافت که بیشتر آزمودنی‌ها به BDD یا آکنه مبتلا بودند؛ البته مورد اول ممکن است در واقع آشکارساز مورد دوم بوده باشد.

## ۶-۱ محدودیت‌های سنی

هیچ محدودیت سنی در ارتباط با تشخیص BDD وجود ندارد. به‌طور کلی، BDD در کودکان شایع نیست و آغاز این بیماری به‌طور معمول در سنین نوجوانی است. ویژگی‌های بالینی BDD دوران نوجوانی مشابه با ویژگی‌های این بیماری در زمان بزرگسالی هستند (آلبرتینی و فیلیپس، ۱۹۹۹). گرچه سن آغاز BDD در افراد بزرگسال در اواخر سنین نوجوانی آن‌ها است (فیلیپس، ۱۹۹۱)، بیماری این افراد به‌طور معمول ۱۵ سال دیرتر تشخیص داده می‌شود (ویل و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیپس و دیاز، ۱۹۹۷).

## ۷-۱ اختلال هذیان

باورهای راجع به ظاهر شخصی (به‌طور مثال این جمله که «پوست من چروک خورده و پف‌کرده است»)، زمانی در DSM-IV به‌عنوان فکر بیش‌بهاده‌شده<sup>۱</sup> در نظر گرفته می‌شود که با بینش ضعیفی همراه باشد؛ و یا زمانی هذیانی نامیده می‌شود که با هیچ بینشی همراه نیست. DSM-IV اجازه می‌دهد که BDD را بر اساس قوت و استحکام باورها و اینکه آیا تشخیص هم‌زمانی مبنی بر احتمال هذیان وجود دارد یا خیر تقسیم‌بندی کنیم. باور موردنظر باید عجیب و غریب به نظر نرسد و دست‌کم به مدت ۱ ماه طول بکشد. البته باید اسکیزوفرنی یا آثار مستقیم فیزیولوژیک مصرف مواد را نیز به‌عنوان ملاک

1. overvalued idea

خروج در نظر گرفت. پیشینه پژوهشی قدیمی تر گنج‌کننده است، زیرا در گذشته اختلال هذیان «سایکوز خودبیمارانگاری تک علامتی»<sup>۱</sup> نامیده می‌شد (مونرو و استوارت، ۱۹۹۱) و شامل هذیان‌هایی راجع به بوی بدن («سندرم ارجاع بویایی») یا هذیان‌های بدشکلی بود.

یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته مانند مقیاس افکار بیش‌بهاداده‌شده<sup>۲</sup> (OVIS) (نظیر اوغلو و همکاران، ۱۹۹۹) یا مقیاس ارزیابی باورهای براون<sup>۳</sup> (BABS) (ایسن و همکاران، ۱۹۹۸) (نگاه کنید به ضمیمه ۱) ممکن است برای ارزیابی قوت و استحکام باورها و اینکه آیا تشخیص هم‌زمان اختلال هذیان نیز وجود دارد یا خیر به کار رود. تشخیص اختلال هذیان به طور هم‌زمان معمولاً نشانگر شدت ناراحتی و ناتوانی تجربه‌شده توسط فرد مبتلا است.

اعتبار و مفید بودن تشخیص هم‌زمان اختلال هذیان به چند دلیل قابل تردید است. فیلیپس و همکاران (۱۹۹۴) در ابتدا تفاوتی میان ویژگی‌های بیماران BDD هذیانی و غیرهذیانی نیافتند. علاوه بر این بیماران هذیانی درست مانند بیماران غیرهذیانی به داروهای SSIR (بازدارنده اختصاصی باز جذب سروتونین) (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۸؛ ۲۰۰۲) واکنش نشان می‌دهند. فیلیپس، منارد، پاگانو و همکاران (۲۰۰۶) گونه‌های<sup>۴</sup> هذیانی و غیرهذیانی را در ۱۹۱ آزمودنی دارای BDD مقایسه کردند. افراد مبتلا به BDD و اختلال هذیان از حیث اغلب متغیرها از جمله بیشتر خصیصه‌های جمعیت شناختی، ویژگی‌های BDD، نمرات کسب‌شده در مقیاس‌های اختلال در کارکرد و کیفیت زندگی، هم‌ابتلائی بیماری‌ها و تاریخچه خانوادگی با افراد مبتلا به BDD غیر هذیانی مشابه بودند. با این حال، آزمودنی‌های مبتلا به هذیان به میزان قابل توجهی دستاوردهای تحصیلی کمتری داشتند، احتمال اقدام به خودکشی در آن‌ها بیشتر بود، نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های کارکرد اجتماعی کسب کردند، بیشتر به سو مصرف یا وابستگی به مواد دچار بودند، به احتمال کمتری خدمات درمانی سلامت روان را دریافت می‌کردند و علائم BDD شدیدتری داشتند. با این حال، هنگامی که شدت علائم BDD در این مطالعه کنترل شد، هر دو گروه تنها از حیث دستاوردهای تحصیلی با یکدیگر متفاوت بودند. نتیجه‌گیری حاصله از تمام مطالعات فوق این بود که دو گونه هذیانی و غیرهذیانی BDD بیش از آنکه از یکدیگر متفاوت باشند، با یکدیگر مشابه هستند، گرچه برخی از مقیاس‌ها آزمودنی‌های مبتلا به هذیان مرگ‌ومیر بالاتری را شاهد بودند که دلیل آن نیز می‌توانست علائم شدیدتر BDD در آن‌ها باشد.

هیچ داده‌ای از کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی (RCTs) راجع به اینکه آیا بیماران دارای BDD از نوع مبتلا به هذیان یا از نوع غیر مبتلا به هذیان به طور مشابهی به درمان شناختی رفتاری (CBT) پاسخ می‌دهند یا خیر، در اختیار نداریم. بیماران مبتلا به BDD نه تنها به علت ویژگی‌های واقعی

1. monosymptomatic hypochondriacal psychosis

2. Overvalued Ideas Scale

3. Brown Assessment of Beliefs

4. variants