

Comparison of Body Dysmorphic Metacognition based on the Personality Dimensions between Two Behavioral Activation and -Inhibition Systems in Adolescents

Amiri S.* *PhD*, Rafiei Z.¹ *MSc*, Azad-Marzabadi E.² *PhD*

*Psychology Department, Literature & Human Sciences Faculty, Urmia University, Urmia, Iran

¹Psychology Department, Literature & Human Sciences Faculty, Urmia University, Urmia, Iran

²Behavioral Sciences Research Center, Baqiatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Changes in adolescence stage, which is the most critical periods of life, predispose the adolescents towards various psychological problems. The purpose of this study was to evaluate the meta-cognitive aspects of body dysmorphic based on personality dimensions between Behavioral Activation System (BAS) and Behavioral Inhibition System (BIS) in adolescents.

Instrument & Methods: In this retrospective (causal/comparative) descriptive study in 2015, 60 male and female high school students of Arak City, Iran, were selected by multistage cluster sampling method. Samples were assigned to 4 groups of 15 individuals according to their standard scores in brain/behavior systems scale; High Behavioral Activation System (HBAS), Low Behavioral Activation System (LBAS), High Behavioral Inhibition System (HBIS) and Low Behavioral Inhibition System (LBIS). The body dysmorphic questionnaire was filled by all participants. Data were analyzed by multivariate analysis of variance, univariate analysis of variance and Scheffe tests.

Findings: There were significant differences among 4 groups' scores in metacognitive physical deformity ($p < 0.001$); in metacognitive control strategies, the LBIS group had the lowest score in comparison with the other personality groups. In materialization of the minds of people, the LBIS personality group's score was lower in comparison with the HBIS and LBAS groups. The HBAS group had higher scores in positive and negative metacognitive beliefs and the HBIS group had higher score in safety behaviors ($p < 0.05$).

Conclusion: Physical deformities metacognitive are affected by personality dimensions in both behavioral activation and inhibition systems.

Keywords

Body Dysmorphic Disorders [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68057215>];

Metacognition [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/2009719>];

Behavioral Inhibition System [Not in MeSH];

Behavioral Activation System [Not in MeSH]

* Corresponding Author

Tel: -

Fax: -

Address: Psychology Department, Literature & Human Sciences Faculty, Urmia University, Valfajr Street, Urmia, Iran

amirysohrab@yahoo.com

Received: December 20, 2016

Accepted: April 8, 2017

ePublished: July 22, 2017

مقایسه فراشناخت بدشکلی بدنی بر اساس ابعاد شخصیتی میان دو سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری در نوجوانان

سهراب امیری^{*} PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

زهرا رفیعی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

اسفندیار آزاد مرزآبادی PhD

مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: تحولات دوره نوجوانی که از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی است، نوجوانان را مستعد گرایش به سمت مشکلات روان‌شناختی گوناگون می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدنی براساس ابعاد شخصیتی بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری در نوجوانان بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی از نوع پس‌رویدادی (علی/مقایسه‌ای) در سال ۱۳۹۴، ۶۰ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع متوسطه سطح شهر اراک به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه‌ها با توجه به نمرات استاندارد در مقیاس سیستم‌های مغزی/رفتاری در ۴ گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند؛ سیستم فعال‌ساز رفتاری بالا (HBAS)، سیستم فعال‌ساز رفتاری پایین (LBAS)، سیستم بازداری رفتاری بالا (HBIS) و سیستم بازداری رفتاری پایین (LBIS). سپس پرسش‌نامه بدشکلی بدنی در اختیار آنان قرار داده شد تا پاسخ دهند. داده‌ها توسط آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیره، تحلیل واریانس تک‌متغیره و تعقیبی شفه تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات ۴ گروه در ابعاد فراشناخت بدشکلی بدنی تفاوت معنی‌داری را با یکدیگر نشان دادند ($p < 0.001$): در مولفه راهبردهای کنترل فراشناختی، گروه LBIS در مقایسه با گروه‌های شخصیتی دیگر نمره پایین‌تری داشت. در مولفه عینیت‌بخشیدن به افکار افراد، گروه شخصیتی LBIS در مقایسه با گروه‌های LBAS و HBIS نمره پایین‌تری را به دست آوردند. در مولفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی، گروه HBAS و در مولفه رفتارهای ایمنی گروه HBIS نمره بالاتری داشتند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: فراشناخت بدشکلی بدنی تحت تاثیر صفات شخصیتی در هر دو سیستم فعال‌ساز رفتاری و بازداری رفتاری قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات بدشکلی بدنی، فراشناخت، سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعال‌ساز رفتاری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹

*نویسنده مسئول، amirysohrab@yahoo.com

مقدمه

دوره نوجوانی به‌عنوان دوره بحرانی در شکل‌گیری آسیب‌های روانی مشخص شده است که انتقال‌های زیادی شامل تغییر در محیط اجتماعی و بلوغ را شامل می‌شود. این تغییرات رشدی سریع، در کنار سایر استرس‌های معمول آغاز آسیب‌های روانی را تسریع می‌کند^[1]. همچنین این دوره به‌واسطه تغییرات بلوغ و افزایش اهمیت تصویر بدنی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های رشد روان‌شناختی مشخص می‌شود^[2]. تصویر بدنی شامل الگوهایی از افکار، نگرش‌ها، هیجان‌ها و رفتارها است که ممکن است مثبت یا خنثی باشند که به‌میزان زیادی روی آسفتگی و اشتغال به وزن و ظاهر بدنی تمرکز کرده و برای برخی افراد می‌تواند منشا آسفتگی شدید شوند^[3].

تصویر بدنی منفی شامل اختلال بدشکلی بدنی (BDD) است^[4]. افراد با اختلال بدشکلی بدنی با نقص تصویری در ظاهر فیزیکی‌شان مشغول هستند. همچنین به‌منظور تشخیص اختلال بدشکلی بدنی، این افراد باید به‌لحاظ بالینی پریشانی یا اختلال معنی‌دار در ابعاد اجتماعی، شغلی یا سایر حیطه‌های مهم زندگی را تجربه کنند^[5]. افراد با BDD از اشتغال ذهنی با نقایص یا عیوب در ظاهرشان که غالباً حمایت عینی از آنها وجود ندارد رنج می‌برند. اگر تنها نقص کوچکی وجود داشته باشد، اشتغال ذهنی آنها به این نقص اغراق‌آمیز است. تمرکز عمده روی بینی، موها یا پوست است، اما همچنین ممکن است بیش از یک قسمت بدن را شامل شود^[6]. مبتلایان به BDD اغلب الگوهای رفتاری تکراری و طولانی‌مدت مانند تلاش برای پنهان‌کردن نقص تصویری خود با استفاده از لباس‌ها یا آرایش انجام می‌دهند و به‌طور مکرر ظاهر خود را در آینه و سطوح بازتابنده کنترل می‌کنند^[6]. فرض می‌شود که BDD واکنشی آسیب‌شناختی نسبت به تغییرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی باشد که در دوران بلوغ و به‌ویژه نوجوانی روی می‌دهد^[7] که در اغلب فعالیت‌های مدرسه‌ای و اجتماعی تداخل ایجاد کرده و می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شود^[8].

بسیاری از مبتلایان به BDD از اختلالات همبود شامل افسردگی اساسی (۷۴/۵٪)، فوبی اجتماعی (۳۸/۵٪) و اختلال وسواسی-اجباری (۳۳/۰٪) رنج می‌برند^[6]. این افراد که مشکلاتی با تصویر بدنی دارند، کیفیت زندگی پایین و نرخ بالای اندیشه‌پردازی خودکشی دارند^[6]. بنابراین BDD شرایط پریشان‌کننده‌ای است که می‌تواند منجر به اختلال شدید در کارکردهای اجتماعی و شغلی شود^[5]. با این حال، همه نوجوانان پیامدهای نامطلوب این نوع آسفتگی را تجربه نمی‌کنند و فرض می‌شود که شکل‌گیری BDD به‌واسطه چندین عامل همراه با تعامل پیچیده بین تجارب زندگی گذشته و صفات شخصیتی تعیین می‌شود^[9].

مدل‌های شناختی رفتاری BDD صفات خاصی که عامل خطر و مستعدکننده برای BDD هستند را توصیف می‌کنند^[10]. با وجود شیوه بالا و ابهام و همچنین نبود اطلاعات کافی در مورد سبب‌شناسی اختلال بدشکلی بدنی^[11]، پیرامون ابعاد فراشناختی اختلال بدشکلی بدنی پژوهش‌چندانی صورت نگرفته است. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد^[12]. واژه "فراشناخت" که نخستین بار توسط فلاور^[12] به‌کار برده شد، به فرآیند "تفکر درباره تفکر" و دانش در مورد اینکه "چه می‌دانیم" و "چه نمی‌دانیم" اطلاق می‌شود. مطالعه فراشناخت ابتدا در حیطه روان‌شناسی رشد آغاز شد^[13]. فراشناخت از دانش‌ها و باورهای فرد درباره خود، تجارب فراشناختی و راهبردهای آن تشکیل شده است^[13] و به ساختارها، دانش و فرآیندهای روان‌شناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارند. براساس نظریه‌پردازی‌های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالات روان‌شناختی است^[14]. کوپر و وزمن^[15] بیان داشتند که بیماران با اختلال BDD در پردازش فراشناختی مرتبط با نگرانی‌های بدنی‌شان مشغول می‌شوند. آنها برای کنترل، اصلاح، ارزیابی و تنظیم تفکراتشان درباره تصویر بدنی و همچنین افکار مرتبط با نگرانی‌های مربوط به بیماری تلاش می‌کنند. بنابراین و^[16] بیان می‌کند که فراشناخت ممکن است ویژگی مهم پردازش اطلاعات در BDD باشد و می‌تواند مسیری باشد که علایم اختلال را تداوم می‌بخشد. احتمالاً افراد مبتلا به اختلال

نوجوان به سمت کسب مهارت‌های خودمختاری و استقلال حرکت می‌کند. با این حال، این فرآیند پهنجاری می‌تواند به واسطه BDD که معمولاً در خلال نوجوانی شکل می‌گیرد مختل شود^[4]. اختلال BDD سبب اختلال معنی‌دار در عملکرد شده و با میزان بالایی از بستری‌شدن، اندیشه‌پردازی خودکشی و تلاش‌های خودکشی و همچنین کاهش کیفیت زندگی مرتبط است^[27]. اگر چه BDD اغلب در موقعیت‌های بالینی چندان تشخیص داده نمی‌شود، اما به نظر می‌رسد نسبتاً رایج است^[27]. نوجوانی به عنوان دوره‌ای گسسته از چرخه زندگی و همچنین از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود. تحولات این دوره نه تنها مربوط به تغییرات فیزیولوژیک است، بلکه تغییرات روانی، اجتماعی و تأثیرات گروه همسالان را نیز شامل می‌شود. منشا آشفتگی و بحران نوجوانی تغییرات عمده‌ای است که در طول این دوره اتفاق می‌افتد. در واقع این بحران ناشی از تغییرات عصبی، بیولوژیک و روانی در مغز نوجوان است. از این رو نوجوانان مستعد گرایش به سمت مشکلات روان‌شناختی گوناگون هستند.

با توجه به آنچه بیان شد، هدف پژوهش حاضر بررسی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدنی براساس صفات شخصیتی مرتبط با حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) در نوجوانان بود.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع پس‌رویدادی (علی/مقایسه‌ای) است که در سال ۱۳۹۴ در بین کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه سطح شهر اراک انجام شد. در گام اول ۲۷۰ نفر از دانش‌آموزان مذکور به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین سه منطقه آموزشی (شامل مدارس دولتی و غیرانتفاعی) انتخاب شدند، به این صورت که ابتدا به‌طور تصادفی از هر منطقه ۶ مدرسه و سپس ۳ کلاس از هر یک از مدارس انتخاب شد و در نهایت یافته‌های پژوهش با انتخاب تصادفی دانش‌آموزان حاضر در این کلاس‌ها گردآوری شد.

پس از تحلیل نتایج اولیه، ۶۰ نفر از نمونه اولیه با توجه به نمرات استاندارد (Z) در مقیاس سیستم‌های مغزی/رفتاری در قالب چهار گروه ۱۵ نفره شامل افراد با ویژگی سیستم فعال‌ساز رفتاری بالا (HBAS)، سیستم فعال‌ساز رفتاری پایین (LBAS)، سیستم بازداری رفتاری بالا (HBIS) و سیستم بازداری رفتاری پایین (LBIS) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۸ سال، عدم وجود بیماری‌های روانی و جسمانی براساس ملاک خودگزارش‌دهی، داشتن قدرت زبان کافی برای درک و پاسخ‌دهی به سئوالات و نداشتن نقایص شناختی بود.

به‌منظور گردآوری داده‌ها و پس از کسب رضایت آگاهانه و نداشتن منع شرکت در پژوهش براساس نظر مشاور مدارس، با حضور پژوهشگر در مدارس، در محیطی دارای ویژگی‌های روان‌سنجی و رفع محرک‌های مزاحم، مقیاس فراشناخت بدشکلی بدنی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا پاسخ دهند. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در مرحله دوم به‌طور انفرادی در مطالعه شرکت کردند و سپس پرسش‌نامه بدشکلی بدنی در اختیار آنان قرار داده شد تا پاسخ دهند.

مقیاس سیستم فعال‌ساز و بازداری رفتاری (BAS/BIS): این مقیاس توسط کارور و وایت^[23] تهیه شده و شامل ۲۴ ماده است که ۷ ماده آن مربوط به BIS و ۱۳ ماده آن مربوط به BAS (۴)

بدشکلی بدنی، از لحاظ کنترل‌کردن فکر در مورد بدشکلی ظاهر و بعضی از راهبردهای کنترل فراشناختی با دیگران متفاوت هستند که این تفاوت‌ها می‌تواند برگرفته از تفاوت‌های شخصیتی افراد باشد^[15]. بنابراین تفاوت‌های فردی و شخصیتی مهمی زیربنای آسیب‌های روانی در نوجوانی است^[17]. بر این اساس، نظریه عصب‌روان‌شناختی گری^[18] تبیین می‌کند که چگونه صفات شخصیتی مرتبط با مغز با شکل‌گیری اختلال‌های آسیب‌شناختی مرتبط است.

"نظریه حساسیت به تقویت (RST)"^[19] دو سیستم مستقل را بیان می‌کند که گرایش افراد به سمت محرک مرتبط با پاداش یعنی سیستم گرایش رفتاری (BAS) و اجتناب از علایم مرتبط با تنبیه یعنی سیستم بازداری رفتاری (BIS) را شامل می‌شود. فعالیت بیشتر BAS منجر به حساسیت بالاتر نسبت به پاداش و فعالیت بیشتر BIS منجر به حساسیت بیشتر نسبت به تنبیه می‌شود^[20]. آخرین سیستم در سیر تکاملی نظریه گری "سیستم جنگ و گریز" است که با آمیگدالا و هیپوتالاموس مرتبط بوده و به محرک‌های آزارنده غیرشرطی و تنبیه غیرشرطی حساس است^[21]. گری، سیستم‌های فعال‌ساز و بازداری رفتاری را سیستم‌های عصب‌شناختی متمایزی با حساسیت به پاداش و تنبیه فرض می‌کند که هیجان، یادگیری و انگیزش را کنترل کرده و زیربنای تفاوت‌های شخصیتی است^[21]. در راستای تکامل این نظریه، گری و مک‌ناگتون^[22] بازنگری عمده‌ای از نظریه حساسیت به تقویت (RST) ارائه دادند. این نظریه بازنگری شده همان سه سیستم را شامل می‌شود. با این حال محرک‌های متفاوتی را برای فعال‌سازی آنها در نظر می‌گیرد. بر این اساس سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) نسبت به محرک‌های روی‌آوردی حساس بوده و سیستم بازداری رفتاری (BIS) مسئول حل تعارض بوده و به‌عنوان میانجی بین سیستم BAS (نزدیکی) و سیستم جنگ و گریز (FFS) عمل می‌کند. در نهایت سیستم جنگ و گریز (FFS) با افزوده شدن سیستم انجماد، به سیستم جنگ و گریز و انجماد (FFFS) تغییر یافت که به هر دو محرک اجتنابی شرطی و غیرشرطی حساس است^[22].

نظریه حساسیت به تقویت گری بیان می‌کند که رفتار افراد براساس سطوح واکنش‌پذیری BIS که منعکس‌کننده آمادگی اضطرابی افراد است متغیر است^[23]. سیستم BIS روی حساسیت اضطرابی تمرکز دارد و میزان فعالیت بالای BIS با طیف وسیعی از آسیب‌های روانی مرتبط است^[23]. به‌ویژه افراد با سطوح بالای حساسیت BIS آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دارند. به نظر می‌رسد بازداری رفتاری عامل آسیب‌پذیری باشد که نقش مهمی در شکل‌دادن به اختلال‌های روانی دارد. بنابراین این احتمال وجود دارد که شکل‌گیری BDD به‌طور مشابه به‌واسطه بازداری رفتاری به‌عنوان یک عامل خطر تأثیر پذیرد^[24]. در مطالعه روی بیماران مبتلا به BDD سطوح بالاتر اجتناب از آسیب، به‌عنوان صفت شخصیتی مرتبط با BIS بیان شده است^[25]. این یافته‌ها نشان‌دهنده بازداری رفتاری در افراد با اختلال BDD است، اما مطالعات این حیطة غالباً روی گروه‌های بالینی کوچک با اختلال BDD صورت گرفته است و تحقیق روی عامل‌های شخصیتی در BDD اندک است و عامل‌های شخصیتی در افراد با BDD به‌عنوان نمونه‌ای از جمعیت کلی بررسی نشده است^[26].

در مجموع، نوجوانی به‌واسطه تغییرات مهم فیزیکی، هورمونی، جنسی و افزایش تأثیر و فشار همسالان مشخص می‌شود که در آن

چندمتغیره، آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع شرکت‌کنندگان ۲۰ نفر (۳۳/۳) در رشته ریاضی و فیزیک، ۲۲ نفر (۳۶/۷) در رشته تجربی و ۱۸ نفر (۳۰/۰) در رشته انسانی تحصیل می‌کردند. از این میان ۲۲ نفر (۳۶/۷) سال دوم متوسطه، ۱۷ نفر (۲۸/۳) سال سوم متوسطه و ۲۱ نفر (۳۵/۰) مقطع پیش‌دانشگاهی بودند. میانگین سنی در گروه LBIS $16/00 \pm 0/84$ ، در گروه HBIS $16/13 \pm 0/83$ ، در گروه LBAS $15/80 \pm 0/86$ و در گروه HBAS $16/00 \pm 0/92$ بود.

میانگین نمرات چهار گروه در ابعاد فراشناخت بدنی تفاوت معنی‌داری را با یکدیگر نشان دادند ($p < 0/001$)؛ به این صورت که در مولفه راهبردهای کنترل فراشناختی گروه LBIS در مقایسه با گروه‌های شخصیتی دیگر نمره پایین‌تری داشت و گروه HBIS در مقایسه با LBAS نمره بالاتری نشان داد. در مولفه عینیت‌بخشیدن به افکار، افراد گروه شخصیتی LBIS در مقایسه با گروه‌های LBAS و HBIS نمره پایین‌تری را به‌دست آوردند. در مولفه باورهای مثبت و منفی فراشناختی گروه HBAS و در مولفه رفتارهای ایمنی گروه HBIS نمره بالاتری داشتند ($p < 0/05$ ؛ جدول ۱).

جدول ۱) میانگین آماری نمرات مولفه‌های فراشناخت بدنی در ۴ گروه شخصیتی (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

گروه HBAS	گروه LBAS	گروه HBIS	گروه LBIS
راهبردهای کنترل فراشناختی			
۵۳/۳۳±۱۲/۱۱	۴۹/۳۳±۱۱/۶۰	۶۱/۲۶±۷/۸۳	۳۸/۰۰±۱۰/۵۰
عینیت‌بخشیدن به افکار			
۲۹/۷۳±۸/۶۶	۳۱/۲۰±۶/۳۷	۳۵/۹۳±۴/۷۱	۲۳/۲۰±۶/۹۸
باورهای مثبت و منفی فراشناختی			
۱۸/۲±۴/۶۳	۱۶/۵۳±۴/۶۵	۲۰/۹۳±۴/۵۷	۱۳/۳۳±۴/۵۷
رفتارهای ایمنی			
۱۵/۶۶±۳/۷۹	۱۶/۶۰±۳/۲۶	۱۸/۷۳±۱/۷۹	۱۳/۵۳±۴/۱۳

بحث

بیش از نیمی از تمام زنان و تقریباً نیمی از مردان از آنچه که به‌نظر می‌رسد ناراضی هستند. با این حال برای برخی افراد، میزان اشتغال به نقایص فیزیکی بیش از اندازه است. از این رو هدف پژوهش حاضر، ارزیابی ابعاد فراشناخت بدنی براساس صفات شخصیتی مرتبط با حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) بود.

پژوهش حاضر پیرامون مقایسه چهار گروه شخصیتی براساس ابعاد فراشناخت بدنی نشان داد که نمرات بالای مولفه راهبرد کنترل فراشناختی مربوط به گروه‌های با حساسیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری (HBAS) و با حساسیت بالای سیستم بازداری رفتاری (HBIS) بود. همچنین گروه با حساسیت پایین سیستم بازداری رفتاری (LBIS) نمرات پایین‌تری در مولفه‌های عینیت‌بخشیدن به افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی داشت.

در نظریه فراشناخت، تاکید بر عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه‌های غیرسودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجان‌های منفی و کژکاری و تداوم اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. راهبردهای کنترل افکار بیشتر در سطوح کم‌فعالی BIS

سئوال مربوط به زیرمقیاس سائق، ۴ سئوال مربوط به زیرمقیاس جست‌وجوی لذت و ۵ سئوال مربوط به زیرمقیاس پاسخ‌دهی به پاداش) است. ۴ ماده دیگر این پرسش‌نامه خنثی است. ماده‌ها براساس مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از "کاملاً مخالف" (با نمره یک) تا "کاملاً موافق" (با نمره ۴) توسط آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. کارور و وایت [۲۳] ثبات درونی مقیاس BIS و زیرمقیاس‌های سائق، جست‌وجوی شادی و پاسخ‌دهی را به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ گزارش کردند. همسانی درونی خرده‌مقیاس بازداری رفتار ۰/۶۹ و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های فعال‌سازی رفتار به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۶۵ و ثبات درونی کل خرده‌مقیاس فعال‌سازی رفتار برابر ۰/۷۸ به‌دست آمده است. برآورد پایایی بازآزمون در فاصله زمانی دو هفته برای خرده‌مقیاس بازداری رفتار و خرده‌مقیاس‌های فعال‌سازی رفتار شامل کشاندن، جست‌وجوی سرگرمی، پاسخ‌دهی به پاداش و کل خرده‌مقیاس فعال‌سازی رفتار به ترتیب برابر ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۲ و ۰/۷۱ است [28].

مقیاس فراشناخت بدنی: این پرسش‌نامه شامل ۳۱ سئوال و چهار عامل؛ راهبردهای کنترل فراشناختی (در مورد ظاهر)، عینیت‌بخشیدن به افکار (در آمیختگی افکار)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی در مورد بدشکلی بدن است که به‌صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از عامل‌های مقیاس مذکور به ترتیب شامل ۱۴ ماده، ۸ ماده، ۵ ماده و ۴ ماده است [29]. ضرایب آلفای کرونباخ هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ به‌دست آمده است که نشان‌دهنده ثبات درونی مطلوب مقیاس است [29]. راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های سیستم شناختی‌شان به‌کار می‌برند. این راهبردها ممکن است راهبردهای فکری را شدت بخشند یا سرکوب کنند یا فرآیندهای نظارتی را افزایش دهند [30]. عینیت‌دادن به افکار و تصاویر ذهنی، اولین‌بار توسط راجمن و شافران [31] بیان شد. این اصطلاح برای توصیف این باور به‌کار می‌رود که افکار و تصاویر ذهنی مزاحم (یک فرد) می‌توانند مستقیماً بر وقایع خارجی اثر بگذارند یا دلالت بر این باور دارد که داشتن این گونه افکار مزاحم برابر با یک عمل واقعی پنداشته می‌شود و به آن عینیت بخشیده می‌شود. باورهای مثبت و منفی فراشناختی، به باورها و نظریاتی اشاره دارد که افراد درباره شناختشان دارند. این باورها یا مثبت هستند یا منفی، و باورهای درباره معنی انواع افکار و باورها هستند، مانند نگرانی که باعث نتایج مثبت و جلوگیری از خطر می‌شود [30]. رفتارهای ایمنی نیز پاسخ‌هایی هستند که باعث حفظ شناخت اشتباه و اصلاح‌نشدن باورهای نادرست فراشناختی می‌شوند، مانند اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی [16]. روایی همزمان مقیاس فراشناخت بدنی با مقیاس اصلاح‌شده سواس فکری عملی ۰/۷۴ به‌دست آمد ($p < 0/001$). همچنین ضرایب پایایی از نوع آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های راهبردهای کنترل فراشناختی، عینیت‌بخشیدن به افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی، رفتارهای ایمنی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۹۴ به‌دست آمده است [29].

در ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌های گردآوری‌شده و همسانی واریانس آنها به ترتیب توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. سپس به‌منظور مقایسه چهار گروه شخصیتی در ابعاد بدشکلی بدنی از آزمون تحلیل واریانس

باشد. بر این اساس در تعمیم یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر به سایر گروه‌های جمعیتی باید جانب احتیاط را رعایت کرد. یافته دیگر پژوهش حاضر بیان‌کننده فراوانی بیشتر بیش‌فعالی و کم‌فعالی سیستم بازداری رفتاری (BIS) در نوجوانان در مقایسه با سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) بود و اینکه به‌نظر می‌رسد در سطوح استرس شدید که تجربه معمول در نوجوانی است، آن دسته از میانی عصب‌شناختی سیستم عصبی فعال می‌شود که دارای ساختارهای عصبی مشترک با سیستم بازداری رفتاری به‌عنوان سیستم مرتبط با اضطراب است و اضطراب به‌عنوان یک مولفه مهم در اختلال‌های اضطرابی با مدارهای مغزی و انتقال‌دهنده‌های عصبی خاص ارتباط دارد [22].

برخی محدودیت‌های مطالعه حاضر باید مورد توجه قرار گیرد. پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود که نمی‌تواند ترسیم‌کننده روابط علی باشد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که داده‌ها تنها از طریق مقیاس‌های خودگزارش‌دهی گردآوری شد که می‌تواند روایی درونی را تهدید کند. به‌کارگیری شیوه‌های چندگانه‌ای برای ارزیابی می‌تواند تاثیر آزمودنی را کاهش دهد. همچنین محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که شرکت‌کنندگان از بین دانش‌آموزان نوجوان بودند و از این رو غالباً در دامنه سنی مشابهی قرار داشتند و از سویی افراد غیربالیینی را شامل می‌شد از این رو باید در تعمیم نتایج به گروه‌های سنی دیگر و جمعیت بالینی جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود که تبیین نتایج تحلیل‌های میانجی مطالعه حاضر به‌شیوه‌ای علی دنبال شود. علاوه بر این، مدل‌های میانجی با استفاده از مطالعات طولی یا آزمایشی مورد آزمون قرار گیرند. همچنین توصیه می‌شود مطالعات مشابهی روی جمعیت‌های بالینی و گروه‌های سنی گوناگون صورت گیرد. در زمینه تفاوت‌های شخصیتی پژوهش حاضر می‌توان سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری (BAS) و بازداری رفتاری (BIS) را به‌عنوان متغیر بین‌فردی مورد بررسی قرار داد و به‌طور مشابه توصیه می‌شود تا با بهره‌گیری از سایر ابزارهای سنجش شخصیت، اعتبار نتایج پژوهش حاضر افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

فراشناخت بدشکلی بدنی تحت تاثیر صفات شخصیتی مبتنی بر حساسیت سیستم‌های فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) قرار می‌گیرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان که پژوهشگران را در انجام مطالعه یاری رساندند، تشکر به‌عمل می‌آید. تاییدیه اخلاقی: در تمام مراحل پژوهش ملاحظات اخلاقی کار با شرکت‌کنندگان رعایت شد.

تعارض منافع: در پژوهش حاضر بین نویسندگان تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: سهراب امیری (نویسنده اول)، روش‌شناس/تحلیل‌گر آماری (۴۰٪)؛ زهرا ربیعی (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی (۳۰٪)؛ اسفندیار آزاد مرزآبادی (نویسنده سوم) نگارنده مقدمه و بحث (۳۰٪)

منابع مالی: این مقاله حاصل کار پژوهشی نویسندگان است و منابع مالی آن شخصی است.

منابع

1- King KM, Chassin L. Adolescent stressors, psychopathology, and young adult substance

مشاهده شد. از آنجا که تاثیر قسمت پیشانی مغز در بازداری رفتاری نشان داده شده است و پایه‌های عصبی برای آن تعیین شده است می‌توان گفت نقص در سیستم بازداری رفتاری و بدعملکردی در قطعه پیش‌پیشانی منجر به نارسایی در کنترل افکار می‌شود. نظریه سیستم‌های مغزی- رفتاری گری [18] این فرضیه را مطرح ساخت که اختلالات روان‌پزشکی، ناشی از کارکرد (بیش‌فعالی یا کم‌فعالی) یکی از سیستم‌ها با تعاملات آنها است. حساسیت ناپه‌نچار این سیستم‌ها نشان‌دهنده آمادگی و استعداد به اشکال متعدد آسیب‌شناسی روانی است [32]. در نتیجه فرض بر این است که سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) می‌توانند دامنه وسیعی از اختلالات را تبیین کنند. بر این اساس، با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان داد گروه‌های با حساسیت بالا و پایین در ابعاد فراشناخت بدشکلی بدنی نمرات بالاتری به‌دست می‌آورند، بنابراین این یافته در قالب نظریه حساسیت به تقویت (RST) تبیین‌پذیر است که بیان می‌کند تفاوت عصب‌شناختی در سطوح حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) و سیستم بازداری رفتاری (BIS) می‌تواند بر رفتار و حالات عاطفی افراد تاثیر گذارد [18] و از همین رو تفاوت‌های فردی در حساسیت BIS و BAS به‌عنوان زیربنای طیف وسیعی از آسیب‌های روانی به‌شمار می‌رود [33].

مروری بر مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که سطوح بالا و پایین حساسیت BAS و BIS با گرایش ابتلا به علایم انواع خاص آسیب‌های روانی شامل وسواس [34]، افسردگی [35]، اختلال دوقطبی [36]، نشخوارگری و علایم پرخوری عصبی [37] مرتبط دانسته شده است. بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان همسو با نظریه‌های مرتبط و یافته‌های پیشین در نظر گرفت که مطرح می‌کنند بازداری رفتاری یک عامل خطر برای بروز اختلال‌های روانی است [38]، همچنان که در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که حساسیت بالا و پایین سیستم بازداری رفتاری (BIS) بیشتر از سیستم فعال‌ساز رفتاری با باورهای فراشناختی درباره اختلال بدشکلی بدنی مرتبط است. همان‌طور که بیان شد این یافته براساس نظریه حساسیت به تقویت گری تبیین‌پذیر است. منطبق با این نظریه عملکرد اختلال روان‌شناختی به دو مکانیزم سیستم بازداری رفتاری اشاره دارد؛ اول اینکه حساسیت زیاد برخی نواحی، به‌جز سیستم جداری- هیپوکامپی، درون‌داد مخرب ذاتی بیزاری را افزایش داده و اضطراب را به‌وجود می‌آورد. دوم اینکه، افزایش فعالیت بیش از حد سیستم جداری- هیپوکامپی یا فعالیت بیش از حد نواحی آمیگدال که به این سیستم متصل است، باعث افزایش بیش از حد ارزیابی‌های تهدیدآمیز از محرک‌های محیطی و در نتیجه باعث ارزیابی خطر و افزایش تداعی‌ها و ارزیابی منفی از موقعیت می‌شود [22]. همسو با فرضیات گری [18]، مطالعات در نمونه‌های بالینی و غیربالینی نشان داده است که علایم اختلال روان‌شناختی عمدتاً با سیستم بازداری رفتاری (BIS) رابطه دارد و ارتباط اندکی بین این علایم و سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS) نشان داده شده است [37].

در پژوهش حاضر، سنجش فراشناخت بدشکلی بدنی در گروه نوجوانان به‌دست آمد که دچار تغییرات بدنی گسترده می‌شوند. از این رو شیوع اختلال بدشکلی بدنی در این دوره شایع‌تر است. از طرف دیگر به‌دلیل بحران‌هایی که نوجوان تجربه می‌کند بیشتر مستعد تجربه اضطراب و سایر آسیب‌های روانی می‌شود که این میزان ممکن است در مقایسه با سایر گروه‌های جمعیتی متفاوت

- anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- 23- Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *J Personal Soc Psychol.* 1994;67(2):319-33.
- 24- Cohen LJ, Kingston P, Bell A, Kwon J, Aronowitz B, Hollander E. Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2000;41(1):4-12.
- 25- Mancuso SG, Knoesen NP, Chamberlain JA, Cloninger CR, Castle DJ. The temperament and character profile of a body dysmorphic disorder outpatient sample. *Personal Ment Health.* 2009;3(4):284-94.
- 26- Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):540-7.
- 27- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry.* 2004;3(1):12-7.
- 28- Amiri S, Hassani J. Assessment of psychometric properties of behavioral activation and behavioral inhibition systems scale associated with impulsivity and anxiety. *Razi J Med Sci.* 2016;23(144):68-80. [Persian]
- 29- Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2011;21(83):43-52. [Persian]
- 30- Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996;34(11-12):881-8.
- 31- Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6(2):80-5.
- 32- Meyer B, Johnson SL, Winters R. Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001;23(3):133-43.
- 33- Kimbrel NA. A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(4):592-612.
- 34- Fullana M, Mataix-Cols D, Trujillo JL, Caseras X, Serrano F, Alonso P, et al. Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *Br J Clin Psychol.* 2004;43(4):387-98.
- 35- Pinto-Meza A, Caseras X, Soler J, Puigdemont D, Perez V, Torrubia R. Behavioral inhibition and behavioral activation systems in current and recovered major depression participants. *Personal Individ Dif.* 2006;40(2):215-26.
- 36- Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Cogswell A, Grandin LD, Hughes ME, et al. Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord.* 2008;10(2):310-22.
- 37- Tull MT, Gratz KL, Litzman RD, Kimbrel NA, Lejuez CW. Reinforcement sensitivity theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Personal Individ Differ.* 2010;49:989-94.
- 38- Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(5):421-30.
- dependence: A prospective study. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008;69(5):629-38.
- 2- Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image.* 2007;4(1):1-9.
- 3- Cash TF, Smolak L. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention.* 2nd edition. New York: Guilford Press; 2011.
- 4- Greenberg JL, Markowitz S. *Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder.* *Cogn Behav Pract.* 2010;17(3):248-58.
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic & statistical manual of mental disorders.* 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 6- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005;46(4):317-25.
- 7- Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder (Revised & Expanded Edition).* Oxford: Oxford University Press; 2005.
- 8- Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosing and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(2):108-13.
- 9- Wilhelm S. *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems.* 1st edition. New York: The Guilford Press; 2006.
- 10- Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Müller A, Martin A. Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2010;201(1):242-6.
- 11- Phillips KA. *Understanding body dysmorphic disorder.* Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 12- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *Am Psychol.* 1979;34(10):906-11.
- 13- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford Press; 2009.
- 14- Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.* New York: John Wiley & Sons; PP: 3-54; 2000.
- 15- Cooper MJ, Osman S. Metacognition in body dysmorphic disorder- a preliminary exploration. *J Cogn Psychother.* 2007;21(3):148-55.
- 16- Veale D. Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004;1(1):113-25.
- 17- Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol.* 2015;6:1136.
- 18- Gray JA. Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In: van Gozen S, van de Poll N, Sergeant JA, editors. *Emotions: Essays on emotion theory.* Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates; 1993. pp. 29-59.
- 19- Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory (RST): Introduction. In: Corr PJ, editor. *The reinforcement sensitivity theory of personality.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008. pp. 1-43.
- 20- Tapper K, Baker L, Jiga-Boy G, Haddock G, Maio GR. Sensitivity to reward and punishment: Associations with diet, alcohol consumption, and smoking. *Personal Individ Dif.* 2015;72:79-84.
- 21- Corr PJ. Gray's reinforcement sensitivity theory: Tests of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personal Individ Dif.* 2002;33:511-32.
- 22- Gray JA, McNaughton N. *The neuropsychology of*