

The Relationship between Body Dysmorphic Disorder and Symptoms of Depression, Obsessive-Compulsive Disorder, and Social Phobia in Cosmetic Surgery Patients in Tehran

GhaeniHesarouiyeh A¹, Moosavi E¹, Mirzaei R^{1*}, Setoodezadeh S²

¹Associated professor, MA in clinical psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Iran

²Nurse of Dastgheib Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: The present study aimed to examine the relationship between depression, social phobia, and obsession-compulsion symptoms and body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients in Tehran.

Methods: This correlational study was conducted on all the patients referred to cosmetic surgery clinics in Tehran. Among these patients, 384 ones were selected using simple cluster sampling. The study data were collected using modified Yale-Brown obsessive compulsive scale for body dysmorphic disorder, Maudsley obsessive compulsive inventory, Beck depression inventory, and social phobia inventory. Then, the data were entered into the SPSS statistical software, version 18 and were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

Results: The results showed a significant relationship between depression, social phobia, and obsession-compulsion symptoms and body dysmorphic disorder ($p=0.05$). Besides, the results of stepwise regression analysis for predicting body dysmorphic disorder indicated that checking and doubt among obsessive-compulsive disorder sub-scales ($p<0.001$, $B=0.19$; $p<0.001$, $B=0.12$), fear among social phobia subscales ($p<0.001$, $B=0.32$), and fear with physiological component among depression subscales had significant positive relationships with body dysmorphic disorder.

Conclusions: Social phobia followed by cognitive subscale of depression disorder and checking subscale of obsessive-compulsive disorder were strong predictors of body dysmorphic disorder. The findings have proved that most cosmetic surgery patients are diagnosed with body dysmorphic disorder. Therefore, cosmetic clinics are recommended to evaluate patients psychologically before performing surgeries.

Keywords: Body dysmorphic disorder, Depression disorder, Obsession-compulsion Disorder, Social phobia disorder

Sadra Med Sci J 2016; 4(2): 137-148.

Received: Dec. 25th, 2015

Accepted: Mar. 17th, 2016

* Corresponding Author: **Mirzaei R.** Associated professor, MA in clinical psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Iran, r.mirzaee63@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۴، شماره ۲، بهار ۱۳۹۵، صفحات ۱۳۷ تا ۱۴۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۷ تاریخ دریافت: ۹۴/۰۹/۰۴

رابطه بین علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری و عملی با اختلال بدشکلی بدن در

بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران

آزاده قائینی^۱، اسحاق موسوی^۱، رضا میرزایی^{۱*}، صغری ستوده زاده^۲^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، ایران
^۲ کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید آیت الله دستغیب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال بدشکلی بدن، به صورت اشتغال ذهنی با نقص تخیلی یا تحریف مبالغه‌آمیز یک عیب خفیف و جزئی در ظاهر جسمانی تعریف می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین اختلال بدشکلی بدن و علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری و عملی در بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران بود.

مواد و روش: این پژوهش از نوع همبستگی بود و جامعه آماری این تحقیق کلیه مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی در سال ۱۳۹۱ در شهر تهران بود که از بین آنان تعداد ۳۸۷ نفر از مراجعان به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند، ابزار پژوهش پرسشنامه‌های مقیاس اصلاح شده اختلال وسواس فکری-عملی بیل-بروان برای اختلال بدشکلی بدن، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه هراس اجتماعی و پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه 18 و آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین علائم وسواس فکری-عملی، علائم افسردگی و علائم هراس اجتماعی با اختلال بدشکلی بدن رابطه معنادار آماری وجود داشت ($P < 0/05$). نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن نشان داد که در میان مولفه‌های وسواس فقط بازبینی ($P < 0/001$ ، $B = 0/19$) و تردید ($P < 0/001$ ، $B = 0/12$) و در مولفه‌های هراس اجتماعی ترس ($P < 0/001$ ، $Beta = 0/32$) و ترس به همراه مولفه فیزیولوژیکی ($P < 0/001$ ، $B = 0/36$)، همچنین از میان مولفه‌های افسردگی، مولفه شناختی ($P < 0/001$ ، $B = 0/23$) با اختلال بدشکلی بدن ارتباط مثبت و معناداری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: علائم هراس اجتماعی به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های اختلال بدشکلی بدن می‌باشد و پس از آن زیر مقیاس شناختی در اختلال افسردگی و زیر مقیاس بازبینی در اختلال وسواس بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن داشتند. آنچنان که نتایج تایید کرده‌اند، اکثر افراد مراجعه به کلینیک‌های زیبایی دارای اختلال بدشکلی بدن هستند، لذا پیشنهاد می‌شود، در کلینیک‌های زیبایی، مراجعان قبل از اقدام به جراحی مورد ارزیابی روانی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: اختلال بدشکلی بدن، علائم افسردگی، علائم وسواس فکری-عملی، علائم هراس اجتماعی

* نویسنده مسئول: رضا میرزایی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، ایران، r.mirzaee63@gmail.com

مقدمه

به گواهی تاریخ، میل خوب به نظر رسیدن، قرن‌ها به عقب برمی‌گردد و در فرهنگ‌های گوناگون و در سراسر قاره‌ها عمیقاً ریشه‌دار است. در جامعه معاصر، ظاهر فیزیکی فرد جوهر زندگی روزمره است. کسانی که جذاب به نظر می‌رسند اغلب از اعتمادبه‌نفس بالاتری برخوردارند؛ در سطح اجتماعی از امتیازات اجتماعی ممتازی از جمله تحصیلات بهتر، شغل بهتر و شانس بهتر در روابط عاشقانه برخوردارند.

اختلال بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Disorder) زیر گروهی از اختلالات شبه جسمی است که طبق معیارهای چهارمین ویرایش طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-IV) به صورت اشتغال ذهنی با نقص تخیلی یا تحریف مبالغه‌آمیز یک عیب خفیف و جزئی در ظاهر جسمانی تعریف می‌شود. اگرچه این اختلال در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های غیر روان‌پزشکی اختلالی شایع است اما برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ در DSM-IV معرفی شد (۲۱). اختلال بدشکلی بدن در میان جمعیت بیماران جراحی‌های زیبایی نسبت به جمعیت کلی بیشتر است (۵۳/۶٪) (۳) و همچنین میزان بالای اختلال بدشکلی بدن، در افرادی که به دنبال جراحی زیبایی هستند تأیید شده است. (۴). تحقیق از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه داشتند، شیوع در دو جنس را برابر نشان داده است (۵). اگرچه سن شروع اختلال بدشکلی بدن در دوران نوجوانی است، ولی معمولاً بیماران ۱۰ تا ۱۵ سال بعد از سن نوجوانی نیز تشخیص داده می‌شوند (۶). افراد مبتلا به این اختلال بیشتر از سایر بیماران تن‌انگاره، معلولیت و پریشانی دارند و میزان بالایی از افسردگی، خودکشی یا جراحی‌های زیبایی نیز در این بیماران دیده می‌شود (۷).

از نظر آسیب‌شناسی روانی اختلال بدشکلی بدنی خصوصیات مشابهی با اختلال وسواسی - اجباری و هراس اجتماعی دارد. یافته‌های زیادی ارتباط اختلال بدشکلی بدن را با اختلال‌های روانی بررسی و مشخص کرده‌اند؛ در بررسی گروه‌های بالینی با تشخیص اختلال بدشکلی بدن و بدون تشخیص دریافتند که اختلال وسواس اجبار شایع‌ترین تشخیص همراه، در این بیماران و بستگان آنها است. در اختلال بدشکلی بدن، به‌طور کلی وسواس در ظاهر فیزیکی و یا یک قسمت خاص از بدن وجود دارد (۸). اگرچه هر قسمتی از بدن می‌تواند درگیر شود، آنچه معمولاً به‌طور رایج مشاهده می‌شود شامل ناحیه سر، مثل پوست، مو و بینی است. حدود یک‌سوم افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن دارای وسواس فکری و عملی هستند که به‌وسیله وسواس‌های فکری (مزاحم، تکراری و افکار ناخواسته) و وسواس عملی (رفتارهای تکراری که برای کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی صورت می‌گیرد) مشخص می‌شوند (۷). رفتارهایی مانند واری افراطی خود در آینه، آرایش افراطی، دست‌کاری پوست، اطمینان جویی و دیگر رفتارها می‌توانند نشانه‌هایی را فراهم سازند تا مشخص کند که یک شخص مبتلا به این اختلال هست یا نیست (۹).

اختلال عملکرد ناشی از بیماری و همچنین همراهی سایر اختلالات موجب می‌شود که بررسی و تحقیق در مورد همه‌گیرشناسی که قدم نخست در بررسی مشکلات است، دارای اهمیت خاص باشد. مشکلات همراه شامل اضطراب و افسردگی و فوبی اجتماعی و حتی برخی اختلالات سایکوتیک می‌باشند (۱۰). افسردگی و اختلالات شخصیت اجتنابی نیز در صورت وجود به‌طور همزمان با اختلال بدشکلی بدن سبب انزوا می‌شوند و شناسایی اختلالات همراه جهت درمان مقتضی ضرورت پیدا می‌کند (۱۱). اختلال بدشکلی بدن سبب اختلال عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و افزایش میزان افکار و اقدام به خودکشی می‌شود (۱). اختلال افسردگی اساسی، معمولی‌ترین اختلال روانی است که با اختلال بدشکلی بدن همراه است. سه‌چهارم

آن با سایر اختلال‌های روان‌شناختی در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین اختلال بدشکلی بدن در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی و رابطه آن با علائم افسردگی، وسواس و هراس اجتماعی انجام شد. فرضیه پژوهش نیز عبارت بود از: بین علائم وسواس فکری- عملی، افسردگی و هراس اجتماعی با اختلال بدشکلی بدن در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های جراحی زیبایی همبستگی وجود دارد.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی، همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی شهر تهران در تابستان ۱۳۹۱ (شامل تمامی جراحی‌های پلاستیک، بینی، سینه، پوست و مو و هرگونه عملی که به زیبایی بدن ارتباط داشته باشد) بود که از بین آنان تعداد ۳۸۷ نفر از مراجعان به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین‌صورت که ابتدا تعداد ۱۰ مرکز به‌صورت خوشه‌ای انتخاب شدند و سپس نمونه‌ها از درون خوشه‌ها به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در این تحقیق اختلال بدشکلی بدن متغیر ملاک و علائم افسردگی، وسواس اجبار و هراس اجتماعی متغیرهای پیش‌بین را تشکیل می‌دادند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو پرسشنامه استاندارد بود:

۱. مقیاس اصلاح‌شده اختلال وسواس فکری-عملی ییل- براون (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder): یک ابزار خودسنجی ۱۲ پرسشی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد این پرسشنامه دارای ساختار مرتب‌های دوعاملی و دو پرسش اضافی است. این عوامل عبارت‌اند از ۱- وسواس‌های فکری، ۲- وسواس عملی و ۳- دو پرسش اضافی درزمینه بینش و پرهیز. پاسخ‌دهندگان میزان توافقشان را با هرکدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» گسترده

افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن از افسردگی نیز رنج می‌برند. اختلال بدشکلی بدن و افسردگی دو اختلال جدا هستند. اما اغلب به نظر می‌رسد که افسردگی ناشی از اختلال بدشکلی بدن باشد. شروع افسردگی در سن پایین و دوام طولانی علائم افسردگی نشانی از این است که ممکن است شخصی که افسرده است علاوه بر افسردگی اختلال بدشکلی بدن نیز داشته باشد (۹). اکثر افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن، هراس اجتماعی (هراس اجتماعی) دارند که نتایجی از اختلال بدشکلی بدنشان است. آن‌ها به خاطر اینکه چطور به نظر آیند، از طرد شدن و مسخره شدن می‌ترسند. بنابراین اجتناب و هراس اجتماعی می‌تواند نشان از این باشد که شخص اختلال بدشکلی بدن داشته باشد. در میان اختلالات شخصیت شایع‌ترین اختلال‌ها، اختلال‌های شخصیت مرزی و وسواس هستند. طبق یافته‌های محققان شایع‌ترین اختلال در زنان افسردگی و به دنبال آن اضطراب منتشر و جسمانی سازی بودند. باین‌حال، در مردان، اختلال غالب افسرده‌خویی، به دنبال آن فوبی اجتماعی، سوء‌مصرف مواد مخدر، و استرس پس از سانحه بود (۳).

در مطالعه بیماران مبتلابه اختلال بدشکلی بدن، آن‌چنان‌که توسط پرسشنامه علائم ارزیابی شد، نمرات کلی افسردگی، اضطراب و خشم-پرخاشگری، بیش از دو انحراف استاندارد بالاتر از میانگین گروه کنترل نرمال بود، که این امر نشان‌دهنده ناراحتی شدید و آسیب‌شناسی روانی قابل‌توجهی است (۱۲). یافته‌های دیگری نیز نشان داد نسبت بالایی از شرکت‌کنندگان، نگرانی‌های مهم تصویر بدن و یا اختلال در تصویر بدن داشتند. این نگرانی‌ها با سطوح بالاتر افسردگی، اضطراب و خودکشی همراه شد. علاوه بر این، گروهی که در رابطه با شکل بدنی و وزن نگران بودند به‌طور معنی‌داری علائم بیشتری از اختلال استرس پس از ضربه، گسیختگی و اضطراب جنسی داشتند (۱۳).

بنابراین با توجه به مطالب فوق و همچنین تعداد کم مطالعات انجام‌شده در زمینه اختلال بدشکلی بدن و ارتباط

بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالاست (۱۵).

۴. پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory): این پرسشنامه توسط هاجسون و راجسون (۱۹۹۷) تهیه شده است که دارای ۳۰ ماده است. تحلیل محتوای این پرسشنامه چهار جز عمده؛ واری، تمیزی، کندی و شک وسواسی را مشخص می‌کند. پایایی و اعتبار آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است. این پرسشنامه اعتبار و پایایی خوبی دارد و به‌کرات مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی باز آزمون پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی خوب است ($r=0/98$) و در ایران ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ به دست آورد (۱۶). اصول اخلاقی که در این پژوهش مد نظر قرار گرفت شامل این موارد بود که ابتدا رضایت کتبی و آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش گرفته شد و همچنین محقق افراد مورد تحقیق را از روش به‌کار گرفته شده، فواید و گروه‌هایی که از نتایج مطالعه بهره‌مند خواهند شد به نحو مناسبی آگاه کرد و به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد که در صورت عدم تمایل از پر کردن پرسشنامه‌ها انصراف دهند. برای آنها توضیح داده شد که محقق مسؤول حفظ اسرار شرکت‌کنندگان است و تدابیر مناسبی برای جلوگیری از انتشار آن اتخاذ نموده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۱۸ و در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

است، نشان می‌دهند. به‌طور کلی بررسی‌ها نشان داده‌اند که این پرسشنامه روایی و پایایی مطلوبی دارد. تحقیقات نشان داده است که این مقیاس در نمونه دانشجویان ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. به‌نحوی که دامنه ضریب آلفا در ۰/۸۷ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی» به دست آمد. در تحلیل عاملی در عامل «نیروی کنترل فکر» و «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۰/۶۶ از واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند؛ و نتایج کلی نشان داده که مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری- عملی ییل- برون برای اختلال بدشکلی بدن در نمونه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌توان آن را در موارد تشخیصی و درمانی به کاربرد (۱۴).

۲. پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم: شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طور کلی جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن است. بک، استیر و برون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین در مطالعه‌ای ضریب آلفای ۰/۹۲ را بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. (۱۵).

۳. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN, Social Phobia Inventory): این پرسشنامه برای نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به‌منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردیده؛ یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که در هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود. تلویحات بالینی این پرسشنامه در سه حیطه ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیک اطلاعاتی را ارائه می‌دهد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان عبارت‌اند از $۶/۴۱ \pm ۲۵/۹۶$ و همچنین فراوانی مردان ۱۹۴ و زنان ۱۶۳ ($۳۱/۲$ و $۶۸/۳$) به ترتیب بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که فراوانی افراد مجرد ۱۹۳ و متأهل ۱۹۴ ($۷۳/۷$ و $۲۵/۵$) بود. همچنین یافته‌ها گویای این بود که ۸۳ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم و کمتر ($۲۱/۹$ درصد)، ۷۴ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کاردانی ۱۹/۱ درصد، ۱۹۳ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی ($۴۷/۹$ درصد) و ۳۷ نفر از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ارشد و بالاتر ($۱۰/۸$ درصد) بودند.

جدول ۱: جدول میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در زیر مقیاس‌های مختلف

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
بدشکلی بدن	۱۸/۸۴	۶/۶۴
افسردگی	۲۳/۲۰	۱۱/۸۸
علائم شناختی	۶/۵	۴/۶
علائم جسمانی	۳/۳۹	۲/۷۸
علائم عاطفی	۴/۹۷	۴/۲۵
هراس اجتماعی	۱۹/۱۰	۸/۸۵
علائم ترس	۵/۴۹	۴/۰۰۷
علائم اجتناب	۸/۲۱	۴/۲۶
علائم فیزیولوژیک	۴/۳۷	۳/۰۲۵
وسواس	۱۱/۹۷	۵/۲۶
علائم بازبینی	۴/۳۰	۲/۲۸
علائم شستشو	۳/۴۱	۲/۰۱
علائم کندی	۲/۳۸	۲/۰۲
علائم تردید	۳/۲۷	۱/۶

برای به دست آوردن میزان رابطه بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج همبستگی‌های محاسبه‌شده بین اختلال بدشکلی بدن و

علائم افسردگی، هراس اجتماعی، وسواس و زیر مقیاس‌های آن‌ها در جدول ۲ آمده است

جدول ۲. جدول ضریب همبستگی بین اختلال بدشکلی بدن و علائم افسردگی، هراس اجتماعی، وسواس و زیر مقیاس‌های آن‌ها

متغیر	ابعاد	همبستگی پیرسون	سطح معناداری
اختلال بدشکلی بدن	افسردگی	۰/۱۱۴	۰/۰۱۸
	علائم عاطفی	۰/۲۱۸	<۰/۰۰۰۱
	علائم شناختی	۰/۲۶۸	<۰/۰۰۰۱
	علائم جسمانی	۰/۱۶۷	۰/۰۰۱
	هراس اجتماعی	۰/۳۹۶	<۰/۰۰۰۱
	علائم ترس	۰/۳۴۰	<۰/۰۰۰۱
	علائم اجتناب	۰/۲۱۴	<۰/۰۰۰۱
	علائم فیزیولوژیک	۰/۲۹۶	<۰/۰۰۰۱
	وسواس	۰/۲۲۲	<۰/۰۰۰۱
	علائم بازبینی	۰/۲۳۷	<۰/۰۰۰۱
	علائم شستشو	۰/۱۹۲	<۰/۰۰۰۱
	علائم کندی	۰/۱۲۹	۰/۰۰۹
	علائم تردید	۰/۱۶۱	۰/۰۰۱

به‌منظور بررسی اینکه در تعامل مؤلفه‌های افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس، کدام‌یک از ابعاد آن پیش‌بینی کننده بهتری برای اختلال بدشکلی بدن هستند از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد، که نتایج آن در جداول ۳ آمده است

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در مدل ۱ هراس اجتماعی وارد شده، که $۱۳/۳$ درصد از واریانس را توجیه می‌کند (مجذور R تعدیل شده = $۰/۱۳۳$). اضافه کردن زیر مقیاس علائم شناختی در افسردگی به مدل شماره ۲ باعث اضافه شدن ۳ درصد از واریانس توضیح داده شده است (تغییر مجذور R = $۰/۰۳۰$). مدل نهایی زیر مقیاس بازبینی را نیز در نظر گرفته است که منجر به افزایش ۲ درصد واریانس توجیه شده گردیده است (تغییر مجذور R

= ۰/۰۲۲). این مدل در کل ۱۸ درصد واریانس را توجیه می‌کند (مجذور R تعدیل‌شده = ۰/۱۸۷).

جدول ۳: خلاصه مدل پیش‌بین اختلال بدشکلی بدن از طریق اختلال‌های وسواس فکری-عملی، افسردگی و هراس اجتماعی و زیر مقیاس‌های آن‌ها

مدل	R	مجذور R	R تعدیل شده	خطای استاندارد	آمارهای تغییر			
					تغییر مجذور R	تغییر اف	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲
هراس اجتماعی	۰/۳۶۹	۰/۱۳۶	۰/۱۳۳	۶/۱۸۸۵۰	۰/۱۳۶	۵۳/۱۳۳	۱	۳۳۸
هراس اجتماعی - زیرمقیاس شناختی	۰/۴۰۷	۰/۱۶۶	۰/۱۶۱	۶/۰۸۹۵۲	۰/۰۳۰	۱۲/۰۷۷	۱	۳۳۷
هراس اجتماعی - زیر مقیاس شناختی - زیر مقیاس بازبینی	۰/۴۳۳	۰/۱۸۷	۰/۱۸۰	۰/۰۱۸۵۸	۰/۰۲۲	۸/۹۹۱	۱	۳۳۶

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل واریانس مدل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار محاسبه‌شده در رگرسیون ۱ برای هراس اجتماعی (در سطح ۰/۰۰۱) و در مدل ۲ مقدار F زیر مقیاس شناختی (در سطح ۰/۰۰۱) معنادار شده است و همین‌طور مقدار F برای زیر

مقیاس بازبینی (در سطح ۰/۰۰۱) معنادار شده است. لذا با توجه به معناداری F برای این متغیرها، نشان می‌دهد که هراس اجتماعی، زیر مقیاس شناختی و زیر مقیاس بازبینی، بهترین پیش‌بین‌های اختلال بدشکلی بدن هستند.

جدول ۴: جدول تحلیل واریانس مدل پیش‌بین اختلال بدشکلی بدن از طریق اختلال‌های وسواس فکری-عملی، افسردگی و هراس اجتماعی و زیر مقیاس‌های آن‌ها

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات	مدل	مدل
۰/۰۰۰	۵۳/۱۳۳	۲۰۳۴/۸۶۰	۱	۲۰۳۴/۸۶۰	رگرسیون	۱
		۳۸/۲۹۸	۳۳۸	۱۲۹۴۴/۵۶۳	باقیمانده	
			۳۳۹	۱۴۹۷۹/۴۲۴	کل	
۰/۰۰۰	۳۳/۴۷۶	۱۲۴۱/۳۵۴	۲	۲۴۸۲/۷۰۷	رگرسیون	۲
		۳۷/۰۸۲	۳۳۷	۱۲۴۹۶/۷۱۶	باقیمانده	
			۳۳۹	۱۴۹۷۹/۴۲۴	کل	
۰/۰۰۰	۲۵/۸۴۳	۹۳۶/۱۲۶	۳	۲۸۰۸/۳۷۸	رگرسیون	۳
		۳۶/۲۲۳	۳۳۶	۱۲۱۷۱/۰۴۶	باقیمانده	
			۳۳۹	۱۴۹۷۹/۴۲۴	کل	

جدول ۵: جدول ضرایب رگرسیون متغیرهای اختلال هراس اجتماعی و اختلال وسواس فکری-عملی برای پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		مدل
		بتا	خطای استاندارد	B	
<۰/۰۰۰۱	۱۶/۹۶۳		۰/۷۹۹	۱۳/۵۵۵	۱ مقدار ثابت
		۳۶۹	۰/۰۳۸	۰/۲۷۷	هراس اجتماعی
<۰/۰۰۰۱	۱۵/۰۶۳		۰/۸۳۵	۱۲/۵۷۸	۲ مقدار ثابت
		۰/۳۱۹	۰/۰۳۹	۰/۲۳۹	هراس اجتماعی
		۰/۰۰۱	۰/۰۷۵	۰/۲۶۰	علائم شناختی
<۰/۰۰۰۱	۱۱/۹۲۰		۰/۹۴۱	۱۱/۲۲۱	۳ مقدار ثابت
		۰/۲۸۸	۰/۰۳۹	۰/۲۱۶	هراس اجتماعی
		۰/۰۰۱	۰/۰۷۴	۰/۲۴۶	علائم شناختی
		۰/۰۰۳	۰/۱۴۷	۰/۴۴۱	علائم بازبینی

۲۲، ۲۳ و ۲۴). همچنین مطالعات وین دینی و همکاران شیوع بالای اختلالات خلقی را در بیماران مبتلابه اختلال بدشکلی بدن تأیید کرده و یادآور شده است که اگر اختلال بدشکلی بدن درمان نشده باقی بماند، مزمن می‌شود (۳). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت برخی افراد اشتغال ذهنی مداومی درباره‌ی ظاهر جسمانی خویش دارند و علیرغم ظاهر طبیعی، ترس مفرط و نگران‌کننده‌ای را درباره‌ی وضعیت ظاهر جسمانی خود ابراز می‌کنند. این ترس افراطی می‌تواند تبدیل به احساس وجود خیالی نقص در بدن گردد و بسیاری از این افراد را به‌سوی عمل جراحی زیبایی برای تغییر وضعیت ظاهری خود سوق دهد. آمار روزافزون جراحی زیبایی در کشور، و تعداد بالای اختلال بدشکلی بدن در این داوطلبان نیاز به مطالعه بیشتر در خصوص این اختلال را روشن کرده است. یافته‌های مطالعه حاضر که با یافته‌های مطالعات گذشته نیز هم سو بود نشان داد که اختلال هراس اجتماعی با اختلال بدشکلی بدن رابطه دارد و بهترین پیش‌بینی کننده این اختلال است. این نشان می‌دهد افرادی که در روابط متقابل اجتماعی خود حساس‌تر هستند، ترس‌های بیشتری از ظاهر جسمانی خود و ارزیابی‌های دیگران درباره وضعیت

ضرایب بتا استاندارد در جدول شماره ۵ سهم هر یک از متغیرها را در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن نشان می‌دهد. همان‌طور که نشان داده شده است، هراس اجتماعی (بتا=۰/۳۳۱) بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن در جمعیت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی دارد. پس‌از آن علائم شناختی (بتا=۰/۱۷) و علائم بازبینی (بتا=۰/۱۵) پیش‌بینی کننده‌های بهتری برای اختلال بدشکلی بدن می‌باشند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اختلال وسواس فکری-عملی، افسردگی و اختلال هراس اجتماعی با اختلال بدشکلی بدن رابطه معنادار آماری وجود دارد. فرضیه مبنی بر این که بین اختلال وسواس فکری-عملی، افسردگی و اختلال هراس اجتماعی با اختلال بدشکلی بدن در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های جراحی زیبایی همبستگی چندگانه وجود دارد مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های سایر مطالعات مشابه که در این راستا انجام گرفته همسو بوده است (۱)، ۴، ۷، ۸، ۱۷، ۲۰، ۲۱،

جسمانی‌شان نشان می‌دهند. در تبیین این موضوع باید به این موضوع اشاره کرد که افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن از اینکه چطور به نظر می‌رسند دچار احساس شدید ترس و ناراحتی، تجربه علائم فیزیکی مانند شدت گرفتن ضربان قلب و غیره شوند و در نهایت دچار اضطراب شدیدی می‌شوند و همین امر باعث همایندی این اختلال و اختلال هراس اجتماعی می‌شود. مقوله دیگری که شایان ذکر است فشارهای اجتماعی و خطوط پنهانی است که افکار عمومی برای ظاهر مناسب در جامعه ایجاد کرده است؛ از جمله تناسب‌اندام، توجه زیاد به ظاهر زیبا و تشویق‌های غیرملموس جامعه مانند برخورداری از شانس بهتر در روابط عاشقانه، برخورد بهتر با افرادی دارای ظاهر زیبا و ... افراد را به سمت حساسیت بر روی ظاهر خود در روابط روزمره سوق می‌دهد.

این تحقیق نشان داد که علاوه بر هراس اجتماعی، زیر مقیاس علائم شناختی در افسردگی نیز یکی از پیش‌بینی کننده‌های اختلال بدشکلی بدن محسوب می‌شود. از دیدگاه رفتاری شناختی افراد دارای این اختلال ممکن است الگوی تحریف‌شده‌ای از تفسیر ظاهر فیزیکی خود داشته باشد (۱۸). سیستم باورهای تحریف‌شده ممکن است متعاقباً گرایش به تفسیرهای غیر انطباقی را در موقعیت‌های مختلف تقویت کند (۱۹). در تبیین این موضوع باید خاطر نشان شد که، احساس شرمندگی یک هیجان شایع در افراد مبتلابه اختلال بدشکلی بدن است و یک جنبه مهمی از این اختلال است. احساس شرمندگی معمولاً به این خاطر به وجود می‌آید که این افراد شدیداً در مورد خود احساس منفی دارند و خود را غیر جذاب، معیوب، ناقص و حقیر می‌دانند.

زیر مقیاس دیگری که در مطالعه حاضر پیش‌بینی کننده اختلال بدشکلی بدن است، علائم بازبینی در اختلال وسواس بود. بازبینی یکی از مشخصه‌های بارز اختلال بدشکلی بدن محسوب می‌شود که باعث نزدیک شمردن این اختلال با اختلال وسواس گردیده، همان‌طور که در اختلال وسواس بازبینی و اطمینان جویی از اطرافیان رکنی

غیرقابل‌انکار است، در اختلال بدشکلی بدن نیز وقت زیادی از فرد در طول روز صرف بازبینی نقص‌های احتمالی یا جزئی خویش می‌شود. یافته‌ها نشان داده است که مبتلایان اختلال بدشکلی بدن وسواس‌های فکری در مورد اندازه بدن و عضلات خود دارند و رفتارهای اختصاصی مانند، واری افراطی خود در آئینه، پرسش از دیگران که آیا هیکل آن‌ها عضلانی است، و اندازه‌گیری مکرر وزن خود را انجام می‌دهند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در جامعه مورد بررسی اختلال هراس اجتماعی و علائم شناختی در اختلال افسردگی و علائم بازبینی از وسواس پیش‌بینی کننده‌های مناسبی برای اختلال بدشکلی بدن در میان مراجعان به کلینیک‌های جراحی زیبایی بودند. با توجه به فراوانی این اختلال در جامعه مورد بحث بهتر است تا جامعه جراحان زیبایی قبل از هرگونه اقدامی برای جراحی، بیماران را از نظر سلامت روان و احتمال اختلال بدشکلی بدن مورد بررسی قرار دهند و تا حد امکان بیماران واجد شرایط را به مشاوره با روانشناس تشویق کنند (۱).

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که نمونه مورد بررسی فقط از شهر تهران انتخاب شده بودند. بنابراین لازم است که در پژوهش‌های آینده به‌منظور بررسی دقیق‌تر از سایر شهرها نیز نمونه‌گیری شود تا امکان تعمیم نتایج میسر گردد.

نتیجه‌گیری

علائم هراس اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های اختلال بدشکلی بدن است و پس‌از آن زیر مقیاس شناختی در اختلال افسردگی و زیر مقیاس بازبینی در اختلال وسواس بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن داشتند آن‌چنان‌که نتایج تأیید کرده‌اند، اکثر افراد مراجعه به کلینیک‌های زیبایی دارای اختلال بدشکلی بدن هستند، لذا پیشنهاد می‌شود، در کلینیک‌های زیبایی، مراجعان قبل از اقدام به جراحی مورد ارزیابی روانی قرار گیرند. همچنین در بعد پژوهشی نیز پیشنهاد می‌گردد که

8. Altamura C, Minio Paluello M, Mundo E, Medda S and Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder, *Psychiatry Clinical Neuroscience* 2001; 20 (251): 105-108.
9. Phillips KA, *Understanding Body Dysmorphic Disorder*, Oxford Press; 2009: 149-88.
10. Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5:736-743.
11. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2005; 2: 401-405.
12. Phillips KA, Siniscalchi J and McElroy S. Depression, Anxiety, Anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Quarterly* 2004; 2(4): 309-320.
13. Dyl J, Kittler J, Phillips KA and Hunt J. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Development* 2006; 20(36): 369-382.
14. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the modified Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2010; 15(4): 343-350. (Persian)
15. Fathi Ashtiyani A. *Psychological Tests-personality evaluation and mental health*, Tehran, Besat; 1388: 191-200. (Persian)
16. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaili Torkanbori Y, Amini H, Ebrahim khani N, Naseri Bafrouni A, Paye dare Ardakani H. Prevalence of obsessive compulsive symptoms disorder and it's پژوهش‌های مشابهی با نمونه گسترده‌تری که کلینیک‌های بیشتری را تحت پوشش قرار دهد انجام گیرد.
- منابع**
1. Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim Psychiatry* 2006; 13:51-59.
2. Jakubietz M, Jakubietz R, Grunert J. Body dysmorphic disorder-dysmorphophobia. *Zentralbl Chir* 2007; 132:38-43.
3. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Grana S, Gambaro Fm Marini M, Bassetto F, and Mazzoleni F. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Europe Plastic Surgery* 2002; 16 (25): 305-308.
4. Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body Image Concern Inventory (BICI) for Identifying Patients with BDD Seeking Rhinoplasty: Using a Persian (Farsi) Version, *Aesthetic Plastic Surgery* 2011; 12(35): 989-994.
5. Neziroglu F, Yaryura-Tobias J. Body dysmorphic disorder: Phenomenology and case description. *Behavioral Psychotherapy* 1993; 21: 27-36.
6. Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Revised and expanded edition. New York: Oxford University Press, 2005; 130-48.
7. Rabiee M, *Body dysmorphic disorders: nature, ethiology, treatment*, first Ed, Tehran, Arjmand and Nasle farad; 1390: 70-19. (Persian)

- obsessive-compulsive disorder: similarities, differences and the classification debate. *Expert Rev Neurother* 2008; 8 (8):1209-18.
22. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety* 2015; 24 (6):399-409.
23. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2010; 19(5):292-8.
24. Sahebzamani M, Saghiri S, Safavi M, Alavi Majd H. Relationship between body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder in students of Tehran Universities Of Medical Sciences: (A short report). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services* 2013; 11 (46) .495-502.
- comorbidity with other psychiatry symptoms in adolescents. *J of Cog Sci* 1389; 9(4): 50-59. (Persian)
17. Bassak Nejad S, Ghafari M, The relationship between body dysmorphic concern and psychological problems among University students. *J of Behavioral Science* 1386; 1(2): 179-187. (Persian)
18. Bohne A, Wilhelm S, Kuethen NJ, Florin I, Baer L & Jenike M. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research* 2002; 109-101-104.
19. Rosen J C. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy, *Cognitive and Behavioral Practice* 2005; 2:143-166.
20. Torres AR, Ferrão YA, Miguel EC. Body dysmorphic disorder: an alternative expression of obsessive-compulsive disorder? *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 27 (2):95-6.
21. Chosak A, Marques L, Greenberg JL, Jenike E, Dougherty DD, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder and

Cite this article as:

GhaeniHesarouiyeh A, Moosavi E, Mirzaei R, Setoodezadeh S. The Relationship between Body Dysmorphic Disorder and Symptoms of Depression, Obsessive-Compulsive Disorder, and Social Phobia in Cosmetic Surgery Patients in Tehran. *Sadra Med Sci J* 2016; 4(2): 137-148.

