

شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجعه‌کننده با شکایات زیبایی به بیمارستان پوست رازی

چکیده

امیر هوشنگ احسانی^۱، یوسف فکور^۲
فاطمه غلامعلی^{۱*}، لیلا مختاری^۳
محبوبه سادات حسینی^۴
نجمه خسروانمهر^۳
پدرام نورمحمدپور^۱

۱- گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان رازی، تهران، ایران.

۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۳- کارشناس آمار، تهران، ایران.

۴- گروه غدد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان وحدت اسلامی، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی، دفتر آموزش
تلفن: ۰۲۱-۵۵۶۱۸۹۸۹
E-mail: fatemehgholamali@ymail.com

مقدمه

اختلال بدشکلی بدنی (Body Dismorphic Disorder, BDD) به‌وسیله اشتغال ذهنی درباره یک نقص جسمی یا اغراق-شده مشخص می‌شود و هر جنبه‌ای از ظاهر می‌تواند نقطه تمرکز نگرانی باشد. در نتیجه اشتغال ذهنی با ظاهر به تخریب معنی‌دار کارکرد اجتماعی و شغلی منجر می‌شود.^۱ شیوع کلی این اختلال در جمعیت عمومی ۱-۳٪ برآورد شده است.^۲ احتمال دارد شیوع واقعی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۲

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدنی (Body Dismorphic Disorder, BDD) با اشتغال ذهنی درباره یک نقص جسمی اغراق شده مشخص می‌شود. در این بیماری هر جنبه‌ای از ظاهر می‌تواند سبب نگرانی باشد. در نتیجه اشتغال ذهنی با ظاهر به تخریب عملکرد اجتماعی و شغلی منجر می‌شود. هدف این پژوهش، تعیین شیوع BDD در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه زیبایی است.

روش بررسی: مراجعه‌کنندگان به درمانگاه زیبایی در صورت رضایت، وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه دموگرافیک ویژگی‌های بیماران شامل جنسیت، تأهل، تحصیلات، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، مصرف دارو، سابقه جراحی زیبایی و رضایت از جراحی و پرسش‌نامه ییل‌براون برای سنجش اختلال BDD تکمیل گردید.

یافته‌ها: ۱۷۴ بیمار (۱۴۴ زن و ۳۰ مرد) وارد مطالعه شدند. شیوع BDD بر اساس مقیاس ییل‌براون در بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه زیبایی ۳/۳۳٪ بود. شایع‌ترین گروه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بوده است. ۷/۲۰ درصد مبتلایان سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس داشتند. ۲/۱۷ درصد از مبتلایان، جراحی زیبایی انجام داده بودند که از بین این دسته اخیر، ۲۰٪ ناراضی و ۸۰٪ به‌نسبت راضی بودند.

نتیجه‌گیری: اختلال بدشکلی بدنی در بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه زیبایی بیمارستان رازی شیوع بالایی (از هر سه بیمار یک نفر) دارد. این مسأله ضرورت تشخیص اختلال BDD در بیماران زیبایی و ارجاع آن‌ها به روان‌پزشکان را نشان می‌دهد. تشخیص به‌موقع این بیماران، افتادن درمان‌گر در دام اقدام درمانی برای این بیماران و بروز مسایل بعدی را به‌حداقل می‌رساند.

کلمات کلیدی: شیوع، اختلال بدشکلی بدنی، بیماران پوستی، اختلال زیبایی.

آن بیش‌تر باشد زیرا این بیماران تمایل دارند تا شکایت خود را پنهان ساخته و در بسیاری موارد هرگز مورد توجه روان‌پزشکان قرار نمی‌گیرند.^۲

افراد مبتلا ترجیح می‌دهند جهت مشاوره‌ی درمانی به متخصص داخلی، جراح زیبایی یا کلینیک‌های پوست مراجعه کنند،^۲ بنابراین شیوع اختلال بدشکلی بدنی در جمعیت‌های انتخابی، بالاتر از جمعیت عمومی است؛ هم‌چنان‌که پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی بدنی در بیماران پوستی شایع است. نرخ شیوع در

به منظور درمان مناسب شناسایی شوند، زیرا این بیماری می‌تواند با افسردگی اساسی، اضطراب، کناره‌گیری از روابط و فعالیت‌های اجتماعی، رها کردن شغل، بستری شدن به دلایل روان‌پزشکی، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی همراه شود.

هم‌چنین این بیماران به‌سختی درمان می‌شوند و اغلب از درمان پوستی ناراضی هستند.^۴ در پژوهشی نشان داده شد تنها ۱۳٪ از بیماران بهبودی از نشانه‌های اختلال بدشکلی بدنی را به‌وسیله‌ی درمان پوستی گزارش کردند.^۴ گزارش‌های اولیه بالینی نشان داده‌اند که تعداد بسیار زیادی از بیماران اختلال بدشکلی بدنی از جراحی زیبایی سود نمی‌برند مگر این‌که موضوعات هیجانی زیربنایی آن مطرح گردد.^۷ بعد از جراحی آن‌ها اغلب بر روی همان ویژگی متمرکز می‌مانند یا بر ویژگی‌های دیگری متمرکز می‌شوند. هم‌چنین این نگرانی وجود دارد که این افراد نسبت به خود یا جراح خشونت نشان دهند.^۷

بنابراین بر اساس پیشینه پژوهش، به‌نظر می‌رسد اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست شایع باشد. از سوی دیگر در ایران بررسی‌های جامعی در زمینه شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست و جراحی زیبایی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع در ارایه درمان مناسب برای این بیماران تعیین نرخ شیوع اختلال در محیط‌های پوست و زیبایی ایران ضروری است.

هدف اصلی این مطالعه بررسی شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی زیبایی پوست در بیمارستان رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران است. اهداف فرعی این مطالعه عبارتند از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران اختلال بدشکلی بدنی متقاضی درمان پوست و بررسی میزان رضایت‌مندی خودگزارشی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی از درمان‌های دریافت‌شده.

روش بررسی

این پژوهش در فاصله تابستان ۱۳۹۰ تا پاییز ۱۳۹۱ اجرا گردید. جامعه این پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده با شکایات زیبایی به کلینیک زیبایی بیمارستان پوست رازی تهران است. از این میان ۲۰۰

بیماران پوستی بین ۸/۵ تا ۱۵ درصد بوده و در میان افرادی که به‌دنبال درمان‌های زیبایی هستند ۲/۹ تا ۵۳/۶٪ است.^۳

در یک مطالعه پیمایشی در بیماران پوست Phillips دریافت که نرخ تشخیص اختلال بدشکلی بدنی در بیماران متقاضی درمان ۱۱/۹٪ است. در یک نمونه بزرگ دیگر از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، ۴۶٪ پی‌گیر درمان پوستی بودند و ۳۸٪ درمان پوستی دریافت کرده بودند.^۴ هم‌چنین در مطالعه‌ای، Sarver نشان داد که ۷٪ از بیماران جراحی زیبایی معیارهای تشخیصی اختلال بدشکلی بدنی را دارا بودند.^۵

در دهه اخیر افزایش زیادی در تعداد روش‌های طبی زیبایی وجود داشته است. محصولات و تکنیک‌های جدید توسعه‌یافته و روندهای با حداقل آسیب رواج یافته است.^۳ در سال ۲۰۰۶ جامعه جراحان پلاستیک آمریکا تایید نمودند که ۱۰ میلیون جراحی زیبایی در ایالات متحده انجام شده است و ۸۰٪ آن‌ها جراحی‌های کوچک با حداقل آسیب بودند.^۳

به‌نظر می‌رسد استفاده از روش‌های زیبایی در فرهنگ غرب، با ارزیابی نارضایت‌مندان از تصویر بدنی همبستگی مثبت دارد.^۳ شگفت‌آور نیست که تعداد زیادی از افراد تلاش می‌کنند تا این نگرانی را با درمان‌های زیبایی بالینی و یا جراحی، مطرح نمایند.^۳ بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی هر روز ساعت‌های زیادی را صرف تفکر درباره نقص ادراک‌شده‌شان می‌کنند و اغلب درگیر رفتارهای تکرارشونده وقت‌گیر نظیر مقایسه کردن، چک کردن در آینه، استتار یا مراقبت افراطی یا جستجوی اطمینان مجدد می‌کنند.^۳ انزوای اجتماعی، کیفیت پایین زندگی و تلاش‌های خودکشی به‌خصوص در موارد شدید شایع است.^۳ تحقیقی نشان داده است که بیش‌تر بیماران پوستی که مرتکب خودکشی شده بودند، مبتلا به آکنه یا اختلال بدشکلی بدنی بودند.^۴

بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی نسبت به افراد بدون اختلال به‌طور معنی‌داری تاریخچه بیش‌تری از جراحی زیبایی (۱۵/۶٪ در برابر ۳٪)، نرخ بالاتر خودکشی (۳۱٪ در برابر ۳/۵٪) و تلاش‌های خودکشی ناشی از نگرانی درباره ظاهر (۲۲/۲٪ در برابر ۲/۱٪) گزارش کردند.^۶

با توجه به میزان بالای شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران متقاضی درمان‌های پوستی و زیبایی، مهم است که این بیماران

میزان تحصیلات آموذنی‌ها شامل دیپلم و زیردیپلم (۱۰۲ نفر، ۵۸/۶٪)، کاردانی و کارشناسی (۶۰ نفر، ۳۴/۵٪)، کارشناسی ارشد و دکتری (۱۲ نفر، ۶/۹٪) بود که بیش‌تر آموذنی‌ها تحصیلات دیپلم و زیردیپلم دارند.

۵۵/۲٪ آموذنی‌ها متأهل و ۴۴/۸٪ مجرد هستند. از بین آموذنی‌ها ۲۱/۸٪ قبلاً به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه داشته و نیز ۲۵/۹٪ دارو مصرف می‌کردند و ۱۹٪ آموذنی‌ها جراحی زیبایی داشته‌اند. از میان کسانی که جراحی زیبایی انجام داده بودند ۱۲٪ نارضایتی کامل، ۱۲٪ نارضایتی نسبی، ۶۴٪ رضایت نسبی و ۱۲٪ رضایت کامل از این عمل جراحی داشتند. با توجه به جدول ۲ میزان شیوع اختلال بدشکلی ۳۳/۳٪ و ۲۹/۳٪ مبتلایان مرد، ۷۰/۷٪ مبتلایان زن و در بین مبتلایان گروه ۲۱-۳۰ ساله دارای بیش‌ترین فراوانی (۴۴/۸٪) می‌باشند. اختلال بدشکلی بدنی در دهه دوم و سوم زندگی آموذنی‌ها شیوع بیش‌تری دارد.

بر اساس داده‌های جدول ۲ هرچه میزان تحصیلات به‌سمت کارشناسی و بالاتر می‌رود از میزان شیوع اختلال کاسته می‌شود؛ گروه دیپلم و زیردیپلم دارای بیش‌ترین فراوانی (۶۵/۵٪)، کاردانی و کارشناسی ۳۱/۱٪ و کارشناسی ارشد ۳/۴٪ می‌باشند. ۵۱/۷٪ آموذنی‌ها متأهل و ۴۸/۳٪ مجرد هستند. از بین مبتلایان ۲۰/۷٪ به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه داشته و ۳۴/۵٪ دارو مصرف می‌نمودند و ۱۷/۲ درصدشان برای جراحی زیبایی اقدام نموده و از این تعداد ۱۰٪ نارضایتی کامل، ۱۰٪ نارضایتی نسبی و ۸۰٪ رضایت نسبی داشتند.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ۵۸ نفر از ۱۷۴ نفر (۳۳/۳٪) از بیماران پوستی مراجعه‌کننده به کلینیک زیبایی بیمارستان رازی مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی هستند. در زمینه شیوع اختلال بدشکلی بدنی وقتی مطالعات پیشین را مرور می‌کنیم به ارقام بسیار متفاوتی دست می‌یابیم؛ از سوی دیگر به‌نظر می‌رسد که اختلال بدشکلی بدنی شایع‌تر از آن چیزی باشد که در کلینیک‌های پوست تشخیص داده می‌شود.^۲

در پژوهش Phillips، ۱۱/۹٪ از بیماران پوست مبتلا به اختلال

نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مطالعه فوق به‌صورت آینده‌نگر توصیفی مقطعی Cross-sectional طراحی و اجرا گردید و بعد از کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های ناقص تعداد نمونه ۱۷۴ نفر حاصل شد. شرکت‌کنندگان با رضایت کامل و آگاهانه وارد این پژوهش شده و رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند. آن‌ها به‌وسیله پرسش‌نامه دموگرافیک و مقیاس اصلاح‌شده سواس فکری- عملی ییل‌براون برای اختلال بدشکلی بدنی مورد بررسی قرار گرفتند.

۱- پرسش‌نامه دموگرافیک: شامل ویژگی‌های شرکت‌کنندگان: جنسیت، تأهل، تحصیلات، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، مصرف دارو، سابقه جراحی زیبایی و رضایت از جراحی بود که توسط محققان تدوین شد.

۲- مقیاس سواس فکری- عملی ییل‌براون برای اختلال بدشکلی بدنی: (Y-BOCS-BDD) (Phillips, ۱۹۹۷): یک ابزار پرسشی خودسنجی ۱۲ پرسشی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدنی را می‌سنجد. وی در تحلیل بر روی ۱۲۵ بیمار سرپایی دارای تشخیص اختلال بدشکلی بدنی دریافت که این مقیاس دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو پرسش اضافی است. این عوامل عبارتند از ۱- سواس‌های فکری، ۲- سواس‌های عملی و ۳- دو پرسش اضافی در زمینه بینش و اجتناب. به‌طور کلی بررسی‌ها نشان داده‌اند که این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوبی می‌باشد.^۸ در پژوهش Rabiei ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۹۳٪ به‌دست آمد.^۸ همبستگی میان فرم‌ها در روش دو نیمه‌سازی ۸۴٪ و ضریب دو نیمه‌سازی گاتمن ۹۱٪ بود که با یافته‌های Phillips هم‌سویی دارد.^۸

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که آموذنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش ۱۷۴ نفر می‌باشند و از بین آن‌ها ۳۰ مرد (۱۷/۲٪) و ۱۴۴ زن (۸۲/۸٪) هستند؛ بر اساس این جدول سن این آموذنی‌ها شامل ۱۵-۲۰ ساله (۱۲ نفر، ۶/۹٪)، ۲۱-۳۰ ساله (۶۷ نفر، ۳۸/۵٪)، ۳۱-۴۰ ساله (۴۶ نفر، ۲۶/۴٪)، ۴۱-۵۰ ساله (۲۴ نفر، ۱۳/۸٪)، ۵۱-۶۰ ساله (۱۷ نفر، ۹/۸٪)، بالاتر از ۶۰ سال (هشت نفر، ۴/۶٪) می‌باشد و گروه ۲۱-۳۰ ساله دارای بیش‌ترین فراوانی می‌باشد. هم‌چنین ۶۵٪ شرکت‌کنندگان در این آزمون بین ۲۰ تا ۴۰ ساله بودند.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها

| متغیر | فراوانی | درصد |
|----------------------------------|---------|------|
| جنسیت | | |
| مرد | ۳۰ | ۱۷/۲ |
| زن | ۱۴۴ | ۸۲/۸ |
| سن آزمودنی‌ها | | |
| ۱۵-۲۰ | ۱۲ | ۶/۹ |
| ۲۱-۳۰ | ۶۷ | ۳۸/۵ |
| ۳۱-۴۰ | ۴۶ | ۲۶/۴ |
| ۴۱-۵۰ | ۲۴ | ۱۳/۸ |
| ۵۱-۶۰ | ۱۷ | ۹/۸ |
| بالتر از ۶۰ | ۸ | ۴/۶ |
| میزان تحصیلات آزمودنی‌ها | | |
| دیپلم و زیردیپلم | ۱۰۲ | ۵۸/۶ |
| کاردانی و کارشناسی | ۶۰ | ۳۴/۵ |
| کارشناسی ارشد و دکتری | ۱۲ | ۶/۹ |
| تأهل | | |
| متأهل | ۹۶ | ۵۵/۲ |
| مجرد | ۷۸ | ۴۴/۸ |
| مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک | | |
| بله | ۳۸ | ۲۱/۸ |
| خیر | ۱۳۶ | ۷۸/۲ |
| مصرف دارو | | |
| بله | ۴۵ | ۲۵/۹ |
| خیر | ۱۳۶ | ۷۸/۲ |
| جراحی زیبایی | | |
| بله | ۳۳ | ۱۹ |
| خیر | ۱۴۱ | ۸۱ |
| رضایت از جراحی زیبایی | | |
| کاملاً ناراضی | ۴ | ۱۲ |
| به‌نسبت ناراضی | ۴ | ۱۲ |
| به‌نسبت راضی | ۲۱ | ۶۴ |
| کاملاً راضی | ۴ | ۱۲ |

جدول ۲: میزان شیوع اختلال بدشکلی بدنی

| متغیر | فراوانی | درصد |
|----------------------------------|---------|------|
| شیوع اختلال بدشکلی بدنی | ۵۸ | ۳۳/۳ |
| جنسیت | | |
| مرد | ۱۷ | ۲۹/۳ |
| زن | ۴۱ | ۷۰/۷ |
| سن آزمودنی‌ها | | |
| ۱۵-۲۰ | ۴ | ۶/۹ |
| ۲۱-۳۰ | ۲۶ | ۴۴/۸ |
| ۳۱-۴۰ | ۱۶ | ۲۷/۶ |
| ۴۱-۵۰ | ۶ | ۱۰/۴ |
| ۵۱-۶۰ | ۳ | ۵/۱ |
| بالتر از ۶۰ | ۳ | ۵/۲ |
| میزان تحصیلات آزمودنی‌ها | | |
| دیپلم و زیردیپلم | ۳۸ | ۶۵/۵ |
| کاردانی و کارشناسی | ۱۸ | ۳۱/۱ |
| کارشناسی ارشد | ۲ | ۳/۴ |
| تأهل | | |
| متأهل | ۳۰ | ۵۱/۷ |
| مجرد | ۲۸ | ۴۸/۳ |
| مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک | | |
| بله | ۱۲ | ۲۰/۷ |
| خیر | ۴۶ | ۷۹/۳ |
| مصرف دارو | | |
| بله | ۲۰ | ۳۴/۵ |
| خیر | ۳۸ | ۶۵/۵ |
| جراحی زیبایی | | |
| بله | ۱۰ | ۱۷/۲ |
| خیر | ۴۸ | ۸۲/۸ |
| رضایت از جراحی | | |
| کاملاً ناراضی | ۱ | ۱۰ |
| به‌نسبت ناراضی | ۱ | ۱۰ |
| به‌نسبت راضی | ۸ | ۸۰ |

جمعیّت روان‌پزشکی گزارش کرد.^{۱۱} Veale به این نتیجه رسید که ۲۰/۷٪ بیماران خواستار رینوپلاستی تشخیص اختلال بدشکلی بدنی

بدشکلی بدنی بودند.^۴ میزان شیوع در یک مطالعه بر دانشجویان آمریکایی ۲۸٪ گزارش شده است.^۹ Grant میزان شیوع ۱۶٪-۱۳٪ در

در این پژوهش درصد کمی از مبتلایان (۲۰/۷٪) مراجعه قبلی به روان‌پزشک یا روان‌شناس داشته و ۳۴/۵٪ مصرف دارو داشتند و ۱۷/۲٪ اقدام به جراحی زیبایی نموده و از این افراد، ۲۰٪ نارضایتی و ۸۰٪ رضایت نسبی از جراحی زیبایی را اعلام کردند و هیچ فردی رضایت کامل از جراحی نداشت. تمام مطالعات پیشین به این نتیجه دست یافته‌اند که اکثر مبتلایان به این اختلال به متخصصان پوست و جراحی زیبایی و یا متخصصان داخلی مراجعه می‌کنند؛ زیرا آن‌ها علائم خود را پوستی می‌دانند تا روان‌پزشکی یا روان‌شناختی،^۲ در نتیجه اکثریت بیماران درمان روان‌شناختی یا روان‌پزشکی دریافت نمی‌کنند^۲ و اغلب از درمان پوستی ناراضی هستند.^۴

اختلال بدشکلی بدنی از آنچه تصور می‌شود شیوع بیشتری دارد، به‌ویژه در کلینیک‌های پوست و زیبایی. این بیماران به درمان پوستی جواب مناسبی نمی‌دهند و مراجعات مکرر به متخصصان پوست دارند، بنابراین ضروری است که درمان روان‌پزشکی یا روان‌شناختی دریافت کنند و همه این نتایج ضرورت تشخیص زودهنگام اختلال بدشکلی بدنی را مطرح می‌نماید.

محدودیت‌های پژوهش عبارتست از حجم نمونه کم، انتخاب فقط یک کلینیک زیبایی به‌عنوان جامعه پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و استفاده از پرسش‌نامه. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها در نظر گرفته شود؛ پژوهش‌گران می‌توانند نمونه‌های خود را از کلینیک‌های عمومی نیز انتخاب کرده و آن را با نمونه انتخاب شده از کلینیک زیبایی مقایسه نمایند، همچنین می‌توان اختلالات همایند (Comorbid disorder) اختلال بدشکلی بدنی را مطالعه کرد تا مشخص شود که افراد مبتلا چه اختلالات همایند روان‌شناختی مهمی دارند تا در درمان‌های آن‌ها مدنظر قرار گیرد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی شیوع اختلال بدشکلی بدنی در بیماران مراجعه‌کننده با شکایات زیبایی به بیمارستان پوست رازی تهران" مصوب گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد که با حمایت آن دانشگاه اجرا گردیده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر خود را از سرکار خانم سلطانی مسئول محترم درمانگاه زیبایی و نیز دستیاران محترم گروه پوست که در انجام این تحقیق کمک شایانی نموده‌اند ابراز می‌نمایند.

را دریافت کردند.^{۱۱} در مطالعه Talai شیوع این اختلال در دانشجویان علوم پزشکی ساکن خوابگاه‌های مشهد ۷/۴٪ تخمین زده شد.^{۱۲} در پژوهش Uzun که بر روی ۱۵۹ بیمار مبتلا به آکنه در ترکیه انجام شد، ۸/۸٪ از بیماران مبتلا به آکنه خفیف تشخیص اختلال بدشکلی بدنی گرفتند.^{۱۳} Conrado شیوع اختلال بدشکلی بدنی را در میان بیماران پوستی در مقایسه با جمعیت عمومی و مراجعین کلینیک‌های زیبایی بررسی کرد.^۳

نتایج نشان داد شیوع فعلی اختلال بدشکلی بدنی در گروه زیبایی (۱۴٪) بالاتر از جمعیت بیماران عمومی پوست (۶/۷٪) و گروه کنترل (۲٪) بود. مطالعات نشان دادند که ۹-۱۲٪ بیماران مراجعه‌کننده به متخصصان پوست و ۶-۱۵٪ مراجعان به متخصصین جراحی زیبایی مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی هستند.^{۱۳}

دلیل این همه تفاوت شیوع ممکن است شامل تفاوت در استانداردهای اجتماعی، بهنجارهای فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی،^۲ تفاوت‌های روش‌شناختی و محدودیت‌هایی مثل اندازه نمونه و روش اندازه‌گیری باشد.^{۳،۶} در این پژوهش میزان شیوع در زنان بیش‌تر از مردان بود (۷۰/۷٪ در مقابل ۲۹/۳٪). برخی از مطالعات پیشین شیوع مساوی را در دو جنس گزارش کرده^{۱۰،۱۱،۱۲} و برخی از مطالعات نیز مطابق با نتیجه پژوهش حاضر میزان شیوع در زنان را بالاتر از مردان گزارش کرده‌اند.^{۱۳،۱۴،۱۵} ولی پژوهشی یافت نشد که میزان شیوع را در مردان بالاتر از زنان گزارش کرده باشد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، اختلال بدشکلی بدنی در دهه‌های دوم و سوم زندگی آزمودنی‌ها شیوع بیشتری دارد و مبتلایان در مؤلفه تأهل و تجرد به‌طور تقریبی مساوی هستند. هرچه میزان تحصیلات به‌سمت کارشناسی و بالاتر می‌رود از میزان شیوع اختلال کاسته می‌شود؛ به‌طوری‌که گروه دیپلم و زیردیپلم دارای بیش‌ترین فراوانی (۶۵/۵٪) می‌باشند. در نمونه Talai نیز دانشجویان مورد مطالعه دامنه سنی ۲۸-۱۹ سال قرار داشتند.^{۱۲}

در برخی مطالعات^۴ میانگین سن آزمودنی‌هایی که تشخیص اختلال بدشکلی بدنی را دریافت کرده بودند ۳۳/۷ بود که جوان‌تر از آن‌هایی بودند که این تشخیص را دریافت نکرده بودند. به‌طور کلی مطالعات پیشین به این نتیجه دست یافته‌اند که این بیماران از لحاظ اجتماعی-اقتصادی در طبقه پایینی قرار دارند^{۳،۶} و دچار آسیب‌هایی در کیفیت روابط خود هستند.^۳

References

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Uzun O, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Ozşahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry* 2003;44(5):415-9.
3. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluza V, Torres AR, Miguel EC, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2010;63(2):235-43.
4. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(3):436-41.
5. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image* 2004;1(1):99-111.
6. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res* 2010;178(1):171-5.
7. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg* 2003;22(2):136-47.
8. Rabiei M, Khoramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, reliability and validity of the Obsessive Compulsive Scale- practice Yale- Brown for body dysmorphic disorder among students. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2010;15:343-50. [Persian].
9. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res* 2002;109(1):101-4.
10. Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012;43(2):724-9.
11. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg* 2003;56(6):546-51.
12. Talai A, Fayazi Bordbar MR, Nasirae A, Ardani AR. Evaluate the pattern and prevalence of body dysmorphic disorder symptoms among college students. *J Mashhad Univ Med Sci* 2009;52:49-56. [Persian]
13. 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.

Prevalence of body dysmorphic disorder in patients referred to Razi hospital cosmetic clinic with complaints of cosmetic disorders

Abstract

Received: December 15, 2012 Accepted: March 02, 2013

Amirhooshang Ehsani M.D.¹
Yousef Fakour M.D.²
Fatemeh Gholamali M.D.^{1*}
Leila Mokhtari³
Mahbobeh Sadat Hosseini
M.D.⁴
Najmeh Khosrovanmehr³
Pedram Noormohammadpour
M.D.¹

1- Department of Dermatology,
Razi Hospital, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Ministry of Health and Medical
Education, Tehran, Iran.
3- Free Researcher, Statistics
Specialist, Tehran, Iran.
4- Department of Endocrinology,
Baqiatallah University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Vahdat-e-eslami
Ave., Vahdat-e-Eslami Sq., Razi
Hospital, Tehran, Iran.
Tel: +98-21-55618989
E-mail: fatemehgholamali@ymail.com

Background: Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by a preoccupation with an imagined defect in ones appearance or an exaggeration of a slight physical anomaly. Any part of the appearance may be the focus of BDD patients. Thus preoccupation with appearance leads to significant damages of social and job functioning. The aim of this study is to determine the prevalence of BDD in patients referred to cosmetic clinic of Razi hospital.

Methods: Patients visiting cosmetic clinic of Razi hospital were selected if they agreed to participate in the study. They were evaluated by Yale brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder (YBOCS-BDD) as well as questionnaires containing demographic characteristics of patients including gender, educational status, marital status, history of reference to psychiatrist or psychologist, other medication, history of cosmetic surgery and rate of satisfaction of cosmetic surgery. YBOCS-BDD questionnaires then processed by educated specialist to determine BDD score of patients. Demographic questionnaires, also analysed to evaluate epidemiologic properties of patients visiting cosmetic clinic of Razi hospital.

Results: The prevalence of BDD in current sample was 33.3%. 70.7% of BDD patients were female while 29.3% were male. The commonest age range was 21-50 years (82.8%). 65.5% were educated to level of diploma or lower, while 34.5% had academic degrees. 51.7% were married. 20.7% had history of reference to psychiatrist or psychologist. 17/2% had history of cosmetic surgery with satisfaction ranging from unsatisfied (20%) to relative satisfaction (80%). None were fully satisfied.

Conclusion: BDD had high prevalence in patients visiting cosmetic clinic of Razi skin hospital. This high rate of prevalence show the necessity of diagnosis of BDD in skin patients and it is critical for them to refer to psychiatrists or psychologists.

Keywords: Body dismorphic disorder, cosmetic, patients, prevalence.