

Body dysmorphic disorder and anxiety in patients of in orthodontic clinics of Birjand University of Medical Sciences in 2014-2015

Aliakbar Esmaeili¹, Mostafa Shahrabadi², Sayd Mohsen Hoseini Adib³

Although self-care and attaining fitness improves physical and mental health and relative self-satisfaction, exaggeration in this respect can result in mental disorders.

The present study aimed at assessing the prevalence of body dysmorphic disorder and anxiety in 150 patients of orthodontic clinics of Birjand University of Medical Sciences between 2014- 2015. In order to evaluate the variables, the modified Yale - Brown obsessive-compulsive and Zank anxiety questionnaires were used. After data collection and feeding it into SPSS (V: 21) software independent T test and X² statistical tests were applied; and $\alpha= 0.05$ was taken as the significant level. The obtained results showed that 28% (n = 42) of the subjects were men and 72 % (108) were women. Besides, it was found that there were significant correlations between marital status, on one hand, and depression and anxiety, on the other; and between orthodontic history and anxiety. Moreover, the majority of the subjects in different groups were normal according to Zank Anxiety Scale. Zank scale between anxiety and marital status (P = 0.009) and between anxiety and orthodontic history (P = 0.002) there was also significant. Thus, in those seeking orthodontic treatment, psychological factors cannot be ignored, especially the married ones; and psychological counseling should be taken into account for these cases.

Key Words: Body dysmorphic disorder, Anxiety, Orthodontic treatment.

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2017; 24 (2): 147-153

Received: January 3, 2017

Accepted: March 5, 2017

¹**Corresponding Author;** Psychiatry and behavioral sciences research center, Assistant professor of psychiatry, Birjand University of Medical Science ,Birjand, Iran.

Email: esmaeili67@gmail.com

Tel: +989155350321

² Medical student, Birjand University of Medical Science ,Birjand, Iran

³ Orthodontic Department, Birjand University of Medical Science ,Birjand, Iran

بررسی اختلالات بد ریختی بدن و اضطراب در بیماران در مانگاه ارتودنسی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند طی سال 1393

علی اکبر اسماعیلی¹، مصطفی شهرآبادی²، سید محسن حسینی ادیب³

چکیده

اگر چه ضرورت خودمراقبتی و رسیدن به تناسب اندام، باعث افزایش سلامت جسمی و روحی و رضایت نسبی از خویش می‌شود، پرداختن اغراق آمیز و غیرضروری می‌تواند ناشی از اختلالات روانی باشد. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی اختلالات بد ریختی بدن و اضطراب در 150 نفر از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه ارتودنسی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند طی سال 1393 انجام شد. برای بررسی متغیرها از پرسشنامه اصلاح شده وسواس جبری یل-براون و پرسشنامه اضطراب زانک استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آنها به نرم‌افزار SPSS (ویرایش 21)، از آمار توصیفی برای شرح و توصیف داده‌ها و از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و تی مستقل برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. حد معناداری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. در بررسی انجام شده 28 درصد (42 نفر) افراد مرد و 72 درصد (108 نفر) زن بودند. نتایج نشان داد که بین وضعیت تأهل با اضطراب و افسردگی و بین سابقه ارتودنسی و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود داشت. همچنین از نظر مقیاس اضطراب زانک نیز اکثر افراد در گروه‌های مختلف در حالت نرمال قرار داشتند. بین اضطراب با مقیاس زانک با وضعیت تأهل ($P=0/009$) و سابقه ارتودنسی ($P=0/002$) ارتباط معنی‌داری دیده شد. در افراد متقاضی ارتودنسی و به‌خصوص متاهلین نمی‌توان عوامل روان‌شناختی را نادیده گرفت و مشاوره روانی برای بیماران باید مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بد ریختی بدن، اضطراب

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1396؛ 24 (2): 147-153.

پذیرش: 1395/12/15

دریافت: 1395/10/14

¹ نویسنده مسؤول؛ عضو مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند - دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - دانشکده پزشکی
تلفن: +989155350321 پست الکترونیکی: esmaeili67@gmail.com

² عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

³ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

اضطراب ارتباط دارد. همچنین در مطالعه‌ای دیگر که بر روی دانشجویان انجام شده بود، مشخص شد که 70 درصد دانشجویان از ظاهر خود ناراضی هستند و ترس از تصویر بدنی خویش دارند و 28 درصد به اختلال بدریختی بدنی مبتلا هستند (6).

درمان‌های ارتودنسی که با هدف بهبود نظم و زیبایی دندانی و به دنبال آن زیبایی چهره است، گسترش روزافزونی پیدا کرده‌اند. گزارش شده است که بهبود زیبایی مهم‌ترین عامل برای بسیاری از افرادی است که تصمیم به انجام ارتودنسی دارند؛ چرا که اختلال بدشکلی بدن باعث ادراک منفی فرد از بدن شده و منجر به عمل جراحی زیبایی می‌شود (7).

همانطور که گفته شد، عوامل فرهنگی و اجتماعی در نگرش افراد به مسائل زیبایی حائز اهمیت می‌باشد و می‌تواند در بروز اختلال بدریختی بدن مؤثر واقع گردد. از طرفی تاکنون مطالعه‌ای در بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه ارتودنسی بیرجند در این زمینه انجام نگردیده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی اختلالات بدریختی بدن در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه ارتودنسی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند طی سال 1393 انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، بر روی 150 بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد. بیماران، به روش نمونه‌گیری غیر احتمالاتی آسان انتخاب شدند و از آنها برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه گرفته شد. افراد با سن زیر 18 سال نیز از مطالعه خارج گردیدند.

پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیماران برای بررسی تصویر ذهنی و اختلال بدریختی بدن، از پرسشنامه اصلاح‌شده وسواس جبری یل- براون¹ و برای بررسی و شناسایی

اختلال بدشکلی بدن در گذشته بدشکلی هراسی نامیده می‌شد (1)؛ ولی در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانشناسی آمریکا (DSM- IV) اختلال بدشکلی بدن به این صورت تعریف شده است که فرد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، اشتغال ذهنی یا نقص تخیلی در ظاهر دارد و اگر نابهنجاری‌های جسمی مختصری وجود داشته باشد، نگرانی بیمار به‌طور آشکاری افراطی است (2). این اشتغال ذهنی از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال چشم‌گیری در کارکرد شغلی، اجتماعی و یا دیگر حوزه‌های کارکردی فرد ایجاد می‌کند (1).

اضطراب، حال هیجانی است که هرکسی در طی زندگی تجربه می‌نماید و به‌صورت تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب، علایم دستگاه اتونوم مانند: سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است. اضطراب هشدار می‌دهد که فرد را گوش بزنگ می‌نماید و در حقیقت پاسخی بهنجار و انطباقی است که موجب حفظ حیات می‌گردد؛ ولی این حالت هیجانی در شرایطی حالتی مرضی می‌گردد که اضطراب مرضی و اختلال اضطرابی تلقی می‌گردد. اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی هستند. در مطالعات، از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی لاقول یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال‌ها 17/7 درصد است (3).

تأکید فرهنگی- اجتماعی بر روی جذابیت، تناسب جسمانی و فشارهای ادراک‌شده از سوی رسانه‌ها برای زیبایی، باعث نارضایتی از بدن و اختلالات روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی و خوردن می‌شود (4). تحقیقات متعددی ارتباط عدم رضایت از تصویر ذهنی بدنی با اضطراب و استرس و رفتارهای وسواسی- جبری (4) را به اثبات رسانده‌اند. در مطالعه Martens و همکاران (5) نیز مشخص شد که احساس تصویر بدنی آشفته، با افسردگی و

¹ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. حد معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بررسی انجام‌شده، از 150 بیمار مورد مطالعه مراجعه‌کننده به درمانگاه ارتودنسی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، 28 درصد (42 نفر) مرد و 72 درصد (108 نفر) زن بودند. میانگین سنی در کل مراجعه‌کنندگان $27/63 \pm 7/4$ سال بود که کمترین سن 18 سال و بزرگترین سن 40 سال بود. میانگین سنی در مردان $28/05 \pm 1/1$ سال و در زنان $27/47 \pm 0/7$ سال بود که از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/647$). از 150 بیمار مورد بررسی، 55/3 درصد (83 نفر) متأهل و 44/7 درصد (67 نفر) مجرد بودند. از میان 150 مراجعه‌کننده به درمانگاه، 42/7 درصد (64 نفر) مورد ارتودنسی داشتند و 57/3 درصد (86 نفر) هیچ سابقه‌ای از انجام ارتودنسی نداشتند. از میان 150 بیمار فقط یک نفر سابقه اختلالات روانپزشکی داشت (0/7 درصد) و هیچ‌کدام از مراجعه‌کنندگان تجربه انجام جراحی زیبایی در گذشته نداشتند.

بر اساس نتایج پرسشنامه اضطرابی، 75/3 درصد (113 نفر) افراد اضطراب نرمال، 21/3 درصد (32 نفر) افراد استرس خفیف، 2/7 درصد (4 نفر) آنها اضطراب متوسط و تنها 0/7 درصد (1 نفر) استرس شدید داشتند. در بررسی اختلال تصویر بدنی، 80/7 درصد (121 نفر) افراد نرمال و 19/3 درصد (29 نفر) آنها دچار اختلال تصویر ذهنی از بدن خود بودند.

در بررسی مقایسه‌ای - تحلیلی بین وضعیت تأهل با اضطراب بر اساس پرسش‌نامه زانک، رابطه آماری معنی‌داری یافت شد؛ به طوری که اضطراب در افراد متأهل بیشتر بود ($P \leq 0/009$). همچنین در بررسی مقایسه‌ای - تحلیلی سابقه ارتودنسی با آیتم اضطراب بر اساس پرسشنامه زانک، رابطه

اضطراب از پرسش‌نامه اضطراب زانک¹ استفاده شد. مقیاس خودسنجی اضطراب زانک، دارای 20 ماده می‌باشد. هر عبارت بر مبنای مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار (هیچ - گاه یا به ندرت، گهگاه، بیشتر اوقات و دائم یا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین 20 تا 80 می‌باشد. بر اساس فرمول درصد اضطرابی، محاسبه درصد اضطراب انجام و سپس بر مبنای آن سطح اضطراب به پنج سطح شامل: سطح نرمال (0-49%)، خفیف (50-59%)، متوسط (60-69%)، شدید (70-79%) و خیلی شدید (100-80%) طبقه‌بندی می‌گردد.

مقیاس اضطراب زونگ (1970)، بر مبنای نشانگان بدنی عاطفی اضطراب تهیه شده است. پایایی این مقیاس در پژوهش حسین ثابت (1387) بر اساس ضریب کرونباخ 0/78 به دست آمد و روایی صوری و محتوایی آن نیز به تأیید رسید (8).

مقیاس اصلاح‌شده اختلال وسواسی اجباری یل-براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD):

ابزار خودسنجی 12 سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای یک ساختار مرتبه‌ای دوعاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل شامل: وسواس فکری و وسواس عملی و دو سؤال اضافی نیز در مورد بینش و اجتناب هستند. پاسخ‌دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق گسترده است، نشان می‌دهند. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که YBOCS-BDD دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد و در ایران نیز روایی و پایایی آن توسط ربیعی و همکاران ثابت شده است (9).

پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آنها به نرم‌افزار SPSS (ویرایش 21)، از آزمون‌های آماری توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) برای شرح و توصیف داده‌ها و از آزمون‌های آماری مجذور کای، دقیق فیشر و تی مستقل برای

¹ Zung Self-Rating Anxiety Scale

جدول 1- مقایسه توزیع فراوانی مقیاس اصلاح شده اختلال وسواسی و اضطراب زانک بر حسب متغیرهای دموگرافیک در افراد مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	مقیاس اصلاح شده اختلال وسواسی (فراوانی (درصد))		اضطراب زانک (فراوانی (درصد))		
			نرمال	بیمار	نرمال	خفیف	شدید
جنسیت	مرد	42	33 (78/6%)	9 (21/4%)	35 (83/3%)	7 (16/7%)	0 (0%)
	زن	108	85 (78/7%)	23 (21/3%)	78 (72/2%)	25 (23/1%)	4 (2/7%)
تأهل	سطح معنی داری		0/99			0/503	
	مجرد	67	55 (82/1%)	12 (17/9%)	58 (86/6%)	9 (13/4%)	0 (0%)
سابقه ارتودونسی	متأهل	83	63 (75/9%)	20 (24/1%)	55 (66/3%)	23 (27/7%)	4 (4/8%)
	سطح معنی داری		0/36			0/009	
سطح معنی داری	دارد	64	52 (81/3%)	12 (18/8%)	56 (87/5%)	7 (10/9%)	0 (0%)
	ندارد	86	66 (76/7%)	20 (23/3%)	57 (66/3%)	25 (29/1%)	4 (4/7%)
	سطح معنی داری			0/51		0/002	

* در سطح 0/05 معنی دار است

این نتیجه باید عنوان کرد، از آنجا که در اختلال خودبیمارانگاری، فرد به طور دائم نگران سلامت خود و ابتلا به اختلالات بدنی فرضی است، بدیهی است که موجی از اضطراب همیشگی با وی همراه باشد. در حالی که انتظار می‌رود، به خاطر حمایت‌های روانی و اجتماعی، این اختلالات در متأهلین از شیوع کمتری برخوردار باشد.

Phillips و همکاران نشان دادند که اکثر افراد مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری مجرد بوده و از نظر جنسیت به صورت تقریباً برابر، مرد و زن هستند (12). این در حالی است که Veale و همکاران نشان دادند زنان مبتلا تقریباً 3 برابر مردان هستند (13). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که زنان 29/6 برابر مردان مبتلا به این اختلال بودند. Hepburn و همکاران در مطالعه خود بر روی متقاضیان ارتودونسی به این نتیجه رسیدند که 3 بیمار (7/5 درصد) دچار اختلال خودبیمارانگاری بودند (14).

بیشتر افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، نقص خود را بر روی جنبه‌هایی از چهره خود ذکر می‌کنند. به همین دلیل، دندانپزشکان، ارتودنتیست‌ها، جراحان فک و صورت و جراحان پلاستیک اولین کسانی هستند که با این بیماران درگیر

آماری معنی داری وجود داشت؛ به طوری که اضطراب در افرادی که سابقه‌ای از ارتودونسی نداشتند، بیشتر بود (جدول 1) (P=0/002).

بحث

در این مطالعه شیوع اضطراب در حدود 25 درصد مشاهده گردید. در مطالعه ملی بررسی ابتلای همزمان، گزارش گردید که از هر چهار نفر یکی واجد ملاک‌های تشخیصی لاقول یک اختلال اضطرابی است و میزان شیوع سالیانه این اختلال 17/7 درصد می‌باشد (3).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سابقه ارتودونسی با آیم اضطراب رابطه آماری معنی داری داشت؛ به طوری که اضطراب در افرادی که سابقه‌ای از ارتودونسی نداشتند، بیشتر بود. همچنین رابطه بین وضعیت تأهل با اضطراب نیز از نظر آماری معنی دار بود؛ به طوری که اضطراب در افراد متأهل بیشتر بود. نتایج مطالعه قاسم‌نژاد و همکاران (10) نشان داد که خودبیمارانگاری با اضطراب و اضطراب با تأهل رابطه دارد. این نتیجه همسو با نتایج مطالعه حاضر و ناهمسو با نتیجه مطالعه Abramowitz و Moore (11) است. برای تبیین

زیبایی و تناسب در خود جستجو می‌کنند، معمولاً در تصویر واقعی از خود گمراه شده‌اند. بنابراین آگاهی بیشتر جراح از علائم روان‌شناختی و اطمینان یافتن از سلامت روانی بیماران، ضروری به نظر می‌رسد. در این ارتباط پیشنهاد می‌شود که پزشکان جراحی زیبایی در پذیرش بیماران با سابقه مشکلات روانی و شخصیتی و جراحی‌های متعدّد و مکرّر، با احتیاط عمل کرده و در صورت نیاز، به ترغیب و ارجاع‌دادن بیمار به روانپزشک و مشاور بپردازند تا از عواقب و پیشامدهای سوء آن جلوگیری به عمل آید.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی آقای مصطفی شهرآبادی می‌باشد. بدین‌وسیله از زحمات ایشان، اساتید راهنما و مشاور طرح و نیز از بیمارانی که در اجرای این مطالعه همکاری نمودند و همچنین پایگاه تحقیقات بالینی بیمارستان امام رضا (ع)، سپاس‌گزاری می‌گردد.

هستند. نگرانی این افراد معمولاً بسیار خاص و بسیاری از بیماران، جراحی را راه‌حل تمام مشکلات خود می‌دانند. ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی و تأکید زیاد جامعه بر جذابیت‌های ظاهری، مقایسه‌کردن افراد از لحاظ ظاهری و ارزش قائل‌شدن برای افراد زیبا و تسهیل امور برای آنها و از طرفی ایجاد احساس کمتری به دلیل ظاهر و یا تجربه تمسخرآمیز از سوی دیگران، می‌تواند فرد را در مقابل تصویر بدنی خود حساس نماید. از سوی دیگر این افراد که دچار خودپنداره منفی از خود هستند، برای کاهش این تصویر بدنی و به‌دست آوردن عزت نفس بالاتر، از جراحی‌های زیبایی استفاده می‌کنند. در صورتی که جراحی زیبایی حداقل رضایت آنها از عضو مربوطه را فراهم سازد، امکان دارد که از تصویر بدنی خود رضایت پیدا کنند.

نتیجه‌گیری

بسیاری از واکنش‌های افراد، به تصویری که از خود در ذهن دارند، بستگی دارد. بیمارانی که جراحی را برای افزایش

منابع:

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry behavioral sciences. 1st ed. Translated by: Rezae F. Tehran: Arjmand; 2009. pp: 540-3.
- 2- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV [Internet]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994 [cited 2015 Mar 15]. 866 p. Available from: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry behavioral sciences. 1st ed. Translated by: Rezae F. Tehran: Arjmand; 2016. Vol 1. pp: 701-5. [Persian]
- 4- Benedict C, Rodriguez VM, Carter J, Temple L, Nelson C, DuHamel K. Investigation of body image as a mediator of the effects of bowel and GI symptoms on psychological distress in female survivors of rectal and anal cancer. Support Care Cancer. 2016; 24(4): 1795-802.
- 5- Martens U, Czerwenka S, Schrauth M, Kowalski A, Enck P, Hartmann M, et al. [Body image and psychiatric comorbidity in patients with somatoform gastrointestinal disorders]. Z Psychosom Med Psychother. 2010; 56(1):47-55. [German]
- 6- Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization and obsessive compulsive disorder. J Clin Psychol. 1998; 54(4): 489-99.
- 7- De Brito MJ, Nahas FX, Cord's TA, Tavares H, Ferreira LM. Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. Plast Reconstr Surg. 2016; 137(2): 462-71.
- 8- Hossein-Sabet F. Effectiveness of patience training in anxiety, depression and happiness. Studies in Islam and Psychology. 2008; 1(2): 79-92. [Persian]

- 9- 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. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2010; 15(4): 343-50. [Persian]
- 10- Gasemnejad SM, Jaallalmanesh S, Rasady M, Mahmoudi M. Association study of anxiety and hypochondriasis in student of Islamic Azad University, Lahijan medical branch in 2008. *Med Sci.* 2011; 21(3): 222-6. [Persian]
- 11- Abramowitz J, Moore E. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behav Res Ther.* 2007; 45(3): 413-24.
- 12- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Hudson JI, Pope HG Jr. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull.* 1994; 30(2): 179-86.
- 13- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body Dysmorphic Disorder; a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996; 169(2): 196-201.
- 14- Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofac.* 2006; 130(5): 569-74.