

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABE”
TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

TULBURAREA DISMORFICĂ CORPORALĂ .
ASPECTE PSIHIATRICE ȘI CHIRURGICAL-ESTETICE

Conducător științific:

Acad. Prof. Dr. Med. Mircea LEZĂRESCU

Doctorand:

Dr. Diana JIVĂNESCU

Timișoara

2011

CUPRINS

Pag

PARTEA GENERALA

1. INTRODUCERE	1
2. STADIUL ACTUAL AL CUNOA TERII	5
2.1. Istoricul tulbur rii dismorfice corporale	5
2.2. Diagnosticul pozitiv al tulbur rii dismorfice corporale	6
2.2.1. Criterii de diagnostic DSM-III-R pentru tulburarea dismorfic corporal	6
2.2.2. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea dismorfic corporal	6
2.2.3. Elemente de diagnostic	7
2.2.4. Criterii de diagnostic ICD-10 pentru tulburarea dismorfic corporal	8
2.3. Diagnosticul diferen ial al tulbur rii dismorfice corporale	8
2.3.1. Preocuparea normal în leg tur cu aspectul fizic	8
2.3.2. Tulbur ri psihice	8
2.3.3. Tulbur ri non-psihiatrice	15
2.4. Tablou clinic	16
2.4.1. Criteriul 1	16
2.4.2. Criteriul 2	30
2.4.3. Criteriul 3	32
2.5. Comorbiditatea	33
2.5.1. Comorbiditatea cu tulburarea depresiv	33
2.5.2. Comorbiditatea cu tulburarea obsesiv-compulsiv	33
2.5.3. Comorbiditatea cu anxietatea i fobia social	33
2.5.4. Comorbiditatea cu tulbur rile adictive	34
2.5.5. Comorbiditatea cu tulbur rile din axa II a DSM-IV	34
2.5.6. Comorbiditatea cu tulbur rile de instinct alimentar	34
2.6. Raportul pe sexe	35
2.7. Aspecte evolutive	36
2.8. Tratatamentul tulbur rii dismorfice corporale	37
2.8.1. Farmacoterapia	38
2.8.2. Abordarea psihoterapeutic – Terapia cognitiv-comportamental	44
2.9. Complexul Adonis	52
2.10. Aspecte chirurgical estetice în tulburarea dismorfic corporal	59

PARTEA SPECIALA

3. Metodologie	67
3.1. Introducere	67
3.2. Scopul lucrării	67
3.3. Obiectivele lucrării	68
3.3.1. Obiectiv general	68
3.3.2. Obiective specifice	68
3.4. Material și metod	68
3.4.1. Material	69
3.4.2. Instrumente utilizate	69
3.4.3. Metod	78
3.4.4. Limitele studiului	78
3.4.5. Originalitatea studiului	79
3.5. Ipotezele lucrării	79
3.5.1. Ipoteză generală	79
3.5.2. Ipoteze specifice	79
3.6. Prelucrarea statistică a datelor	82
4. Rezultate și discuții	84
4.1. Intervențiile chirurgicale estetice și tulburarea dismorfofobică corporală	84
4.1.1. Prezentarea comparativă a eșantionelor. Caracteristici socio-demografice.	84
4.1.2. Analiza parametrilor clinici generali.	91
4.1.3. Frecvență comparativă a trăsăturilor de personalitate accentuate la cele două loturi.	102
4.1.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”)	107
4.1.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal	115
4.1.6. Corelații între rezultatele obținute la scale și chestionare de subiecți din lotul de studiu (subiecți cu intervenții chirurgicale estetice repetate)	119
4.1.7. Sinteza rezultatelor - partea I-a - Intervențiile chirurgicale estetice repetate și tulburarea dismorfofobică	120
4.1.8. Concluzie I	122
4.2. Complexul Adonis și tulburarea dismorfofobică	123
4.2.1. Prezentarea comparativă a eșantionelor (de studiu și de control). Caracteristici socio- demografice.	123
4.2.2. Analiza parametrilor clinici generali.	127

4.2.3. Frecven a comparativ a tr s turilor de personalitate accentuat la cele dou loturi.	138
4.2.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfic Corporal („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”)	143
4.2.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal	148
4.2.6. Chestionar de evaluare pentru Complexul lui Adonis	153
4.2.7. Corela ii între rezultatele ob inute la scale i chestionare de subiec ii din lotul de studiu (subiec i cu Complex Adonis).	163
4.2.8. Sinteza rezultatelor ob inute - Partea a II-a - Complexul Adonis i tulburarea dismorfofobic	163
4.2.9. Concluzii Partea a II-a	166
5. Verificarea ipotezelor	167
6. Concluzii i recomand ri	171
7. Cazuri clinice	172
7.1. Cazul nr.1	172
7.2. Cazul nr.2	174
Bibliografie	I
Anexe	XII

PARTEA GENERALA

1. INTRODUCERE

Tulburarea dismorfic corporal (TDC) este în esență definită ca o preocupare excesivă, anormală sau disproporționată cu un presupus defect în aspectul fizic, care ar face subiectul urât, neatractiv. Preocuparea poate avea și o variantă delirantă și nu se manifestă în cadrul anorexiei mentale sau transexualismului. Interesul pentru studierea și interpretarea TDC a crescut în ultimul timp datorită orientării actuale a doctrinelor psihopatologice, mai ales a celor neofenomenologice, developmentale și cognitiviste, prioritară este studierea „corpului trait”, („leib”, „liver body”, „corp vecu”, trup) [1, 2, 3, 4, 5]. Pe lângă abordarea clinică, există deci în prezent și un interes psihopatologic crescut pentru TDC [6,7].

Tulburarea dismorfic corporal (TDC) ocupă un loc aparte între tulburările psihopatologice, nu datorită frecvenței sale – care oficial este mică – ci datorită semnificației sale deosebite, psihopatologice și clinice. În primul rând ar fi vorba de o tematică inedită, cea a preocupării excesive, patologice, față de propriul corp, față de propria „imagine corporală”, față de manifestarea publică a acesteia. Acest fapt justifică plasarea sa în clasa „tulburărilor somatoforme” în DSM-IV-TR și ICD-10, alături de hipocondrie, algia psihogenă, tulburările de somatizare etc. Toate acestea au, dintr-un anumit punct de vedere, un statut clinic incert în afara orientării tematice, oscilând între fobie, obsesie, ideea de supraevaluare și delir monotematic corporal. TDC este comentată, de obicei ca dezvoltare prevalențială circumscrisă de o idee supraevaluată, această tulburare exprimând o distorsiune a preocupărilor persoanei față de propria imagine corporală. Dar, aceeași tematică se regăsește la delirurile monotematice. Astfel, tulburarea dismorfic se manifestă într-un domeniu al psihismului în care există în egală măsură o preocupare în sfera corporalității, cât și în domeniul contactului relațional cu alții.

Din această perspectivă, în cazul TDC problema clinico-psihopatologică propriu-zisă are în vedere cantonarea psihopatologiei la nivelul delimitării corporale a persoanei, în zona în care subiectul se circumscrie dinspre interior și în același timp se raportează la exteriorul fizic și social. Această zonă a persoanei a intrat în atenția neuropsihopatologiei inițial prin problematica „schemei

corporale” a c reii func ie i disfunc ie au studiat-o neurologii [8]. Schema corporal este o component important a imaginii corporale care este perturbat în TDC. Schema corporal se refer la delimitarea neuropsihologic a propriului corp, prin reprezentarea sa pe scoar a cerebral în zona parietal posterioar a emisferului nedominant, în apropierea zonei corticale în care se integreaz informa iile despre spa iul înconjur tor [9]. Se delimiteaz astfel în raport cu spa iul exterior propriei corporalit i – în care se plaseaz i al i subiec i umani pe care persoana îi poate percepe – zona interioar a spa iului propriului corp, ce e resim it i pe baza informa iilor interoceptive i artromiokinetice. În acest “spa iu interior” e plasat, în cursul ontogenezei, sediul propriului psihism inten ional i autoelaborat, subiectivitatea persoanei, ceea ce emerge din sine i apar ine subiectului, ca intimitate, ca secret personal [10]. Din perspectiv neurologic , perturbarea schemei corporale – prin tumori, traumatisme, hemoragii etc. – determin sindroame neurologice, cum ar fi sindromul Anton-Babinski cu hemiasomatognozie.

Schema corporal st la baza elabor rii “imaginii corporale”. Imaginea corporal reprezint un construct psihologic complex care se încadreaz în reprezentarea global pe care orice persoan o are despre sine [11]. În aria de circumscriere a imaginii corporale se încadreaz concepte consacrate, precum: identitatea corporal (bazat pe delimitarea spa ial asigurat de schema corporal), stima de sine, imaginea ideal despre sine, raportarea interpersonal atitudinal i bilan ul existen ial. Imaginea corporal implic percep ia constant a sinelui la nivel corporal, a schemei corporale i a interiorului propriului trup; precum i a limitelor personale, totul din perspectiva rela ion rii interpersonale i a interac iunilor sociale. Faptul presupune automat modul în care subiectul are sentimentul c îl percep i evalueaz ceilal i în primul rând din punct de vedere al aspectului fizic [12]. La un nivel ulterior imaginea corporal depinde i de al i factori ce in de temperament i personalitate. Orientarea natural a corporalit ii expresive c tre ceilal i se produce în direc ia accept rii, integr rii i atractivit ii, fiind ghidat de norme i idealuri definite socio-cultural i istoric.

Ca preocupare distorsionat fa de imaginea corporal , tulburarea dismorfic se asociaz cu multiple alte preocup ri ale subiectului, fie acestea normale ori particulare, ea profilându-se ca vârful unui iceberg. În cazul preocup rii subiectului pentru acceptare, integrare i valorizare social , aspectul s u corporal joac un rol deosebit de important, al turi de al i factori de personalitate. Pân la un anumit punct se poate face o distinc ie între acceptarea social pe care o urm re te pacientul cu TDC (interesat în primul rând de a nu p rea dismorfic, dizarmonic, urât în ochii celorlal i) i preocuparea pentru atractivitate fizic ; respectiv pentru a produce o impresie pozitiv asupra celorlal i printr-un aspect corporal atractiv.

Tulburarea psihopatologic ce se întâlne te în TDC se coreleaz i cu alte st ri psihopatologice ce vizeaz corporalitatea [13]. Din perspectiv psihopatologic tulburarea “limitelor spa iale ale

propriului corp”, care delimitează viaa psihică interioră a subiectului de lumea exterioară, a fost comentat inițial în corelație cu unele simptome din schizofrenie, ca “depersonalizare corporală”, în cadrul căreia subiectul resimte “când nu mai are limite”, ca “se răspândește în jur” etc. Aceste trăsături erau înscrise greu de diferentiate de unele expresii metaforice ale schizofrenicilor, corelate tulburărilor de limbaj din această boală. Ulterior a fost corelat cu psihopatologia schemei corporale un simptom ce se întâlnește în psihopatologia obsesională și constă din sentimentul, obsesia sau convingerea în contaminarea corpului cu substanțe nocive sau agenți biologici neperceptibili; consecutiv acestei trăsături, subiectul recurge la spălări și curățări compulsive și/sau la conduite de evitare și precauție. Dezvoltarea în ultima perioadă a ideii “spectrului tulburării obsesiv-compulsive” [14, 15] a condus la gruparea într-un cluster apropiat a unui ansamblu de tulburări dintre care multe exprimă o preocupare anormală față de limitele corporale. Acestea sunt, de exemplu, manifestări impulsive ca tricotilomania sau trăsături obsesiv-prevalente între care și tulburarea dismorfică corporală. Incluziunea TDC în spectrul tulburării obsesiv-compulsive indică faptul că, în ambele cazuri, intră în joc o preocupare anormală față de limitele corporale ale subiectivității. Dar direcția în care se desfășoară patologia, convergent până la un punct, devine divergentă de la un alt nivel. Această cum de-așa menționat, în patologia obsesiv-compulsivă, limitele corporale intră în preocupare patologică în primul rând în perspectiva spațială fizică a schemei corporale, a cărei disoluție susține tema infestației. În TDC limitele corporale ale subiectului intră în criză din altă perspectivă; și anume, cea a “imaginii corporale” și “aparenței sociale”. Desigur, e vorba tot de delimitarea corporalității psihismului persoanei. Dar, în cazul TDC, direcția este nu spre spațiul fizic și acțiunea pragmatic eficientă (bazată pe decizie, proiecte, verificări și finalizare), ci pe manifestarea interpersonală socială, al cărei rol este în primul rând expresiv și comunicant. Imaginea corporală se referă la reprezentarea de sine a psihismului corporal, din perspectiva prezenței sale potențiale și eficient expresive în fața altor oameni, în sensul comunicării, afirmării, captării, evaluării, aprecierii, seducției, impresiei etc. Procesul psihologic se desfășoară în plan metareprezentational în sensul că subiectul își reprezintă – și imaginează – conștient și inconștient cum va apărea el în fața altora, cum va fi perceput și evaluat de aceștia, cum îi va impresiona, cum va fi judecat, evaluat, comentat etc. Desigur că această funcție a IC este una operațională, activă constant în cadrul relațiilor interpersonal sociale efective. Dar ea este și o funcție psihică de autoreprezentare și autoevaluare, care se formează în ontogeneză în corelație cu imaginea de sine și idealul de sine. Iar acest ideal de sine, atât psihic cât și corporal, este modelat de idealurile sociale. Felul în care subiectul dorește să se prezinte, să se manifeste și să apară prin expresivitatea corporalității sale, are ca referențial idealul de aspect corporal pe care-l vehiculează o socio-cultură dată. Faptul are o importanță deosebită, mai ales, în perspectivă formativă, ontogenetică.

Din această perspectivă a IC, TDC se corelează parțial și cu alte sindroame psihopatologice care, și ele sunt în mare măsură modelate de cultură. O importantă apropiere s-a făcut și se face cu “anorexia mentală a tinerelor fete” [16]. Această patologie are și alte determinisme decât dorința unei apariții sociale printr-o formă corporală cât mai conformă cu un ideal (parțial cultural); sindromul este corelat cu vârsta, sexul, apariția menstruelor, genetica, educația etc. Dar, există și destul de multe apropieri și similitudinii. De aceea, relativ recent s-a descris la băieții adolescenți sindromul “Adonis” care ar fi un fel de echivalent masculin al anorexiei mentale a fetelor, constând în dorința de a avea un aspect corporal musculos; motiv pentru care se fac exerciții excesive și se consumă abuziv anabolizante..

Revenind la problema inițială, TDC are importanță în psihiatrie în mare măsură pentru că se plasează la nivelul intersecției între tulburările psihopatologice centrate pe corporalitate, dezvoltarea și afirmarea psihismului normal și influențele socio-culturale în formarea și manifestarea persoanei. De fapt, principalele probleme corelate TDC se desfășoară în afara clinicii psihiatrice, în zona ce poate fi denumită cea a “promovării sănătății mentale”. Este o zonă în care o influență majoră are mass-media, habitudinile educative și de comportament social, toate în tangență permanentă cu medicina curativă și preventivă. Deoarece TDC are în centrul său preocuparea (patologică) pentru atractivitatea socio-erotică și pentru acceptanța socială, pentru afirmarea stimei de sine, ea se înscrie în marea arie a problemelor de sănătate mentală în care psihiatrii și medicii în general trebuie să colaboreze cu mulțimea factorilor sociali. Industria socială a înfrumusețării (inclusiv chirurgia estetică) și a cultivării stării de bine corporală – care și are o perfectă justificare, dar care se cere să se încadreze în limite raionale și sanogenetice – este important să nu ignore acest partener semnificativ care este psihiatrul psihopatolog.

Teza de față se înscrie într-un efort venit din partea psihiatriei de a se apropia de problemele neclinice – dar posibil preclinice – pe care le ridică preocuparea pentru aspectul corporal (atractiv) în lumea contemporană. Doar prin astfel de pași în direcția unei bune întâlniri, venit din mai multe direcții, se poate menține un bun dialog și un bun echilibru în domeniul sănătății mentale.

2. STADIUL ACTUAL AL CUNOA TERII

2.1. Istoricul tulburării dismorfice corporale

Tulburarea dismorfică corporală (TDC) a fost descrisă în literatura medicală europeană în 1886 de către Morselli și denumită „dismorfofobia” [17]. Tabloul descris de Morselli constă în „senzația subiectivă de urânie și defecte fizice asociate cu rușinea, pe care pacientul le resimte ca putând fi remarcate de alții” în ciuda unei aparențe normale [18].

Termenul derivă din cuvântul grecesc „*dysmorfia*”, pentru prima dată folosit de Herodot în „*Istoria*”, referindu-se la „aspectul bolnavicios” și „urâniea fetei din Sparta”, care s-a mărișat în mod miraculos cu regele Spartei, după ce un zeu a transformat-o într-o frumoasă [19].

Simptome similare au fost categorisite sub diferite denumiri. Astfel, P. Janet [20] a prezentat un caz de „obsesie pentru rușinea corporală” (*obsession de la honte du corps*). Mai târziu, Kraepelin [21] a descris „sindromul dismorfofobic” și a indicat că acest sindrom să fie clasificat ca nevroză compulsivă.

În literatura psihanalitică, cazul „omul cu lupi” – obsesia pentru mărișirea nasului – a fost descris de S. Freud [22] ca „paranoia hipocondriacă”.

În literatura medicală americană, mențiuni despre TDC au existat înainte de ICD și DSM. Primele rapoarte despre această tulburare au apărut în literatura cosmetică și dermatologică. În 1960, Edgerton și colaboratorii descriu „diformități minimale” corelate cu „insatisfacția pacientului” în chirurgia cosmetică [23, 24]. Acești pacienți solicitau multiple intervenții pentru a corecta defecte minore sau existente, postoperator prezentând niveluri înalte de insatisfacție, în ciuda procedurilor corecte și a rezultatelor satisfăcătoare [23].

Tulburarea dismorfică corporală este menționată (încadrat) pentru prima dată în DSM-III-R [25], ca varietate de tulburare somatoform atipică. Tulburarea dobândește statut diagnostic și este oficial denumită „tulburare dismorfică corporală” în DSM-III-R [25], fiind diferentiată o variantă delirantă și o variantă non-delirantă, prima fiind încadrată ca tulburare delirantă, tip somatic.

În DSM-IV [26] diferențierea între cele două tipuri este mai puțin clară, subliniind faptul că varianta non-delirantă și cea delirantă nu sunt tulburări diferite, ci variante ale aceleiași tulburări (TDC), care are un spectru de simptomatologie [27].

În literatura europeană, termeni ca „hipocondria frumoasă” și „hipocondria dermatologică” au fost folosiți pentru a descrie TDC înainte ca acest termen/tulburare să intre în nosologia psihiatrică [28]. Acești termeni descriptivi au fost clasificați inițial ca tip al psihozei hipocondriace monosimptomatice [29].

Termenul tulburare dismorfic corporal apare în ICD-10 [30], criteriile ICD-10 diferentiat fiind o variantă delirantă și una non-delirantă, cea din urmă aparținând tulburării hipocondriace, iar varianta delirantă aparținând tulburării delirante persistente nespecificate.

2.2. Diagnosticul pozitiv al tulburării dismorfice corporale

Identificarea și diagnosticarea tulburării dismorfice corporale este dificilă nu numai în domeniul sănătății mentale, ci și în discipline cum sunt chirurgia cosmetică și estetică, pentru că pacienții cu TDC se adresează cel mai frecvent medicului generalist, și nu psihiatrului. Opinierea în ceea ce privește aspectul sau defectul fizic are o importanță notabilă subiectivă. De aceea, în diagnosticarea tulburării dismorfice corporale, gradul de *distres* emoțional și impactul pe planul comportamental ar trebui să fie cei mai importanți indicatori pentru practicienii chirurgiei cosmetice și estetice [31, 32].

Tulburarea dismorfic corporal este menționată pentru prima dată în DSM-III-R [25] ca aparținând categoriei tulburărilor somatoforme, ca tulburare somatoform atipică. Odată cu DSM-III-R [25], oficial se denumește și clasifică TDC, aparținând categoriei tulburărilor somatoforme. Această tulburare a fost denumită în trecut „dismorfofobie”, dar pentru că nu implică comportamentul de evitare caracteristic fobiilor, termenul a fost schimbat în „tulburare dismorfic corporal”. De asemenea, termenul de dismorfofobie a fost folosit pentru a pune diagnosticul în cazurile în care convingerile în legătură cu „defectul fizic” erau de intensitate delirantă. În manualul DSM-III-R [25] se distinge o formă delirantă, care este încadrată ca tulburare delirantă tip somatic, și o formă non-delirantă, încadrată în tulburări somatoforme.

2.2.1. Criterii de diagnostic DSM-III-R pentru tulburarea dismorfic corporal :

- A. Preocuparea cu un defect imaginar în aspect, în ciuda aspectului normal. În cazul în care este prezent o anomalie fizică minoră, preocuparea este net excesivă.
- B. Credința în legătură cu defectul nu este de intensitate delirantă, așa cum este în tulburarea delirantă, tipul somatic.
- C. Preocuparea nu este prezentă doar în cadrul anorexiei nervoase sau al transexualismului.

În DSM-IV [26] diferențierea între cele 2 tipuri este mai puțin clară.

2.2.2. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea dismorfic corporal :

- A. Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dacă există și o ușoară anomalie fizică, preocuparea persoanei este net excesivă.
- B. Preocuparea produce o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în plan profesional și/sau social sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Preocuparea nu este explicat de o alt tulburare mental .

2.2.3. Elemente de diagnostic

În DSM-IV [26] și DSM-IV-TR [33] TDC face parte din grupul tulburărilor somatoforme. Elementul comun al acestora îl constituie prezența de simptome somatice care sugerează o condiție medicală generală (de unde termenul de *somatoform*), dar care nu sunt explicate complet de aceasta, de efectele directe ale unei substanțe sau de alte tulburări mentale. Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativ clinic în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcționare. Contrar tulburărilor factice și simulării, simptomele somatice nu sunt intenționale (sub control voluntar). Tulburările somatoforme diferă de factorii psihologici care afectează condiția somatică prin aceea că nu există o condiție medicală generală diagnosticabilă care să explice integral simptomele somatice. Gruparea acestor tulburări într-o singură secțiune se bazează pe utilitatea clinică, mai curând decât pe criteriile etiologice sau mecanisme comune. Aceste tulburări sunt întâlnite frecvent în unitățile medicale generale.

Dintre tulburările somatoforme, alături de TDC, fac parte:

1. *Tulburarea de somatizare* (isterie, sindromul Briquet) – este o tulburare polisimptomatică cu debut înainte de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este caracterizată printr-o combinație de durere și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.
2. *Tulburare somatoform nediferențiată*, caracterizată prin acuze somatice neexplicate, durând cel puțin 6 luni și care sunt sub plafonul de a pune diagnosticul de tulburare de somatizare.
3. *Tulburarea de conversie* implică simptome neexplicate sau deficite care afectează activitatea motorie voluntară sau sensibilitatea, sugerând o condiție neurologică sau o condiție medicală generală. Se consideră că factorii psihologici sunt asociați cu simptomele sau deficitele.
4. *Tulburarea algică* – durerea este focarul predominant al atenției clinice.
5. *Hipocondria* – preocuparea că ar avea ori ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale.
6. *Tulburarea somatoform fără altă specifică* - tulburare cu simptome somatoforme care nu satisfac criteriile pentru niciuna dintre tulburările somatoforme specifice.

În ICD-9 [34], TDC este inclus în tulburările somatoforme, iar în ICD-10 [30] forma nondelirantă aparține secțiunii tulburărilor hipocondriace (F.45.2), alături de următoarele

tulburări: hipocondria, nosofobia, nevroza hipocondriac, iar varianta cu simptome psihotice este inclusă în categoria tulburare delirant-persistent, tip somatic.

2.2.4. Criterii de diagnostic ICD-10 pentru tulburarea dismorfică corporală

1. Preocuparea persistentă privind o presupusă desfigurare sau deformare.
2. Refuz persistent de a accepta sfatul și asigurările mai multor medici diferiți care nu există nicio anomalitate în spatele simptomelor.

2.3. Diagnosticul diferențial al tulburării dismorfice corporale

Caracteristica pacienților cu TDC este ideea supraevaluată despre dizarmonia aspectului fizic. În alte tulburări psihiatrice sunt prezente idei sau preocupări în legătură cu aspectul corporal. Frecvent, acestor pacienți li se pune un alt diagnostic psihiatric ca fiind primar, simptomele dismorfiei corporale fiind secundare.

2.3.1. Preocuparea normală în legătură cu aspectul fizic

Preocuparea normală pentru aspect nu este consumatoare de timp și nu produce deficiențe/disfuncționalitate clinică pe niciunul dintre planurile de funcționare, pe când în cazul pacienților cu TDC, această deficiențe/disfuncționalitate poate ajunge la extrem.

Astfel, preocuparea normală și TDC se află pe o axă a continuumului, extremele fiind ocupate de lipsa totală de preocupare față de aspectul corporal, iar la polul opus se află preocuparea excesivă din TDC.

Studiile efectuate pe o populație de studenți arată că aproximativ 70% dintre subiecți nu sunt satisfăcuți de aspectul corporal, 46% sunt preocupați de aspect, 48% exagerează percepția asupra imaginii corporale, iar 28% prezintă toate aceste trei caracteristici [35].

2.3.2. Tulburări psihice

Stabilirea unui diagnostic corect de TDC, preferabil într-un stadiu de evoluție cât mai timpuriu este pe cât de important, pe atât de dificil de realizat, aceasta îndeosebi datorită faptului că între tulburarea dismorfică corporală și alte tulburări psihice există multiple elemente legate de comorbiditate. Cel mai frecvent, diagnosticul diferențial se face între TDC și următoarele tulburări:

2.3.2.1. Tulburările spectrului obsesiv – compulsiv:

- tulburări somatoforme (TDC și hipocondria);
- tulburări disociative (depersonalizarea);
- tulburări ale comportamentului alimentar (anorexia nervoasă);

- tulburări schizo-obsesive (tulburare obsesiv-compulsivă cu absența criticii, tulburarea compulsiv-obsesivă asociată cu tulburarea de personalitate schizotipală, schizofrenia cu simptome obsesionale);
- ticuri (sindromul Gilles de la Tourette);
- afecțiuni neurologice (coreea Sydenham, autismul, parkinsonismul, boala Huntington, unele forme de epilepsie);
- tulburările de control al impulsurilor (joc patologic de noroc, oniomania, cleptomania, tricotilomania, piromania, comportamentul sexual compulsiv, comportamentul de automutilare repetitiv);
- tulburări impulsive de personalitate (tulburarea de personalitate *borderline* și tulburarea de personalitate antisocială).

1. Tricotilomania este caracterizat prin smulgerea recurentă a propriilor fire de păr, rezultând în pierderea observabilă a părului [33], unde smulgerea părului nu reprezintă un comportament secundar preocupării pentru aspect. În cazul pacienților cu TOC, în special la sexul masculin, este descrisă preocuparea exagerată în legătură cu aspectul părului: grosime, structură sau pierderea părului, iar la sexul feminin, preocuparea față de prezența părului în anumite zone (pseudohirsutism).
2. Comportamentul de automutilare repetitiv este descris la pacienții cu tulburare de personalitate tip *borderline*, care dezvoltă „comportamente, gesturi sau amenințări suicidare recurente sau comportamente de automutilare” [33]. Pacienții au probleme de separare-individualizare, probleme de control afectiv și atașamente personale intense, probleme cu imaginea de sine [36]. În cadrul tulburării dismorfice corporale sunt prezente o imagine și o judecată constant negativă despre sine și lipsa unei „*pattern*-ului pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor și de impulsivitate marcată” [33]. În cazuri extreme, pacienții cu TDC recurg la manevre de a-a-zis „autocorectare” a defectului, îndeosebi atunci când practicienii din domeniul chirurgiei plastice sau dermatologice refuză în repetate rânduri să le acorde asistență în acest sens.
3. Tulburări disociative - Tulburarea de depersonalizare. Aceasta se caracterizează prin apariția unor episoade recurente sau persistente care implică pierderea de detașare față de propriul „EU” (față de propriile procese mentale și față de propriul corp). Sunt frecvente distorsiunile senzației de timp și spațiu și senzațiile că extremitățile sunt prea mari sau prea mici și derealizare. În cazul tulburării dismorfice corporale, preocuparea în legătură

cu aspectul/defectul fizic este persistent , fiind descris varianta cronic și varianta cu multiple episoade, de lungă durată și schimbarea zonei de preocupare.

4. Tulburarea obsesiv-compulsivă . De peste jumătate de secol s-a observat și discutat legătura între tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și TDC. Între cele două există variate similități, ca: gânduri ego-distonice, repetitive cu posibilitatea de a atinge intensitate delirantă; comportamente compulsive; ritualuri; răspunsul terapeutic maximal la administrarea de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei, atât în cazul tulburării dismorfice corporale, cât și agravarea simptomatologiei obsesiv-compulsive la administrarea de agonisti serotoninergici (clorfenilpiperazină); factori structurali (anomalii de volum ale nucleilor caudat și putamen); factori funcționali (anomalii ale cortexului orbito-prefrontal, cingulat anterior și ale nucleului caudat); prezența aceluși „continuum” între incertitudine și polul certitudine; comorbiditatea în procent înalt cu tulburarea depresivă. Deosebirea esențială între TDC și TOC este dată de conținutul ideatic; astfel, unii pacienți cu TDC au mai degrabă credințe de supraevaluare ego-sintonice, iar cei cu TOC – idei obsesive ego-distonice [37]. În TOC gândurile perturbatoare sunt axate de obicei asupra dubitării și sunt caracterizate printr-o exagerată evaluare a pericolelor viitoare [37], în timp ce în TDC gândurile sunt centrate asupra percepțiilor senzoriale distorsionate, implicând *self*-ul în relația sa cu lumea. Ritualurile nu duc la scăderea nivelului de anxietate în cazul tulburării dismorfice corporale, pe când în cazul TOC reduc gradul de tensiune. În fine, spre deosebire de TDC, în cazul TOC obsesiile și compulsiile nu sunt legate exclusiv de aspectul corporal, fizic.
5. Tulburările factice - subtipul cu semne și simptome predominant somatice (sindrom Münchhausen). Caracteristica acestei tulburări este „producerea intenționată de simptome fizice – greuri, vărsături, durere, convulsii” [36]. Este descris semnul „abdomenului în gratar”, care constă în cicatricile consecutive multiplelor intervenții chirurgicale. În cadrul tulburării dismorfice corporale, pacienții solicită numeroase intervenții chirurgicale pentru repararea/diminuarea „defectului”, iar o altă categorie de pacienți dezvoltă aceste preocupări excesive în legătură cu unele cicatrici postoperatorii.

2.3.2.2. Spectrul afectiv

În cadrul spectrului afectiv, diagnosticul diferențial al tulburării dismorfice corporale se face cu tulburarea monopolară depresivă și tulburarea afectivă bipolară – episodul depresiv.

Sindromul depresiv se caracterizează pe plan cognitiv prin simptome precum: idei de pesimism existențial, disperare, autodevalorizare, nimicnicie, incapacitate, neajutorare, inutilitate, autoacuzare, nedemnitate (cu pierderea stimei de sine), gânduri recurente privind

moartea în perspectiva suicidului ca mijloc de autopedepsire, idei hipocondriace, dismorfofobice și de transformare corporală (negare a unor părți ale corpului); pe plan comportamental apar simptome precum: scăderea sociabilității cu izolare, retragere socială și comportamente autoagresive suicidare [38]. Spre deosebire de TDC, în cazul patologiei afective ideile și dispozițiile de ordin depresiv sunt prezente doar pe parcursul episodului, dispărând odată cu remisiunea acestuia. În TDC pacienții prezintă cogniții și comportamente asemănătoare unui episod depresiv, dar acestea sunt consecutive convingerilor legate de prezența „defectului fizic” și sentimentului de rejecție secundare acestuia și sunt prezente în tabloul clinic pentru o perioadă îndelungată de timp, într-un mod constant. Ideile, planurile și tentativele suicidare sunt cel mai frecvent descrise în cazul TDC la femeii cu preocupare pentru un „un defect facial”.

2.3.2.3. Spectrul delirant

Distincția dintre TDC și tulburarea delirantă – subtipul somatic implică diferențierea între o idee de supraevaluare prezentă în TDC și o idee delirantă întâlnită în tulburarea delirantă – tipul somatic sau psihoză hipocondriac monosimptomatic (în baza terminologiei anterioare) [39]. Nu este clar dacă este vorba despre două tulburări distincte sau despre două variante ale aceleiași tulburări [40]. Hollander [14] pledează în favoarea celei de a doua ipoteze, considerând că pacienții cu TDC se pot situa de-a lungul unui continuum între „incertitudine și certitudine”. În favoarea acestei ipoteze există studii care demonstrează asemănări de ordin demografic, evolutiv și terapeutic între pacienții cu TDC ce prezintă simptome delirante și cei fără simptome delirante. Pe de altă parte, același pacient poate prezenta concomitent o idee de supraevaluare asupra unui defect corporal și o idee delirantă privind un alt defect corporal [37].

În stadiile inițiale ale **schizofreniei**, pacientul poate prezenta idei delirante somatice, consecutiv adresându-se pentru corecție chirurgiei cosmetice. În aceste cazuri mai sunt prezente și alte simptome ca: idei delirante bizare, comportamente bizare/inadecvate, simptome perceptivă (halucinații, iluzii).

Comportamente de tip retragere/izolare socială pot fi secundare ideilor delirante de persecuție și urmărire (prezente în **schizofrenia paranoid**), caracteristice și TDC, în acest caz având ca scop evitarea contactului cu alte persoane care ar putea constata „urâtenia corporală” a pacientului cu TDC.

Alte tulburări psihotice: **psihoza paranoid** – idei delirante hipocondriace, alte simptome halucinator-delirante și comportamente secundare; **tulburări psihotice scurte** – durează mai puțin de 4 săptămâni, au legătură cu un eveniment psihostresant; **tulburarea schizofreniform** – durează mai puțin de 6 luni, simptomatologia fiind similară simptomatologiei din schizofrenie.

În tabloul clinic al **tulburării schizoafective**, în episodul schizodepresiv, sunt prezente idei delirante de autodevalorizare, nimicnicie, incapacitate, neajutorare, inutilitate, autoacuzare, nedemnitate (cu pierderea stimei de sine), gânduri recurente privind moartea și perspectiva suicidului ca mijloc de autopedepsire, idei hipocondriace, idei dismorfobice și de transformare corporală (negare a unor părți ale corpului), iar pe plan comportamental, retragere sau izolare socială, comportamente autoagresive și suicidare [38]. În TDC, pacienții prezintă cogniții și comportamente similare consecutive convingerilor legate de „urâtenia corporală” și a sentimentului de rejeț, secundar „defectului fizic”.

2.3.2.4. Anorexia nervoasă

Anorexia nervoasă se caracterizează predominant prin preocuparea legată de obținerea și menținerea unei greutate corporale cât mai reduse și refuzul de a cântăra în greutate, printr-o imagine corporală perturbată și limitări dietetice drastice, autoimpuse, care duc de regulă la malnutriție severă [36]. În TDC preocuparea este în legătură cu un „defect fizic”, imaginar sau real, dar minor, uneori fiind centrat pe anumite zone ale corpului (abdomen, fese, coapse), dar fără a exista preocupare în legătură cu un anumit program ponderal.

În ambele cazuri pacienții dezvoltă comportamente compulsive, ritualuri. În TDC acestea au rol de reasigurare sau camuflare a „defectului” sau de obținere a confirmării existenței acestuia.

2.3.2.5. Tulburările de identitate sexuală

În această situație se descrie un „disconfort persistent cu propriul sex sau senzația de inadecvare în rolul de gen al propriului sex” [33, criteriul B]. De asemenea, tulburarea cauzează suferință semnificativ clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau ale altor domenii importante ale funcționării [33, criteriul D]. În cazul TDC, sentimentul de disconfort/inadecvare este uneori în legătură cu forma/dimensiunea organelor sexuale, pacienții apelând la multiple intervenții chirurgicale, frecvent există detresă pe mai multe planuri funcționale, dar fără a exista identificarea trans-genitens și persistență [33] și condițiile descrise la criteriul B.

2.3.2.6. Tulburări de personalitate

Tulburarea de personalitate schizoidă. Pacienții cu această tulburare de personalitate sunt descriși ca fiind retrași din punct de vedere social, introverși, excentrici, resimțind un disconfort în relațiile cu alții [41], evită contactul vizual; bărbații răman adesea burlaci, iar femeile pot să accepte pasiv căsătoria [36]. Pacienții cu TDC tind să devină sau chiar ajung retrași sau izolați din punct de vedere social, secundar convingerii că datorită „defectului” lor sunt rejețai de ceilalți sau pentru a evita expunerea „defectului” în viața lumii. Frecvent, sunt necăsătoriți, divorțați sau nu au fost niciodată implicați în relații intime.

Tulburarea de personalitate tip paranoid. Printre caracteristicile acestor pacienți se numără și procesomania ajungând în instanță cu medicii care i-au tratat. Pacienții cu TDC ajung în situații asemănătoare secundar nemulțumirii lor, în legătură cu aspectul fizic, cu rezultatul obținut postoperator care, din punctul lor de vedere, nu a ameliorat „defectul” fizic.

Tulburarea de personalitate tip schizotipal. Asemănarea dintre pacienții cu tulburare de personalitate schizotipală și cei cu TDC este prezența de „iluzii perceptuale neobișnuite, incluzând iluzii corporale” [33, criteriul A3] și „un *pattern* pervaziv de deficiențe sociale și interpersonale, marcat de disconfortul acut în și capacitate redusă pentru relații strânse, precum și de distorsiuni perceptuale sau cognitive și excentricități ale comportamentului, *pattern* care începe în perioada inițială a vieții adulte” [33, criteriul A].

Tulburare de personalitate tip histrionic. Asemănarea dintre pacienții cu tulburare de personalitate tip histrionic și pacienții cu TDC este preocuparea sau îngrijorarea pentru aspectul fizic, în cazul celor cu tulburare de personalitate fiind în legătură cu nevoia intensă de atenție, pe care încearcă să o capteze și prin prezența fizică sau vestimentație, iar în cazul celor cu TDC există o categorie de pacienți care caută frecvent reasigurări în ceea ce privește „defectul” fizic.

Tulburare de personalitate tip narcisic. Acești pacienți prezintă o preocupare deosebită pentru frumusețe, iar pacienții cu TDC se caracterizează prin preocuparea excesivă pentru un „defect fizic”. De asemenea, primii prezintă „un *pattern* pervasiv de grandiozitate, nevoia de a fi admirat, lipsă de empatie” [33, criteriul A], în timp ce pacientul cu TDC se confruntă cu un important sentiment de inferioritate și judecăți negative despre sine.

Tulburare de personalitate tip evitant. La acești pacienți este caracteristic „un *pattern* pervasiv de inhibiție socială, sentimente de inadecvare și de hipersensitivitate la evaluare negativă” [33], evitarea activităților ocupaționale care implică contact interpersonal semnificativ, din cauza temerilor de critică, dezaprobare sau rejecție sau manifestări inere în cadrul relațiilor intime din cauza fricii de a nu fi făcut de rușine sau ridiculizat în relațiile interpersonale. Din cauza simțimentelor de inadecvare, se privește ca înăpt din punct de vedere social, neatrăgător din punct de vedere personal, sau inferior altora. Pacienții cu TDC prezintă aceleași caracteristici, acestea fiind secundare preocupării exagerate cu „defectul fizic”.

2.3.2.7. Tulburările anxioase

Anxietatea și fobia socială. Caracteristica acestei tulburări este frica irațională, intensă și persistentă de situații publice. În TDC, în cursul evoluției tulburării, pacienții dezvoltă progresiv o retragere, apoi izolare socială, anxietate și fobie socială, care nu este legată/determinată în mod primar de felul în care performează în public, ci de faptul că „urâtenia corporală” va fi observată de către ceilalți.

Agorafobia se caracterizează prin teama de a se găsi în spații deschise, în mulțimi, în afara locuinței, în locuri în care posibilitatea acordării ajutorului este dificilă. Agorafobicii pot deveni incapabili să își părăsească singuri locuința și să plece doar cu însoțitor. În cazul pacienților cu TDC, evitarea părăsirii locuinței sau părăsirea acesteia doar pe timp de noapte este secundară temerii și dorinței de a evita expunerea „defectului” fizic.

2.3.2.8. Tulburările somatoforme și hipocondria tranzitorie

Din grupul tulburărilor somatoforme specifice descrise în DSM-IV-TR [33] fac parte: tulburarea de somatizare, tulburarea de conversie, tulburarea algică, tulburarea dismorfică corporală, hipocondria și două categorii diagnostice reziduale, tulburarea somatoform nediferențiată și tulburarea somatoform nespecificată în alt mod.

Aceste tulburări se caracterizează prin simptome somatice ce sugerează o condiție medicală, dar care nu sunt explicate pe deplin de aceasta, de uzul de substanțe sau alte tulburări mentale. Simptomele sunt suficient de severe pentru a cauza o suferință semnificativă sau afectare funcțională.

Hipocondria/hipocondria tranzitorie: preocuparea cuiva că ar avea ori ideea că are o boală severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale [33].

Tulburarea de somatizare (isterie, sindrom Briquet) este o tulburare polisimptomatică, cu debut înainte de vârsta de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este o combinație între simptome algice, gastro-intestinale, sexuale și pseudoneurologice [33].

2.3.2.9. Sindroame culturale

Sindromul Koro – în sud-estul Asiei – caracterizat prin preocuparea că penisul se va micșora și se va retracta în abdomen, ducând la deces. În TDC, pacienții cu zădărnice preocupări pentru penisul sunt disconfortați de dimensiunile organului sexual, anxietatea este în legătură cu performanțele sexuale, iar tensiunea/anxietatea asociată nu se diminuează la asigurări de contrariu.

Sindromul Taijin-Kyofusho – Japonia – caracterizat prin anxietate, frică de rejecție, înroșirea ușoară, frică de contact vizual, preocupare cu mirosul corpului [36]. Pacienții cu TDC prezintă frecvent anxietate sau chiar fobie socială secundară convingerii în legătură cu „defectul” corporal care ar putea fi observat de către ceilalți, care apoi l-ar rejeta.

Sindromul Shinkeishitsu – Japonia – „este un sindrom cu obsesii, perfecționism, ambivalență, retragere socială, neurastenii și hipocondrie” [36]. Pacienții cu TDC prezintă gânduri recurente în legătură cu „urâtenia corporală”, cu o anumită zonă.

2.3.3. Tulburări non-psihiatrice

2.3.3.1. Neurologice

Tumorile de lob parietal. În cadrul manifestărilor paroxistice apar: tulburarea de schem corporal cu sentimentul absenței unei părți a corpului, halucinații elementare, iluzii de transformare corporală, iluzii de deplasare corporală, iluzia membrului fantomă (ex.: 3 brațe).

Tumorile de lob temporal. În cadrul tulburărilor psihice paroxistice se descrie criza uncinate – criză de epilepsie cu auri formată din halucinații olfactive și/sau gustative și/sau vizuale, rar auditive, tulburări de schem corporal cu pierderea conștienței, frecvent fără convulsii. În TDC, în afară de tulburarea de schem corporal, nu există celelalte simptome.

2.3.3.2. Dermatologice

Având în vedere că pacienții cu TDC reprezintă aproximativ 15% din pacienții ce apelează la intervenții dermato-cosmetologice, se impune un diagnostic diferențial în cazul unor boli/leziuni dermatologice ca: psoriazis, acnee rozacee/cheloidian / juvenilă, hemangioame, acrodermatită, alopecia areata, nevi pigmentari, eczeme, eritem, foliculite, ihtioze, keratoză pilară, lichen, melanoze, neurofibromatoză cu pete „café au lait”.

În cazul acestor boli, leziunile sunt prezente și preocuparea pentru prezența acestora nu ar trebui să producă detresă/disfuncționalitate, spre deosebire de pacienții cu TDC.

2.3.3.3. Boli endocrine

Unele boli sau sindroame endocrine, ca sindromul Cushing, sindromul de virilizare (caracterizat prin exces de testosteron) sau ovarul polichistic au în tabloul clinic hirsutism. În cazul pacienților cu TDC, în unele forme există o preocupare excesivă în legătură cu pilozitatea, deși aceasta este în limite normale, și preocuparea cauzează detresă/disfuncționalitate clinică pe mai multe planuri, iar pacienții apelează în repetate rânduri la proceduri cosmetologice de îndepărtare a acesteia, fără a fi satisfăcuți de rezultate.

2.3.3.4. Cicatrici/arsuri

Persoanele cu cicatrici posttraumatice, postchirurgicale sau postarsuri pot dezvolta TDC, în sensul că preocuparea cu aspectul datorat acestor cicatrici este excesivă, cauzând detresă/disfuncționalitate. Acești pacienți revin în repetate rânduri și pe perioadă lungă de timp pentru intervenții chirurgicale corectoare.

2.4. Tablou clinic

Conform DSM-IV-TR [33], criteriile obligatorii pentru un diagnostic pozitiv de TDC sunt următoarele:

Criteriul 1: Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dacă există o uoară anomalie fizică, preocuparea este net excesivă.

Criteriul 2: Preocuparea cauzează o deteriorare clinic importantă în plan social și/sau profesional.

Criteriul 3: Preocuparea nu poate fi mai bine explicată de o altă tulburare mentală, de exemplu insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului din anorexia nervoasă.

2.4.1. Criteriul 1: Preocuparea pentru un presupus defect în aspect, iar dacă există și o uoară anomalie fizică, preocuparea este net excesivă.

2.4.1.1. Gândirea în tulburarea dismorfică corporală

Indivizii cu TDC sunt obsedați de ideea că ceva nu este în regulă cu aspectul lor, chiar dacă defectul este minimal sau nonexistent [42]. Pacienții sunt preocupați de „defecte” corporale pe care alții nu le percep, preocuparea lor neavând sens pentru ceilalți. Pacienții cu TDC se percep și se descriu ca fiind neatractivi, urâți, hidoși, ocant, monstruoși, respingători.

Oricare segment/arie a corpului sau întregul corp poate deveniintă preocupării. În continuare voi enumera părțile corporale care sunt cel mai des percepute ca problematice:

1. Capul: formă (prea oval sau prea rotund), dimensiune (prea mare sau prea mic) sau doar anumite aspecte, ca:
 - Tenul, care este fie prea palid sau prea roșu, prea lucios sau prea mat; pete hipo- sau hiperchrome, hipo- sau hipereritematoase; mici cicatrici; supra- sau subdenivelări ale pielii; acnee de minimă intensitate; pori dilatați;
 - Nasul – forma (borc nat, ascuțit, acvilin, turtit, prea mare, prea mic, proeminent, strâmb) și caracteristicile pielii nazale (prea lucioasă);
 - Bârbia - prea rotundă, ascuțită, proeminentă sau micrognathie;
 - Pomeții – cizuiți;
 - Ochii – prea mici, privire tristă (depresivă), privire strabică;
 - Pleoapele – ptoz palpebral;
 - Riduri de expresie – prea accentuate;
 - Sprâncenele – prea arcuite, prea drepte, prea subiri, prea stufoase, rare;
 - Buzele – prea subiri;
 - Piloziitate facială excesivă;
 - Părul capilar – prea creșt sau prea drept, dezordonat, prea gras, prea uscat, fără luciu; pierderea părului – alopecie sau calvitate;
2. Toracele: conformația (prea îngustă); sânii (prea mici); forma (ptoz);
3. Abdomenul: dimensiunea/forma/tonicitatea musculaturii peretelui abdominal (supradimensionat); hipotonia musculaturii abdominale;

4. Talia: supradimensionat ;
5. Fesele: supradimensionate sau hipotone sau diforme;
6. Coapse și gambe: hipotonia; subdimensionate sau supradimensionate;
7. Organe genitale: penis – subdimensionat; labii – supradimensionate;
8. Musculatura corporală : în general sau anumite segmente ale corpului (brațe, pectorali) – subdimensionate (complex Adonis);
9. Mâna sau degetele - formă și dimensiune (prea mari, prea lungi, prea groase).

Indivizii cu TDC pot fi preocupați de oricare parte a corpului, de una sau mai multe părți simultan sau secvențial și pot dezvolta un set nelimitat de comportamente secundare. Cel mai frecvent, indivizii cu TDC sunt preocupați concomitent de mai multe părți ale corpului, în medie trei sau patru [43]. Conform acestui studiu au reieșit următoarele: aproximativ 30% dintre pacienți sunt preocupați de o singură arie/un singur segment corporal; circa 40% dintre pacienți sunt preocupați de o parte a corpului, ulterior dezvoltând preocupări pentru noi părți, în timp ce preocuparea inițială persistă; aproximativ 30% prezintă un *pattern* secvențial al preocupărilor, în sensul că atunci când dispare o preocupare se dezvoltă o nouă preocupare.

Chiar dacă experiența fiecăruia este unică, anumite *pattern*-uri sunt evidente. Pielea (tenul), părul și nasul sunt cele mai frecvente zone întinse de preocupare. Statistica în ceea ce privește preocuparea pentru anumite segmente (șăni, organe genitale) este eronată, în sensul minimalizării, motivul fiind jena de a vorbi despre aceste zone corporale.

Din cercetările lui K. Phillips [44] reiese că cel mai frecvent segment întins al preocupărilor îl reprezintă pielea (tenul). Pentru două treimi din cei cu preocupare pentru piele, aceasta este în legătură cu acneea sau cicatricile, pentru o treime în legătură cu petele ale pielii, iar pentru o parte în legătură cu culoarea pielii (tipic roșeața sau paloarea). Orice aspect al pielii poate deveni întinse preocupării: porii prea deschiși, vascularizația superficială (venectaziile, capilarele), riduri de expresie pe care le considerăm semne ale îmbătrânirii.

Părul este un alt segment întins foarte frecvent, aspecte ca cele ce urmează fiind considerate defectuoase: subierea părului, lipsa luciului, caracteristici structurale ale firului de păr (prea creț sau prea drept), aspectul dezordonat și pierderea (alopecia sau calviția) și pilozitatea corporală sau facială excesivă. Sexul masculin este mai frecvent preocupat de subierea și pierderea părului și aspectul bărbii percepute ca prea rar, prea deschis la culoare, excesiv.

Nasul este, în ordinea frecvenței preocupărilor, al treilea organ întins. Aproximativ 60% din cei cu preocupare pentru nas consideră că acesta este prea lat. Peste 25% din aceștia consideră nasul ca fiind borcnat, prea lung sau greșit dimensionat. Mai puțin frecvent și în special după

rinoplastie, nasul este perceput ca prea mic sau fragil. Indivizii cu preocupare excesiv pentru nas sunt predispuși la a apela la rinoplastie (repetat).

Unii dintre pacienții cu TDC pot fi preocupați de arii corporale mai extinse. Frecvent, bărbații cu acest diagnostic sunt preocupați cu constituția corporală sau a musculaturii, considerându-se subdezvoltați din punct de vedere statural sau inadecvați din punct de vedere al musculaturii. Acest ultim aspect se constituie în dismorfie musculară, alte denumiri folosite fiind: „reversul anorexiei”, „bigorexia nervosa” sau „complexul Adonis”. Ca subtip al TDC, dismorfia musculară se caracterizează ca preocupare excesivă cu dezvoltarea staturală și musculară. Pacienții cu acest subtip de tulburare au gânduri obsesive în legătură cu musculatura corporală, în sensul subdezvoltării, simindu-se fragili și slabi. În scopul de a diminua gândurile obsesive și anxietatea secundară, aceștia se angajează în comportamente compulsive, destinate creșterii masei musculare. Comportamentele caracteristice sunt: ridicarea de greutăți (haltere), recurgerea la suplimente dietetice sau produse anabolizante steroidiene.

Aproximativ 22% dintre pacienții cu TDC sunt preocupați de greutate, femeile fiind predominant preocupate de aspectul supraponderalității sau supradimensionării.

O parte dintre pacienții cu TDC vor să arate „perfect”, majoritatea dorind să arate „normal”, obsesia lor fiind să scape de acel „defect”, să fie acceptabili. Unele persoane cu acest diagnostic afirmă despre aspectul lor la modul general că este urât, neatractiv, anormal, sau îl caracterizează prin atribute ca: urât, greșit, deformat, monstruos, se autodescriu ca Frankenstein sau se aseamănă cu o figură diformă din picturile lui Salvador Dalí [44]. O parte dintre pacienții cu TDC fac o legătură între „defectul” lor și alte caracteristici cu conotație negativă: îmbătrânirea, lipsa feminității sau masculinității.

Preocuparea pentru evoluția în timp a „defectului” este, de asemenea, un aspect important, pacienții fiind preocupați pe măsură ce trece timpul de faptul că acesta va deveni și mai urât.

Aspectul simetriei corporale este frecvent o temă de preocupare, apărând la o treime dintre pacienți. În acest caz, preocuparea poate fi în legătură cu întregul corp sau cu anumite segmente, ca de exemplu: sâni, păr, nas, sprâncene, pistrui, structura osoasă.

Alți pacienți diagnosticați cu TDC sunt preocupați cu expresia feței, care este percepută ca inadecvată sau ca având aspect depresiv sau privire strabucă.

Aproximativ 15% din indivizii cu această tulburare sunt preocupați de faptul că, datorită „defectului”, anumite părți ale corpului nu funcționează adecvat. Exemple: datorită dimensiunii greșite a buzelor este afectată dicția sau vorbirea, datorită faptului că picioarele sunt prea slabe, mersul este incorect sau anormal, pentru că nasul este prea mic sau fragil, există riscul de a se rupe.

Un alt aspect ce apare la indivizii cu această tulburare este considerentul că presupusul defect este datorat unei alte afecțiuni medicale. Exemple: hipotrofia membrelor inferioare fiind datorat sclerozei multiple, aspectul îngust al umerilor și toracelui datorându-se unui proces neoplazic, căderea și subierea părului fiind în contextul unei patologii de tipul hipotiroidismului.

K. Phillips [44] a descris „tulburarea dismorfică corporală de proximitate”, în care indivizii nu sunt preocupați de propriul lor aspect/„defect”, ci de aspectul altora. Exemplu: un părinte avea obsesia pentru urechile decolate ale copilului său, insistând să fie operat, în timp ce acesta nu era deranjat de acest aspect, mai mulți chirurghi esteticieni refuzând să execute intervenția chirurgicală [44].

Aproximativ 25% din cei cu TDC prezintă și descriu senzație de tip tactil la nivelul segmentului corporal întreg al preocupării. Exemple: prurit în zona cu „modificări” la nivelul vascularizației superficiale a pielii, senzație de „strângere” în zonele cu acnee, senzație de prea mult aer/rece în zonele cu calvitate sau alopecie. Această senzație perceptuală are rolul de a readuce în minte prezența „defectului” [44].

Pacienții cu TDC presupun că „defectul” fizic este cel mai evident și determinant pentru aspectul lor, majoritatea considerându-se neatractivi în totalitate. Frecvent, atenția lor nu este concentrată pe aspecte de interes pentru majoritatea oamenilor, ci pe anumite aspecte (minore sau inexistente). Acești indivizi nu au doar gânduri ocazionale despre „defect”, ei sunt preocupați de acesta, se gândesc excesiv la „problema” aspectului lor, pentru cei mai mulți fiind dificil să nu se gândească la acel „defect”, acest aspect exemplificându-se în afirmații ca: „Este permanent în mintea mea...”, „Este o a doua realitate permanent prezent”, „Sunt obsedați...” [44].

Conform definiției, „defectul” este imaginar sau minor. Unii dintre pacienții cu TDC sunt preocupați de un „defect” pe care ceilalți nu îl percep. Alții au un defect precum: acneea ușoară, o mică cicatrice etc., dar care este minor. Conform unui studiu al lui K. Phillips (44), o treime dintre cei cu TDC prezintă un defect minor, iar două treimi au un aspect normal.

Cei mai mulți dintre pacienții diagnosticați se gândesc activ la „defectul” lor minim o oră pe zi. În două studii pe loturi de 300, respectiv 200 de pacienți diagnosticați, K. Phillips a constatat următoarele [44]: 1/3 se gândesc la defect 1-3 ore/zi; 40% se gândesc la defect 3-8 ore/zi; 1/4 se gândesc la defect peste 8 ore/zi; 10% se gândesc la defect sub 1 oră/zi.

În cazurile severe, preocuparea pentru „defect” are loc pe toată durata unei zile, în fiecare zi, pentru că aceasta fiind dificil sau imposibil concentrarea atenției pe oricare altă activitate („Tulburarea este ca o umbră, este permanent cu mine. Nu pot scăpa de ea.”; „Chiar dacă mă concentrez la alte activități, ea este permanent acolo, este ca un radio.” [44, p. 69]).

Majoritatea pacienților cu dismorfie corporală conștientizează că petrec timp excesiv gândindu-se la aspectul lor, un alt segment de pacienți nu au această conștientizare, gândurile fiind parte din ei, din viața lor. Conținutul acestor gânduri se referă la imaginea lor ca având acel „defect”, la „defect” *per se* sau la impactul pe care îl are aspectul lor asupra percepției celorlalți.

Un alt motiv pentru care preocuparea ocupă atât de mult timp este dificultatea de a rezista și de a controla aceste gânduri. O parte dintre pacienți încearcă să le reziste. O altă categorie de experimențează preocuparea ca fiind atât de puternică, încât renunță la rezistență sau control. Din studiile lui K. Phillips [44] pe mai multe loturi de pacienți s-au relevat următoarele: ¼ încearcă să se opună constant la a se gândi la defect; ¼ fac un efort minim de a rezista; ¼ fac foarte rar un efort; 15% nu fac niciun efort.

Gradul de rezistență fluctuează de-a lungul timpului. Cea mai mare parte dintre pacienții diagnosticați au un grad foarte limitat de control asupra gândurilor; practic, anterior tratamentului nici un pacient nu a afirmat că deține un bun control asupra gândurilor. Aceasta este una dintre caracteristicile esențiale ale TDC, constituind nucleul de bază al tulburării.

Modul în care descriu suferința lor poate fi uneori melodramatic, uneori sunt ezitanți sau jenăți în a vorbi despre problema lor, despre trăirile lor emoționale, în anumite situații chiar scuzându-se pentru acestea, considerându-se egoiști sau „nebuni” pentru că au aceste preocupări. Suferința și gradul impactului în plan emoțional este variabil, astfel încât pacienții afirmă că preocuparea le cauzează o suferință ușoară (6%), medie (40%), severă (44%), extremă și dizabilantă (10%) [44].

Suferința pacienților cu TDC este cauzată de următoarele aspecte: prezența gândurilor pentru un timp prea îndelungat; capacitatea redusă sau incapacitatea de a controla gândurile; conținutul negativ al gândurilor; aspectul legat de imposibilitatea de a aduce o îmbunătățire a „defectului”, de aici sentimentul de neputință și disperare; trăirile de tipul inadecvării, jenei, umilinței, rușinii, stima de sine scăzută, teama de rejecție din partea celorlalți, teama de a fi etichetați în mod negativ; credința că sunt egoiști sau vanitoși pentru că au aceste preocupări pe care le consideră „triviale”, imorale [44].

Aceasta din urmă este „dubla pedeapsă” pentru cei cu dismorfie corporală pentru care simptomatologia caracteristică tulburării este generatoare de suferință, în mod adițional aceștia blamându-se că au această preocupare. O parte dintre pacienți nu consideră preocuparea lor ca fiind trivială, ci justificată.

O altă categorie de pacienți se autoacuză pentru faptul că nu sunt în stare să remedieze „defectul” prin mijloace ca diete, exerciții fizice excesive etc. Alții se consideră răspunzători pentru apariția/crearea „defectului”.

Ruinea este, de asemenea, una dintre caracteristicile importante ale tulburării dismorfice corporale. Pierre Janet a folosit termenul de „obsesia pentru ruinea corporală” [apud Phillips, 44]. Impresia că nu sunt atractivi și că sunt neatractivi și defectuoși generează o părere negativă despre propria persoană și o stimă de sine scăzută.

Un alt tip de gânduri frecvent la pacienții cu TDC îl constituie ideile senzitiv-relaționale. Impresia, uneori convingerea lor este că ceilalți stăruie cu privirea asupra „defectului”, fixează în mod special „defectul”, vorbesc despre „defectul/aspectul lor defectuos”, îi iau în derâdere. Din studiile efectuate de K. Phillips și colaboratorii [27] reiese că aproximativ 60% din pacienți au idei senzitiv-relaționale prevalente, iar la aproximativ 40% aceste idei au intensitate delirantă. Pacienții atribuie sau proiectează în ceilalți părerea lor despre propria persoană. Frecvent după instituirea tratamentului psihotrop au capacitatea de a lua în considerare părerea celorlalți. O parte dintre pacienți descriu următorul proces denumit „dubla capcană” [44]: dacă ceilalți îi privesc, este pentru că au acel „defect”, iar dacă nu îi privesc, este pentru că au „defectul” și sunt urâți, respingători.

2.4.1.2. Insight-ul în tulburarea dismorfică corporală

În general, pacienții cu TDC nu conștientizează că percepția lor asupra propriului aspect este diferită de percepția celorlalți. Unii cred că părerea lor este realistă, în timp ce alții sunt convinși de acuratețea gândirii lor. Pacienții din prima categorie au o gândire de tipul supraevaluării, având un *insight* redus, în timp ce pentru cea de-a doua categorie *insight*-ul nu există. Aceștia din urmă încearcă uneori să îi convingă pe ceilalți de preocuparea/problema lor. Explicarea acestor aspecte ar fi, pe de o parte, faptul că acești pacienți se percep (se văd) diferit de alte persoane, iar pe de altă parte faptul că percepția lor este la fel cu a celorlalți, dar că ei prelucrează informația diferit, având un standard foarte ridicat. O altă variantă explicativă ar fi că se concentrează excesiv pe un defect minimal, iar prin generalizare extind efectul „defectului” la întreaga înfățișare.

În concluzie, gradul *insight*-ului în TDC variază pe o scară de la un *insight* bun la absența *insight*-ului. Date statistice referitoare la gradul *insight*-ului relev următoarele [45]: *insight* foarte bun, complet (1%), bun (3%), mediu (12%), redus (31%), absent (53%). Gradul *insight*-ului scade atunci când cei cu TDC se află în prezența altor persoane, în situații de expunere. După instituirea și eficientizarea tratamentului, *insight*-ul se îmbunătățește.

2.4.1.3. Comportamente specifice în tulburarea dismorfică corporală

Motivele pentru care dezvolt anumite comportamente sunt variate și anume: examinarea, ascunderea, îmbunătățirea „defectului”, (re)asigurarea că nu arată foarte rău. Enumerăm în continuare comportamentele practicate și frecvența acestora [46]:

- Camuflarea: 91% din pacienți, dintre care 65% printr-o anumită postură sau poziție corporală, 63% prin haine, 55% prin machiaj, 49% prin folosirea mâinii, 49% folosind perul, 30% folosind plajă;
- Compararea cu ceilalți: 88% din pacienți;
- Verificarea aspectului în oglindă sau în alte suprafețe reflectorizante: 87%;
- Apelarea la servicii de chirurgie estetică, servicii medicale și dermatologice: 72%;
- Ornare excesivă (machieaj, bărbierit excesiv, epilat excesiv, tapajul părului etc): 60%;
- Cererea de reasigurare repetată sau încercarea de convingere a celorlalți: 55%;
- Atingerea zonei cu defect: 50%;
- Schimbarea în mod repetitiv a vestimentației în scopul minimalizării/ascunderii defectului: 45%;
- Diete: 40%;
- Manevre de expunere a imperfecțiunilor pielii: 40%;
- Evitarea oglinzilor: 25%;
- Sport/exerciții fizice în exces: 21%;
- Ridicarea de greutăți (haltere): 20%.

În medie, pacienții cu TDC manifestă un număr de 6 comportamente, putând ajunge și la 13 dintre tehnicile enumerate mai sus. Aceste comportamente sunt în mod tipic repetitive, uneori pentru că indivizii au o îndoielă legată de aspectul lor, alteori pentru că nu sunt satisfăcuți de ceea ce văd sau de ceea ce au făcut în prealabil ori pentru a preveni o „catastrofă” (posibilitatea ca defectul să fie observat de ceilalți). Aceste comportamente pot fi încadrate în categoria de „comportamente securizante” [44], pacienții acordă mult timp acestor activități, astfel [44]: 1 oră/zi (10%), 1-3 ore/zi (40%), 3-8 ore/zi (40%), peste 8 ore/zi (10%).

În general, există o presiune semnificativă pentru a executa aceste comportamente, pacienților le este foarte dificil să se opună trecerii la act sau să le controleze. O parte din pacienți încearcă să reziste acestor activități, alții nu rezistă la trecerea la act, iar pentru alții actele sunt „automate”, pentru un procent foarte mic existând un control complet. Privitor la aspectul opunerii/rezistenței la actare, studiile relevă următoarele date [44]: 2% din pacienți încearcă tot timpul să se opună, 14% din pacienți încearcă să reziste de cele mai multe ori, 27% din pacienți încearcă uneori, 29% din pacienți încearcă rar să reziste; 29% din pacienți nu încearcă niciodată.

În privința controlului asupra comportamentelor, statistic se evidențiază următoarele [44]: control complet (1%), control semnificativ (5%), control mediu (23%), control minim (44%), niciun control (27%).

Gradul de opoziție la/control al comportamentelor variază în funcție de tipul de comportament, de exemplu: în cazul nevoii imperioase de a cere confirmări, de teamă ceilalți i-ar considera vanități sau ciudași, ei renunță la a cere reasigurări. Cei care folosesc camuflarea însăși, nu reușesc să se opună de obicei, pentru că această manevră nu necesită foarte mult timp sau prezența unei alte persoane sau pentru că uneori este executată odată pe zi (înainte de a pleca din cas). În cazul verificării în oglinzi/suprafețe reflectorizante sau în cazul manevrelor de expunere a imperfecțiunilor pielii, gradul de disconfort se accentuează, acest aspect fiind astfel un motiv de a rezista sau controla comportamentul.

Comportamentele sunt precedate de gânduri de tipul: „Cum arată defectul?”, „Cum arată? Arată bine? Arată rău?”, „, tui că arată groaznic și trebuie să fac ceva pentru a îmbunătăți aspectul” [44, p. 87]. Stări de teamă, îngrijorare, tensiune intrapsihică cresc nevoia de a trece la act. În cazul în care nu trec la act, starea de tensiune internă se accentuează variabil, astfel încât: 26% resimt extrem tensiunea, 39% resimt foarte accentuată această tensiune, 24% o resimt moderată, 9% o resimt ușor, iar 2% nu resimt deloc tensiunea [44].

Uneori „comportamentele de securizare” reduc tensiunea internă și anxietatea, atunci când consider că arată mai puțin rău decât de obicei sau că aspectul nu este mai rău decât se așteptau. În general însăși, după verificare, anxietatea și tensiunea internă se accentuează, ei constatând că arată rău, mai rău decât se așteptau sau „așa cum le era teamă că arată”. O parte din pacienți se simt mai puțin tensionați dacă se examinează într-o lumină adecvată sau într-o oglindă bună.

Pentru o parte semnificativă dintre pacienții cu TDC, comportamentul în sine este problemă majoră, 75% afirmând că aceste comportamente au un grad variabil de impact asupra diferitelor planuri de funcționare, după cum urmează [44]: 5% niciun impact, 20% un impact ușor, 50% impact mediu, 25% impact sever/dizabilant.

Verificarea în oglindă este comportamentul prototip pentru TDC, fiind prezent la peste 90% dintre pacienți [44]. Pacienții dezvoltă o relație specială și chinuitoare cu oglinzile, oglinda fiind în același timp cea mai mare speranță (că arată bine) și cea mai mare teamă (că defectul există și că arată rău).

Un alt segment de pacienți procedează la evitarea oglinzilor, în scopul de a se proteja de dezamăgire, anxietate sau de frustrarea secundară aspectului.

În funcție de cum percep ceea ce văd în oglindă, starea de confort se accentuează sau se diminuează. Dacă imaginea reflectată este acceptabilă, apare o relativă ușurare cu caracter

temporar, îndoielile revenind după o perioadă de timp variabil, fiind însoțite de nevoia de a verifica din nou.

Cel mai frecvent, oglinda le confirmă teama cea mai mare, și anume că sunt urâți sau hideți, că defectul există, iar disconfortul se accentuează.

Într-un studiu comparativ între pacienții cu dismorfie și populația generală [44] s-a constatat că cei din prima categorie petrec mai mult timp în fața oglinzii, că actul de oglindire este determinat de speranța că aspectul lor va fi mai adecvat, de dorința de a fi exact cum arată, de credința că dacă nu verifică aspectul se vor simți mai rău, de dorința de a se camufla. Acești pacienți au tendința de a se concentra pe anumite părți ale corpului, de a exercita cea mai avantajoasă poziție, de a executa o „operație chirurgicală mentală” pentru a schimba/îmbunătăți imaginea corporală. Un alt aspect relevat de studiu a fost frecvența crescută a comportamentului de oglindire în alte suprafețe reflectorizante (ecrane TV, vitrine etc.) și acela legat de distanța foarte mică față de oglindă.

Verificarea în oglindă la cei diagnosticați cu dismorfie are, uneori, un caracter compulsiv, fiind ceva ce trebuie făcut, ceva imperios necesar sau de act automat, executat fără o etapă de deliberare prealabilă. Prin oglindire, indivizii cu TDC examinează presupusul defect, observă detalii, încearcă să-l fixeze. Frecvent se examinează din unghiuri și lumini diferite.

O parte dintre pacienți nu are nevoie pentru examinare de oglinzi sau suprafețe reflectorizante, ci face aceasta prin a se privi direct sau utilizând fotografiile sau înregistrările cu ei înșiși.

Acest comportament este consumator de timp, în cazuri severe de tulburare ei rămânând blocați în fața oglinzii pentru a repara „defectul” sau pentru că li se confirmă „urâtenia”. În funcție de cantitatea de timp consumată de comportament și de frecvența acestuia, timpul necesar altor activități este afectat, comportamentul ajungând să interfereze cu planurile de funcționare. Ocazional, verificatul în oglindă poate declanșa tentative de suicid, gesturi de automutilare, crize clastice, pentru că ceea ce văd este insuportabil și imposibil de reparat.

Ornarea excesivă se manifestă prin manevre ca: taparea, pieptănarea, tunderea, spălarea, coafarea, pensarea excesivă a părului. Aproximativ 60% din pacienții cu TDC practică ornarea excesivă, frecvent în fața oglinzii, în diferite locuri. Unii o fac doar o dată pe zi, înainte de pleca din casă, iar alții, de mai multe ori decât plănuiau să-o facă.

O parte dintre pacienți practică tunderea părului în repetate rânduri, uneori în decursul aceleiași zile, încercând să-l anuleze cu totul, să-i găsească o formă adecvată. Unii duc foarfecele cu ei oriunde ar merge, tunzându-și frenetic părul ca act compulsiv.

În cazul categoriei de pacienți preocupați cu pilozitatea excesivă, foarte mult timp este consumat pentru a scăpa de păr, în acest scop recurgând la pensare, bărbierit (uneori de câteva ori în aceeași zi), electroliză.

O altă variantă de ornare excesivă se manifestă prin machiaj excesiv și repetat de câteva ori de-a lungul unei zile sau prin ritualuri ca: spalatul pe față de un anumit număr de ori într-o zi sau o anumită perioadă de timp la fiecare spălat; alții folosesc doar anumite produse cosmetice (șpunuri, ampoane, loțiuni etc).

Uneori, în urma acestor comportamente au impresia că și-au îmbunătățit aspectul. În alte situații, acești pacienți ajung să evite călătoriile sau vizitele din pricina dificultății de a-și duce cu sine accesoriile necesare ornării sau din cauza dificultății de a-și executa în mod nestingherit ritualurile ori pentru că devin incomozi pentru ceilalți.

Camuflarea. 91% din pacienții cu TDC practică comportamentul de camuflare, prin acesta în elegându-se anumite manevre de minimalizare/anulare/ascundere a „defectului”. Metodele folosite pentru acesta sunt foarte variate, cele mai frecvente fiind: soluții de bronzat, plajării, anumite haine, machiaj, peruci, anumite posturi/poziții corporale, anumite tehnici de distragere a atenției de la „defect”.

Soluțiile de bronzat sunt folosite pentru a bronză sau închide culoarea unei piele considerate prea deschise/prea palide, sau de „a trata” prin uscare acneea. O altă metodă folosită este bronzatul artificial, uneori prin exces dobândind arsuri. Alte complicații posibile în urma acestui comportament sunt: depigmentarea permanentă sau distrugerea ireversibilă a pielii, îmbătrânirea precoce, cancerul de piele.

Hainele sunt, de asemenea, folosite pentru camuflare de către o mare parte dintre pacienții cu dismorfie, preocupat de zonele corporale precum: coapse, membre inferioare, fese, torace, șani, talie, umeri, genunchi. Aceste zone sunt percepute ca diforme, în sensul supra-/subdimensionării, hipotone. O parte dintre pacienți obișnuiește să schimbe mai multe toalete vestimentare sau are dificultăți în achiziționarea de haine avantajoase pentru camuflare.

Altă variantă de camuflare este **folosirea anumitor segmente corporale** pentru a masca presupusul defect. Exemple în acest sens: taparea/retaparea părului în zonele în care acesta este „subțiat”, purtarea bărbierii sau a mustății pentru a masca un „defect” al buzelor sau o cicatrice.

Mâna sau o anumită postură poate fi folosită pentru a camufla zona „defectuoasă”.

Alte metode de camuflare sunt: machiajul, ochelarii de soare, plajările, geamurile fumurii la mașină, lumina redusă, evitarea așezării lângă geam sau în lumină puternică.

Comportamentele de camuflare au intenția de a diminua anxietatea/stresul emoțional, ca atare, fac parte din acele „comportamente de securizare”. Dezavantajul este că unele sunt mari

consumatoare de timp, pot fi costisitoare sau pot avea efecte grave asupra stării generale de sănătate.

Expunerea imperfectiunilor pielii/tenului este un comportament practicat de peste 1/3 din cei cu TDC. Cei care manifestă acest comportament sunt preocupați de o acnee minimală, de cicatrici, pori dilatați, puncte negre (comedoane), pete hipo- sau hiperpigmentate, sub/supradenivelări ale tenului. Scopul acestor comportamente este de a îmbunătăți aspectul pielii. Manevrelor practicate constă în: a curăța pielea, a o netezi, a elimina conținutul din acnee sau comedoane, a elimina „impuritățile pielii”.

Acest ritual practicat mai multe ore pe zi poate aduce injurii grave zonei de preocupare. În anumite situații de TDC sever, pacienții practicanți ai acestui comportament au ajuns în serviciul de urgență chirurgical pentru cazuri de perforare a nasului, secționarea carotidei [44].

Un aspect important este că, deși aceștia își autoproduc uneori vătămări prin practica acestui comportament, intenția lor nu este de a se automutila, ci de a-și îmbunătăți aspectul. Totuși, în anumite cazuri, acest comportament de expunere a imperfectiunilor pielii capătă un aspect compulsiv, determinând variate tipuri de traumatisme. Comportamentul *per se* este problematic din punct de vedere al urmărilor: cicatrici, posibile infecții/suprainfecții locale.

O parte dintre pacienți se simt rușinați pentru că practic aceste comportamente, astfel evitând să vorbească despre ele, iar o altă parte vorbește deschis despre această problemă.

Frecvent, pacienții care practic aceste comportamente dezvoltă un cerc vicios, și anume: un defect minim care „se cere” corectat, în urma manevrelor de corectare rezultă un nou „defect” care la rândul său „trebuie corectat”. Nu arareori efectele acestor manevre de expunere sunt foarte vizibile. Aproximativ 2/3 din cei ce manifestă aceste comportamente apelează la tratamente dermatologice, iar în unele situații necesită tratament dermatologic. Comportamentul de expunere a imperfectiunilor pielii este consumator de timp, dureros și generator de variate injurii.

Cererea de reasigurări. Aproximativ 50% din cei cu TDC pun întrebări repetitive în legătură cu aspectul lor, de exemplu: „Cum ar fi?”, „Ar fi bine?”, „Este vizibil defectul?” etc. [44]. Scopul acestor comportamente este de a diminua anxietatea și de a se reasigura că presupusul defect nu este sesizabil în măsura în care le era teamă.

O parte din acest segment de pacienți încearcă să își convingă pe ceilalți de realismul/autenticitatea urânelor lor. Pentru aceasta folosesc fotografiile cu ei înșiși sau compararea cu alte persoane, pentru a-i convinge pe ceilalți cât de mult s-au schimbat și cât de rușinat sunt. O altă variantă practicată este aceea de a cere soluții pentru a-și îmbunătăți aspectul/„defectul”.

În general, cererile de asigurare/reasigurare sunt adresate membrilor familiei și celor apropiați. Există, însă, și pacienți care întreabă sau cer sfaturi medicilor și chiar persoanelor necunoscute. Uneori, de teama de a fi etichetat ca vanitos sau ciudat, optează pentru un mod indirect de a întreba sau a cere informații în legătură cu „defectul”.

Prin faptul că necesită prezența unei alte persoane și prin aspectul repetitiv și consumator de timp, acest comportament interferează cu planul relațiilor interpersonale sau intime, ducând la deteriorarea acestora.

Dacă celălalt persoană optează pentru a infirma prezența „defectului”, în general apare o detensionare ușoară și temporară, pentru că dubiile despre „defect” reapără și necesită o nouă verificare, reconfirmare. Uneori acești pacienți cred sau sunt convinși că celălalt minte. Dacă celălalt optează pentru a confirma prezența și severitatea defectului (frecvent fiind agasat) efectul este dublu: există în sfârșit cineva care spune/confirmă adevărul, iar pe de altă parte cea mai mare teamă li s-a confirmat [44].

Compararea. Peste 90% din pacienții cu TDC practică acest comportament, fiind considerat cel mai frecvent dintre comportamentele caracteristice acestei tulburări. În general, în urma acestui comportament starea de disconfort a pacienților se accentuează, mult mai rar se ameliorează. Frecvent se compară cu persoane publice (cunoscute din mass-media).

Acest comportament este consumator de timp, îngreunează sau împiedică concentrarea/meninținerea atenției pe un alt obiectiv.

În situațiile în care identifică la o altă persoană același „defect”, celelalte persoane îi găsesc și un aspect pozitiv pe care ei înșiși nu îl au, astfel simindu-se și mai deznădăjduiți, reîntreându-și credința despre sine.

Apelarea la serviciile de medicină generală/dermatologică/chirurgical-estetică. Consulturile medicale pot avea motive variabile: pentru diagnosticarea „defectului”, efectuarea diferitelor investigații în scopul identificării cauzei problemei, obținerea de reasigurări, în sensul existenței și gravității „defectului”, pentru a primi tratament medical.

Dieta. Este un comportament frecvent în rândul pacienților cu TDC. Motivele acestui comportament sunt variabile: aplatizarea unui abdomen proeminent, subțierea coapselor sau taliei, „curățarea tenului”.

Unii recurg la diete selective: alimentație desodată pentru a evita retenția hidrică (cei preocupați cu pleoapele cu aspect edematos, preocuparea cu transpirația la nivelul feței, preocuparea cu abdomenul destins prin flatulență), alimentație fără glucide (ciocolată) sau fără lipide (cei preocupați cu tenul seboreic sau acneic), iar alții apelează la suplimente nutritive.

Exerciții fizice în exces. Scopul acestor comportamente este de a-i aplatiza un abdomen „proeminent”, de a-i subia talia sau membrele inferioare „supradimensionate”, de a evita hipotonia musculară. Frecvent, pacienții practică *jogging*-ul, aerobicul, ridicarea de greutăți (haltere). Aceste comportamente sunt adesea duse la extrem, astfel încât întreaga activitatea a individului ajunge să fie guvernată de practica acestor comportamente. De obicei nu obțin ceea ce doresc, ci ajung să dezvolte o nouă preocupare excesivă pentru segmentul suprasolicitat.

Boala cu TDC preocupă și de statură subdimensionată, atât din punct de vedere al înălțimii, cât și al musculaturii, practic la modul exagerat ridicarea de greutăți (haltere). Secundar acestui comportament pot apărea injurii, ca: distrucții articulare sau osoase. În mod adițional aceștia recurg la consumul de anabolizante steroidiene ilegale și cu multiple și severe reacții adverse (boli cardiovasculare, cancer de prostată, creșterea agresivității și reacții violente secundare).

Msurarea. Acest comportament este o variantă de verificare sau/și reasigurare, de fiecare dată existând speranța că de „data aceasta” va fi mai bine, că dimensiunea/greutatea va fi acceptabilă. Este practicat de pacienții preocupați cu greutatea corporală sau cu mărimea unor anumite segmente corporale (ex.: penis, degete etc.).

Informarea. Frecvent și pe variate căi (internet, literatură de specialitate, cluburi/asociații, reviste etc.), pacienții cu TDC caută noi informații despre presupusul defect, despre cauza apariției, variante de tratament etc. În anumite situații acest comportament capătă caracter compulsiv.

Atingerea poate fi o modalitate de verificare/constatare a „defectului”, dar și o modalitate de a aranja presupusul defect. Frecvent este practicat de pacienții cu preocupare pentru propria față. De asemenea, este o manevră consumatoare de timp.

2.4.1.4. Spitalizarea

Pacienții cu TDC ajung să fie spitalizați din varii motive: tulburări depresive, tentative de suicid, accidente, manevre medicale/chirurgicale nereușite. Din studiile lui K. Phillips [44] au reieșit următoarele: 40% din pacienți au fost în medii psihiatrice; 26% din pacienți au fost spitalizați pentru TDC; 13% din pacienții internați în spitale de psihiatrie au diagnosticul de TDC.

2.4.1.5. Violenta, manifestată sub formă de crize clastice, heteroagresivitate verbală și fizică, autoagresiune, are la bază frustrarea de a arăta anormal, incapacitatea de a remedia „defectul”, lipsa de control asupra defectului, credința că ceilalți îi rejectează datorită aspectului lor sau ideile senzitiv-relaționale.

În comparație cu indivizii fără TDC (cu sau fără tulburări psihice), pacienții diagnosticați au un grad crescut de ostilitate.

2.4.1.6. Suicidul. Ideea de suicidare este prezentă la peste 80% din pacienții cu TDC, iar 25% din aceștia prezintă tentative de suicidare de-a lungul evoluției tulburării. Severitatea simptomatologiei este direct proporțională cu frecvența tentativelor de suicidare. După instituirea și eficientizarea tratamentului psihotrop și psihoterapic, ideea și tentativele de suicidare se reduc semnificativ.

2.4.2. Criteriul 2: Preocuparea cauzează o deteriorare clinic importantă în plan social sau profesional.

Impactul tulburării dismorfe corporale asupra funcționării individului variază între extreme: de la o funcționare bună la dizabilitate. Pentru cei mai mulți consecința se află între cele două extreme. Pentru aproximativ 99% dintre pacienții TDC apare o afectare a funcționării în plan social, interpersonal și/sau profesional. Pacienții afirmă că impactul este ușor (4%), mediu (29%), sever (39%), extrem/dizabilitant (28%) [47]. Un aspect important, relevat de mai multe studii este că aproximativ 88% din pacienți au prezentat pe parcursul evoluției tulburării perioade de izolare socială completă (nu au părăsit domiciliul câteva săptămâni) [47].

Acești pacienți se simt jenați și fievizuși, nivelul anxietății accentuându-se în contexte sociale, ei apărând în general ca fiind tăcuți, retrași sau preocupați. Atenția le este concentrată pe aspect, fiindu-le dificil să se concentreze asupra activităților sociale.

Indivizii cu dismorfie corporală prezintă dificultăți în diferite arii de funcționare, precum: școală, serviciu, familie, relații de prietenie sau intime, frecvent ei neatribuind această dificultate tulburării dismorfe. În mod obișnuit evită activități ca: întâlniri cu colegi/prieteni, participarea la petreceri sau mersul la piscină/plajă, cumpărături.

Persoanele cu TDC obișnuiesc frecvent să întârzie sau să anuleze programări în ultimul moment (din pricina disconfortului secundar gândurilor și comportamentelor specifice tulburării). Partenerii sunt nedumeriți și frustrați de aceste atitudini, astfel relațiile interpersonale/intime sunt afectate sau chiar întrerupte. Ei își doresc să aibă relații, doar că datorită fricii de rejecție, rușinii și stimei de sine scăzute optează frecvent pentru a nu se angaja în relații.

Pacienții cu TDC ajung în situația de a abandona pregătirea profesională sau serviciul pentru că nu se pot concentra, că atare randamentul intelectual este diminuat, pentru că nu vor să fie vizuși, pentru că sunt depresivi. În unele cazuri de tulburare severă, pacienții experimentează situații/perioade în care nu își pot îndeplini obligațiile/rolurile gospodărești și parentale.

Conform mai multor studii, s-au constatat următoarele [47]:

- Din punct de vedere al **statutului ocupațional**, 34% sunt angajați cu normă întreagă, 12% sunt angajați cu jumătate de normă, 16% sunt studenți, 38% nu au serviciu.
- Din punct de vedere al **situației financiare**, 36% se autoîntrețin, 22% se autoîntrețin parțial, 30% sunt întreținuți de altcineva, 9% - dizabilitate prin TDC, 2% - o dizabilitate prin altă cauză.
- Din punct de vedere al **statutului marital**, 68% sunt celibatari, 20% sunt căsătoriți, 12%, divorțați.
- Din punct de vedere al **nivelului de colarizare**, 5%-liceu parțial, 15%-liceu absolvit, 34%-coală postliceală parțială, 23%-coală postliceală absolvită, 7%-studii superioare absolvite parțial, 10%-studii superioare absolvite.
- Din punct de vedere al **coabitării**, 43% locuiesc cu parteneri (sot/sotie, coleg de apartament), 33% locuiesc cu părinții, 20% locuiesc singuri, 4%-locuiesc protejate.

Majoritatea pacienților cu TDC au o stimă de sine scăzută, simptomatologie de serie depresivă și anxioasă în diferite grade de intensitate, acestea fiind secundare dismorfiei. Stima de sine este direct proporțională cu severitatea tulburării dismorfice și cu gradul depresiei, imaginea corporală având un rol important în stima de sine. Episoadele depresive sunt prezente la peste 94% din pacienții cu TDC, au caracter secundar, grade diferite de intensitate și durată.

Anxietatea la pacienții cu TDC are, de asemenea, caracter secundar, se manifestă ca anxietate generalizată, uneori ca atacuri de panică, altele ca anxietate/fobie socială.

Calitatea vieții la pacienții cu dismorfie are un grad foarte scăzut, printre cele mai scăzute grade în rândul pacienților cu tulburări mentale.

Din mai multe studii comparative efectuate pe pacienții cu TDC și pe populația generală s-a constatat că cei din prima categorie sunt, în general, nemulțumiți de rezultatele chirurgiei cosmetice, comparativ cu cei din a doua categorie, care în mod obișnuit sunt satisfăcuți postoperator [48]. Secundar intervenției chirurgicale, pacienții cu TDC, nesatisfăcuți fiind de rezultat, obișnuiesc să se autoacuze sau să-l blameze pe chirurgul în cauză. Mai rar devin violenți, heteroagresivi verbal și fizic, manifestând acte homicidare asupra chirurgului.

Uneori, postoperator simptomatologia caracteristică dismorfiei corporale se ameliorează, această ameliorare având caracter temporar sau preocuparea redirecționându-se spre o altă zonă corporală.

În unele cazuri severe de TDC, pacienții optează pentru varianta de a repara „defectul” pe cont propriu, „auto-operându-se” (ex.: corecția nasului/frunții prin tăiere). Uneori, din aceeași dorință de „a repara” presupusul defect, prin manevre excesive și inadecvate, pacienții își produc

diferite traumatisme. O altă categorie de pacienți recurge la a-și autoprovoaca leziuni, fie din frustrare, fie din ură pentru propriul lor corp. Uneori, scopul acestor autoagresiuni este de a obține intervenția chirurgicală dorită pentru corecția „defectului”.

2.4.3. Criteriul 3: Preocuparea nu este explicată de o altă tulburare mentală, de exemplu insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului din anorexia nervoasă

În urma mai multor studii de specialitate s-a relevat faptul că cele mai frecvente comorbidități ale tulburării dismorfice corporale sunt cu: tulburările obsesiv-compulsive, tulburarea depresivă majoră, tulburările de instinct alimentar, tulburarea de panică, fobia socială, distimia, tulburările bipolare, anxietatea generalizată, sindromul Tourette, agorafobia.

Conform unui studiu realizat în scopul descrierii comorbidității în TDC [49], pe 293 de pacienți diagnosticați cu dismorfie corporală, a reieșit că cel mai frecvent această tulburare coexistă cu un număr de două tulburări de pe axa I a DSM-IV [26]. Depresia, TOC, fobia socială, tulburările adictive și tulburările de personalitate sunt cele mai frecvente comorbidități în TDC.

2.5. Comorbiditatea

2.5.1. Comorbiditatea cu tulburarea depresivă

Într-un studiu [50] pe un lot de 110 pacienți din mediul clinic, 60% din pacienții diagnosticați cu dismorfie corporală îndeplineau criteriile clinice pentru episodul depresiv major, iar 80% prezentau un grad crescut de risc pentru a dezvolta episoade depresive majore în timp, precum și risc suicidal semnificativ. Datorită frecvenței mari a comorbidității acestor două tulburări, prezența în primul plan a simptomatologiei depresive, cât și a obișnuitei dificultăți de expunere a preocupărilor specifice dismorfiei corporale, diagnosticarea tulburării dismorfice corporale este adesea omisă.

Cel mai frecvent, tulburarea depresivă este secundară TDC sau debutul este concomitent cu debutul dismorfiei corporale [45, 49]. În doar 22% din cazurile luate în studiile citate, simptomatologia depresivă a precedat tabloul clinic al tulburării dismorfice corporale [49]. Procentul înalt de comorbiditate a condus la următoarele ipoteze: depresia și dismorfia corporală ar avea aceeași etiologie; aceste două tulburări ar putea fi incluse în spectrul tulburărilor afective [46].

Diagnosticarea comorbidității TDC cu tulburarea depresivă este importantă din perspectiva tratamentului psihotrop, acest segment de pacienți nefiind responsivi la alt tratament antidepressiv decât cel cu ISRI sau la terapie electroconvulsivantă [50].

2.5.2. Comorbiditatea cu tulburarea obsesiv-compulsiv

Într-o serie de studii realizate [49, 51, 52] pe pacienți diagnosticați cu TDC, s-a relevat faptul că rata comorbidității cu TOC este mai scăzută decât rata comorbidității cu tulburarea depresivă, valorile fiind între 6% și 30%. Procentul înalt de comorbiditate, aspectele clinice similare ale acestor două tulburări și asemănarea din punct de vedere al strategiilor și responsivității terapeutice au dus la conturarea ipotezelor privind spectrul și etiologia comună.

2.5.3. Comorbiditatea cu anxietatea și fobia socială

Din studiul realizat de Gunstad și Phillips [49] reiese faptul că aproximativ 32% dintre pacienții diagnosticați cu TDC prezintă concomitent criteriile diagnostice pentru fobia socială. Studiul realizat de Phillips și Diaz [52] a relevat faptul că 38% din pacienții cu simptome de dismorfie corporală vor dezvolta un tablou clinic și comportamente caracteristice anxietății sociale.

2.5.4. Comorbiditatea cu tulburările adictive

Pacienții recurg la a folosi aceste substanțe pentru a-și diminua intensitatea preocupărilor, a-și ameliora suferința, a scădea anxietatea/tensiunea intrapsihică, în special în contexte sociale. În urma a două studii realizate pe 200, respectiv 300 de pacienți diagnosticați cu TDC a reieșit că 20%, respectiv 43% dintre pacienți prezentau o tulburare legată de consumul de alcool (abuz sau dependență) și 17%, respectiv 34% dintre pacienți prezentau o tulburare legată de consumul de droguri (abuz sau dependență) [44]. Un alt aspect este că 70% dintre pacienți afirmă că simptomatologia TDC a contribuit la dezvoltarea conduitelor adictive, 26% dintre pacienți atribuindu-i un rol major, 27%, un rol parțial/mediu și 17%, un rol minor.

2.5.5. Comorbiditatea cu tulburările din axa II a DSM-IV (10)

Dintr-un studiu realizat pe 50 de pacienți diagnosticați cu TDC [51] a reieșit faptul că 72% dintre pacienți erau diagnosticați cu o tulburare de personalitate, cea evitantă (38%), paranoidă (38%), obsesiv-compulsivă (28%) fiind cele mai răspândite. Într-un alt studiu [53], desfășurat pe un lot de 17 pacienți diagnosticați cu dismorfie corporală, s-a relevat faptul că toți pacienții sufereau de cel puțin o tulburare de personalitate, 13 dintre aceștia având patru sau mai multe diagnostice pe axa II a DSM-IV [26]. Majoritatea pacienților (94%) aveau tulburări de personalitate din *cluster*-ul C (evitant, dependent, obsesiv-compulsiv) [53]. Un alt studiu [54], realizat pe un număr de 148 de pacienți diagnosticați anterior cu TDC, a demonstrat faptul că 57% dintre pacienți aveau cel puțin o tulburare de personalitate diagnosticabilă conform criteriilor din DSM-IV [26], tulburările din *cluster*-ul C fiind cel mai frecvent diagnosticate.

Luând în considerare aceste aspecte, putem deduce faptul că, în general, tulburările de personalitate din *cluster*-ul C I, în particular, tulburarea de personalitate de tip evitant sunt frecvent comorbide cu TDC.

2.5.6. Comorbiditatea cu tulburările de instinct alimentar

Ierarhia de diagnosticare din DSM-IV [26] afirmă faptul că nu trebuie pus diagnosticul de TDC dacă preocupările cu imaginea corporală sunt mai bine explicate de o altă tulburare, cum ar fi anorexia nervoasă. Cu toate acestea, unii autori [apud 44] consideră că tulburările legate de imaginea de sine și nu tulburările legate de comportamentul alimentar ar constitui particularitatea centrală a tulburărilor de instinct alimentar.

K. Phillips [44] susține faptul că un anumit pacient poate suferi atât de dismorfie corporală, cât și de o tulburare a instinctului alimentar, caz în care ambele tulburări ar trebui diagnosticate și luate în considerare din punct de vedere terapeutic. În această situație, ambele tulburări ar trebui considerate ca fiind la fel de importante. Un studiu [apud 44] a relevat faptul că peste 80% dintre femeile diagnosticate cu dismorfie corporală și anorexie mentală afirmă că TDC constituia problema lor cea mai gravă sau problema lor majoră. În același studiu s-a afirmat faptul că pacientele cu dublu diagnostic reprezintă cazuri mai severe din punct de vedere al simptomatologiei decât cele diagnosticate doar cu anorexie mentală. Un procentaj mult mai ridicat de paciente cu TDC (63%) aveau în antecedente tentative de suicid, comparativ cu pacientele fără dismorfie corporală (20%). Astfel, pacienții diagnosticați cu TDC și cu anorexie nervoasă reprezintă cazuri severe și trebuie tratați în acord cu acest dublu diagnostic.

2.6. Raportul pe sexe

Studiile relevă că, în populația generală, sexul feminin este mai frecvent preocupat de aspect. În urma a două studii, unul pe loturi de 300, respectiv 200 de pacienți cu TDC s-a evidențiat că 56% sunt femei, 44% sunt bărbați, respectiv 69% femei, 31% bărbați [44].

În ceea ce privește diferențele asemănabile dintre sexul feminin și sexul masculin cu TDC s-au constatat similitudini din următoarele puncte de vedere [44]:

- aspecte demografice: vârstă, statut ocupațional;
- aspecte clinice: numărul zonelor de preocupare, comportamentelor, gradul de severitate al simptomelor, impactul asupra funcționalității, numărul tentativelor de suicid;
- coexistența cu alte tulburări psihice. Un aspect diferențial cu populația generală este că aceste tulburări sunt mai frecvente la sexul feminin, explicațiile în acest sens fiind

cele sunt secundare simptomatologiei tulburării dismorfice corporale sau/ și cele ambele au același substrat biologic și psihologic;

- tratamente nonpsihiatrice, dermatologice și chirurgicale-estetice: în populația generală femeile recurg la/solicită mai frecvent tratamente chirurgicale-estetice.

Totodată, au fost constatate următoarele diferențe [44]:

- femeile prezintă mai frecvent tulburări de control al impulsurilor (anorexia nervosa);
- bărbații prezintă mai frecvent tulburări adictive (alcool, droguri);
- bărbații sunt mai frecvent celibatari/divorțai;
- bărbații sunt mai frecvent preocupați de aspectul constituției corporale în sensul insuficienței dezvoltării musculaturii sau a staturii în general;
- femeile sunt mai frecvent preocupate de constituția și greutatea în sensul supradimensionării;
- părul este o preocupare la fel de frecventă pentru ambele sexe, diferența constând în faptul că bărbații sunt preocupați de pierderea părului, iar femeile de pilozitate excesivă;
- bărbații sunt mai frecvent preocupați de organele genitale;
- bărbații sunt mai predispuși la a folosi ca mecanism de camuflare plămâniile;
- femeile sunt mai predispuse la a folosi ca mecanism de camuflare machiajul;
- femeile sunt preocupate cu aspectul corporal „supradimensionat”, 85% dintre femei dorind să piardă din greutate și doar 40% dintre bărbați având acest obiectiv;
- bărbații sunt preocupați cu aspectul corporal „subdimensionat”, 45% având ca obiectiv creșterea în greutate.

2.7. Aspecte evolutive

În general, TDC debutează la vârsta adolescenței, existând posibilitatea de debut atât la maturitate, cât și în copilărie. Într-un studiu efectuat de K. Phillips [44] pe mai mult de 500 de pacienți diagnosticați cu TDC, a reieșit că vârsta cea mai frecventă pentru debut este 13-16 ani, cea mai mică vârsta fiind 4 ani, iar cea mai avansată 49 de ani.

Debutul este în general progresiv, doar 20% dintre pacienți descriu un debut brusc (ex.: în decursul unei săptămâni). Cel mai frecvent, debutul nu este în legătură cu un anumit factor declanșator, mai rar este secundar unor operații sau tratamente dermatologice.

84% din pacienții diagnosticați cu TDC afirmă că simptomele sunt permanent prezente, tulburarea având o evoluție cronică (fără perioadă liberă de simptome de minim o lună de zile).

Din studiile lui K. Phillips [44], reiese c 59% din pacien i afirm c simptomatologia s-a accentuat în timp, 13% afirm c s-a diminuat i 28% spun c s-a stabilizat.

În concluzie, TDC are o evolu ie cronic , cu tendin e de accentuare a simptomatologiei în timp. Severitatea simptomatologiei este fluctuant în timp, f r vreun stimul evident sau ca r spuns la un eveniment stresant.

Dup instituirea medica iei adecvate (tratament antidepressiv cu SSRI i terapie cognitiv-comportamental) s-au constatat urm toarele:

- La 6-12 luni de tratament 58% dintre pacien i ob in remisiuni par iale/totale;
- La 4 luni de tratament 84% dintre pacien i ob in remisiuni par iale/totale.

2.8. Tratamentul tulbur rii dismorifice corporale

Tulburarea dismorfic corporal este în general considerat o tulburare psihic dificil de tratat (rezistent la tratament) din mai multe considerente, cum ar fi urm toarele [55]:

- **Grad redus de informare sau cuno tin e precare** cu privire la tulburarea dismorfic – majoritatea persoanelor este gre it informata sau total dezinformata în leg tur cu aceast tulburare sau cu tratamentul specific acesteia;
- **Sentimente frecvente de ru ine sau jen** pe care pacien ii cu TDC le simt în leg tur cu preocuparea lor pentru aspectul fizic, motiv pentru care au dificult i în a vorbi despre aceasta i, în schimb, acuz simptome depresive, anxioase sau probleme rela ionale;
- **Sentimente frecvente de culp** pe care ace ti pacien i le încearc , fie legate de credin a c î i provoac singuri defectele pe care le percep la nivelul propriei imagini corporale, fie în leg tur cu faptul c î i petrec o mare parte din timp focusându-se pe aspectul exterior;
- **Trivializarea/banalizarea acestei preocup ri de c tre cei din jur** – pacien ii pot fi u or considera i ca fiind vanito i sau superficiali datorit preocup rii excesive pentru aspectul corporal;
- **Stigma atribuit acestor persoane** – tulburarea dismorfic este asociat cu o anumit stigm din punct de vedere social, motiv pentru care persoanele sunt adesea reticente în a se adresa serviciilor de s n tate mental sau în a urma un tratament psihiatric.

De i, pân în prezent, nu au fost efectuate foarte multe cercet ri pe tema tratamentului tulbur rii dismorifice corporale, rezultatele studiilor existente [55, 56] pot oferi câteva linii

directoare în abordarea terapeutică a pacienților diagnosticați cu tulburare dismorfică corporală, după cum urmează :

1. Cel mai eficient tratament medicamentos constă în administrarea de **inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)**, cu o eficiență dovedită atât în tratamentul tulburării dismorfice corporale, cât și în tratamentul tulburării obsesiv-compulsive;
2. Concomitent cu respectarea tratamentului medicamentos, se recomandă abordarea psihoterapeutică a dismorfiei corporale, dovedindu-se eficient în special **terapia cognitiv-comportamentală** .

2.8.1. Farmacoterapia

Inhibitorii selectivi ai recaptării Serotoninei (ISRS) reprezintă o grupă medicamentoasă din categoria antidepresivelor, cu proprietăți antiobsesionale, care și-au dovedit eficiența în majoritatea cazurilor de tulburare dismorfică corporală . Astfel, ISRS constituie un tratament mai eficient decât oricare altă medicație în cazul pacienților dismorfici [55, 57, 58].

Tratamentul cu ISRS determină o serie de efecte și modificări în ceea ce privește simptomatologia implicată în tulburarea dismorfică corporală , după cum urmează :

1. **Preocuparea în legătură cu aspectul fizic** înregistrează o scădere remarcabilă ; în cazul în care există responsivitate completă la tratament, pacienții ajung să acorde doar câteva minute acestei preocupări sau să o neglijeze în totalitate; în cazuri de responsivitate parțială , timpul petrecut se reduce considerabil, iar în același timp crește capacitatea de focusare și menținerea atenției asupra altor activități , dar și sentimentul de autocontrol.
2. **Capacitatea de a controla, respectiv de a opune rezistență gândurilor obsesive** înregistrează o creștere, pacienții devenindu-le mai ușor să controleze aceste gânduri recurente, iar în același timp scade timpul alocat gândurilor obsesive în legătură cu aspectul fizic; în cazul eficienței tratamentului medicamentos pacienții încep să simtă că și în viața de zi cu zi nu obsesiile lor dețin controlul asupra propriei existențe.
3. **Suferința pe plan emoțional** devine din ce în ce mai ușor de suportat, înregistrând o scădere a intensității pe măsură ce tratamentul evoluează , ideea depresivă pierde din intensitate, la fel și componenta anxioasă , ameliorându-se următoarele simptome: dispoziția trist/iritabilă , lipsa de interes/motivație, energia scăzută , tulburările prosexice, stima de sine scăzută , tulburările de somn și apetit alimentar, anxietatea, îngrijorarea, tensiunea intrapsihică , ideea suicidară etc.

4. **Comportamentul** suport modificări notabile, în sensul în care scade timpul pe care persoanele îl alocă comportamentului secundar caracteristic dismorfiei corporale (d.e. verificare, camuflare, evitare, reasigurare repetată etc.), iar în același timp crește capacitatea de a rezista, respectiv de a controla aceste manifestări/tendințe comportamentale.
5. **Funcționarea cotidiană (rutinier)** se îmbunătățește, în sensul în care desfășurarea unor activități sociale, familiale și/sau profesionale devine posibilă sau mult mai facilă.
6. **Tendința de evitare a celorlalți (tendința la retragere socială)** se diminuează considerabil, din moment ce scade teama de a fi în prezența altora, crește dorința de a socializa, pacienții devin mai activi pe plan social și își recâștigă libertatea și disponibilitatea de a se angrena în diverse alte activități.
7. **Calitatea vieții** se îmbunătățește, persoanele încep să funcționeze mai bine pe plan social, profesional, familial etc. și, odată cu capacitatea de a se bucura de viață, cresc și satisfacțiile pe plan existențial.
8. **Sentimentele de furie și ostilitate** față de ceilalți scad în intensitate.
9. **Imaginea corporală**, un aspect mai puțin studiat în relație cu tulburarea dismorfică corporală, se îmbunătățește în urma tratamentului medicamentos, în sensul în care aspectul fizic devine mai puțin important, iar comportamentul secundar legat de acesta se reduce. Conform unui studiu efectuat de K. Phillips și colaboratorii [47], la 60% dintre pacienții care au urmat tratament cu Fluoxetină sau Fluvoxamin s-au obținut rezultate satisfăcătoare; la acești pacienți, modificările înregistrate ca efect al tratamentului medicamentos au fost de două tipuri:
 - 1/3 dintre pacienți au afirmat faptul că, deși în urma tratamentului aspectul lor nu s-a modificat propriu-zis, sentimentele de insatisfacție și anxietate legate de acesta s-au diminuat considerabil;
 - 2/3 dintre respondenți au afirmat că, în urma tratamentului, percepția pe care o aveau asupra aspectului exterior s-a modificat într-un sens pozitiv, impresia subiectiv fiind că arată diferit, dar mai bine ca înainte.
10. **Insight-ul** se îmbunătățește, în sensul în care pacienții devin mai conștienți de faptul că percepția lor asupra a-a-zis-ului „defect” era distorsionată; de asemenea, tratamentul medicamentos cu Fluvoxamin, Citalopram, Escitalopram poate contribui la diminuarea ideilor de referință.

11. **Preocuparea legat de anumite probleme evidente la nivelul aspectului exterior**

Înregistrează o scădere, în sensul în care se diminuează preocuparea obsesiv referitoare la diferite caracteristici evidente de ordin fizic (d.e. obezitatea), persoanele devenind mai puțin preocupate și afectate de aceste probleme.

2.8.1.1. Principii ale tratamentului în tulburarea dismorfică corporală

În tratamentul medicamentos al tulburării dismorfice corporale trebuie respectate câteva principii de bază, pe care le vom enumera în cele ce urmează [55, 57, 56, 59]:

1. Prima linie de intervenție medicamentoasă în tulburarea dismorfică corporală este **administrarea ISRS**, inclusiv în cazurile cu simptomatologie de intensitate delirantă, deoarece se consideră că ISRS sunt eficiente în majoritatea formelor de dismorfie corporală, având o eficiență mai crescută decât alte tipuri de antidepressive sau neuroleptice.
2. Se poate încerca **administrarea oricărui tip de ISRS**, cum ar fi: **Fluoxetin**, **Citalopram**, **Escitalopram**, **Sertralin**, **Paroxetin**, **Fluvoxamin**, **Clomipramin**.
 - a. Ar fi de menționat faptul că Clomipramina nu este de primă intenție, datorită efectelor secundare pe care le implică și al potențialului său toxic. Conform studiilor de specialitate, cele mai bune rezultate (în sensul celor mai bune remisii) se obțin cu Citalopram sau Escitalopram, aceasta doar în sensul unei reacții mai rapide a pacienților la tratament, întrucât nu există indicatori cu privire la care dintre ISRS va fi mai eficient într-o situație sau alta.
3. Este esențial să fie indicat **doza maximă recomandată** de compania farmaceutică sau doza tolerată de pacient, se impun unele precizări: în primul rând, cea mai frecventă greșeală în tratamentul tulburării dismorfice corporale constă în faptul că de regulă se utilizează doze mici care automat determină ameliorări minimale. Dozele indicate sunt următoarele:
 - Citalopram – 66mg/zi (60-70)
 - Escitalopram – 29mg/zi (aprox. 30)
 - Fluoxetin – 67 mg/zi (60-70)
 - Fluvoxamin – 308 mg/zi (aprox. 300)
 - Paroxetin – 55 mg/zi (50-60)
 - Sertralin – 202 mg/zi (aprox. 200)
 - Clomipramin – 203 mg/zi (aprox. 200)
4. **Ritmul de creștere a dozelor** variază în funcție de specificul cazului, după cum urmează: se recomandă un ritm mai rapid în cazurile severe, în special la pacienții cu

idea de suicidar , urmând să se ajungă la doza maximă recomandată în 4-9 săptămâni de la inițierea tratamentului. De pildă , în tratamentul cu Fluoxetină , în primele 2 săptămâni se recomandă 20mg/zi, apoi se crește doza cu 20mg la fiecare 10 sau 14 zile, urmând să se ajungă la maxim 80mg/zi. Acest tratament are avantajul unui răspuns mai rapid din partea pacientului, dar și dezavantajul apariției efectelor secundare.

5. **Tratamentul cu ISRS trebuie menținut timp de 12-16 săptămâni**, până la atingerea dozei maxime care, la rândul ei, trebuie administrată timp de aproximativ încă 3 săptămâni. Important este ca pacientul să nu întrerupă tratamentul în această perioadă minimă de 12 până la 16 săptămâni.
6. **Efectul medicamentelor se instalează treptat**; conform unor studii [55, p.232], la 40% dintre pacienții cu dismorfie corporală , efectul continuă să crească la 3, respectiv 6 luni de la inițierea tratamentului medicamentos, în timp ce la 10% dintre pacienți, în ciuda unei diminuații inițiale a simptomatologiei tipice tulburării dismorfice, s-a înregistrat o recuperare completă în timpul tratamentului.
7. **Durata tratamentului variază** , în general cuprinzând o perioadă de 1-2 ani sau mai mult, chiar dacă simptomatologia s-a ameliorat semnificativ. S-a constatat faptul că , după întreruperea tratamentului cu ISRS, la 50% dintre pacienții cu tulburare dismorfică corporală simptomatologia specifică tulburării a reapărut, chiar dacă nu la intensitatea inițială , aceasta diminuându-se în cazul reluării tratamentului medicamentos inițial.
8. **Întreruperea tratamentului cu ISRS** trebuie să implice o scădere treptată și lentă a dozelor, efectuată pe parcursul mai multor luni. Este contraindicat ca această întrerupere să aibă loc în perioade existențiale psiho-stresante pentru pacient.
9. **Efectele secundare ale ISRS** nu sunt majore, acest grup de antidepressive fiind în general bine tolerat .
10. **Augmentarea ISRS** prin asocierea cu alte substanțe a fost puțin studiată în cazul tulburării dismorfice corporale; în cazurile în care s-au administrat ISRS în doze maxime pentru perioade mai lungi de timp, iar rezultatele obținute nu sunt semnificative, se recomandă asocierea ISRS cu alt tip de medicament. În continuare vom prezenta principalele substanțe ce pot augmenta efectul ISRS în tratamentul tulburării dismorfice corporale și caracteristicile specifice acestora [57]:
 - a. Bupropion – își dovedește eficiența la 1/3 dintre pacienți, efectele sale fiind în general variabile, administrat atât la pacienții deliranți cât și la cei nedeliranți.

- b. Clomipramina – se obține rezultate bune la 44% dintre pacienți, în special dacă simptomatologia depresivă este de intensitate severă; pentru eficacitate maximă se impune administrarea pe o perioadă de 8 până la 12 săptămâni, acordându-se o deosebită atenție concentrației sanguine a substanței;
 - c. Venlafaxina – se administrează singular sau în combinație cu ISRS;
 - d. Bupropionul – doza recomandată este de 400mg/zi;
 - e. Neurolepticele atipice, cum ar fi: Olanzapina, Ziprazidona, Aripiprazol, Risperidona ș.a., au avantajul de a diminua neliniștea psiho-motorie marcată, respectiv agitația psiho-motorie. În unele cazuri se recomandă asocierea ISRS cu neuroleptice chiar de la inițierea tratamentului. Printre efectele pozitive ale neurolepticilor se numără: scăderea suferinței intrasubiective, diminuarea ideii de referință sau a celei delirante, respectiv prevenirea spitalizării în cazul complianței la tratament;
 - f. Litiu – se recomandă în cazul în care predomină instabilitate emoțională, simptome depresive marcate, conduite agresive, ideea de suicidare; s-a constatat faptul că la 20% dintre pacienții cu tulburare dismorfică corporală simptomatologia se ameliorează în cazul asocierii ISRS cu litiu;
 - g. Benzodiazepine (d.e. Clonazepam, Lorazepam) – se recomandă administrarea acestora în caz de anxietate marcată, tulburări de somn, ideea de suicidare; dimpotrivă, benzodiazepinele sunt contraindicate în caz de consum de droguri sau alcool, putând fi înlocuite cu neurolepticele atipice;
 - h. Anticonvulsivante (Acid valproic, Gabapentin, Lamotrigin) – administrarea lor poate fi eficientă mai ales în cazuri de comorbiditate între tulburarea dismorfică corporală și tulburarea afectivă bipolară.
11. Schimbarea unui ISRS cu un alt ISRS trebuie efectuată cu precauție, respectând următoarele indicații: în cazul în care, după o perioadă suficient de timp de la inițierea tratamentului, la o doză maximă administrată rezultatele obținute se dovedesc minime sau chiar inexistente, se poate încerca fie schimbarea cu un alt ISRS, fie augmentarea primului ISRS. Conform literaturii de specialitate [55, p.241], 43% dintre pacienții care nu au avut reacții satisfăcătoare la administrarea primului ISRS au reacționat mult mai bine la tratamentul cu următorul. În general, responsivitatea pacienților la tratament este indicată testologic printr-o scădere cu circa 30% a scorurilor înregistrate de acești pacienți la chestionarul BDD-YBOCS, comparativ cu rezultatele înregistrate înainte de inițierea tratamentului [55, p.242].

12. Administrarea unor inhibitori ai mono-amino-oxidazei (IMAO), precum Phenelzina sau Selegilina, i-a poate dovedit eficiența în 30% din cazuri, cu toate acestea utilizarea acestor substanțe trebuie făcută cu mare precauție, datorită efectului toxic al acestora; în general, se recurge la administrarea IMAO în cazul în care nu s-a obținut un răspuns favorabil la celelalte medicamente.
13. Administrarea opioidelor ca metodă de tratament în tulburarea dismorfică corporală nu a fost suficient studiată. Deși aceste substanțe implică un risc înalt pentru dezvoltarea unei dependențe, în unele cazuri rezultatele pot fi bune sau foarte bune.
14. Terapia electroconvulsivă (TEC) se utilizează sporadic, având în vedere faptul că, în general, în urma acestei terapii, nu se înregistrează ameliorări notabile ale simptomatologiei specifice tulburării dismorfice corporale. Cu toate acestea, au existat în literatura de specialitate cazuri în care s-au obținut rezultate bune cu ajutorul TEC. Acest metodă este indicată în special în cazurile de depresie severă și la pacienții suicidari.
15. Neurochirurgia reprezintă o metodă de intervenție radicală, ale căror influențe au fost foarte puțin studiate și la care se apelează foarte rar, eventual în cazurile deosebit de severe. Au fost experimentate într-un număr foarte restrâns de cazuri anumite intervenții, precum cingulotomia anterior bilaterală, tractomia subcaudată sau capsulotomia anterioară, scopul acestora fiind întreruperea circuitelor neuronale implicate în tulburarea obsesiv-compulsivă.

În concluzie, din datele disponibile până acum în literatura de specialitate, încă nu s-a stabilit un design terapeutic unanim acceptat sau o schemă de tratament standard în ceea ce privește tratamentul psiho-farmacologic al tulburării dismorfice corporale, totuși Phillips Katharine [27] propune un algoritm terapeutic prezentat în figura nr.1. În acest context se impune necesitatea efectuării unor studii de specialitate pe următoarele direcții:

- cercetări în vederea stabilirii tratamentului optim pentru pacienții cu tulburare dismorfică corporală;
- studii cu design experimental, studii longitudinale ș.a.;
- studii comparative între diferite grupuri de subiecți, în vederea investigării responsivității la tratament (d.e. lot control și s-a administrat un placebo comparativ cu alte loturi control și s-au administrat diferite tipuri de substanțe);
- cercetarea efectelor ISRS cu sau fără augmentare;

investigarea efectelor pe termen lung ale tratamentului medicamentos, pentru a putea stabili perioada optimă de întrerupere a medicației.

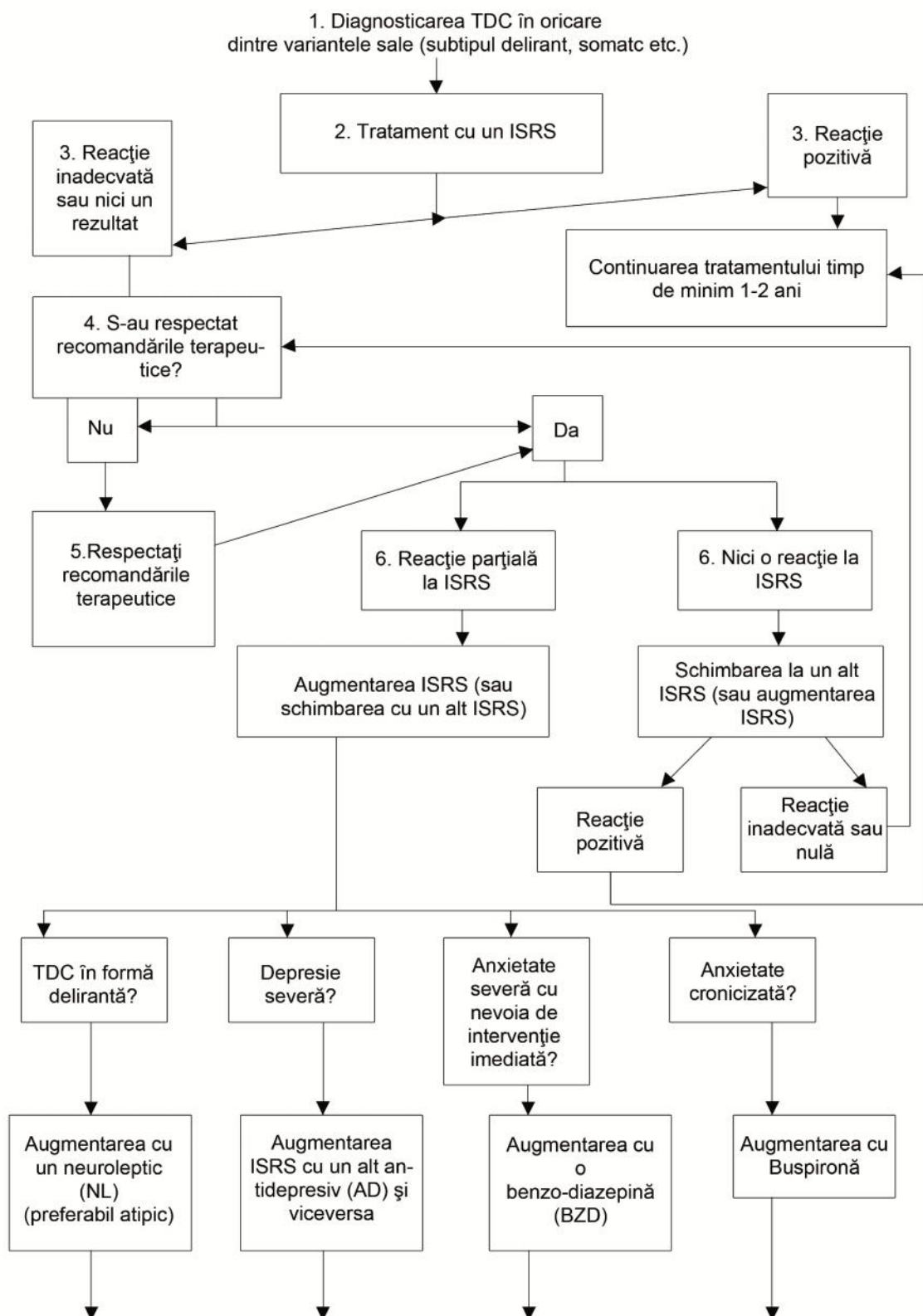
2.8.2. Abordarea psihoterapeutică – Terapia cognitiv-comportamentală

În ciuda faptului că utilizarea psihoterapiei ca metodă de tratament în tulburarea dismorfică corporală reprezintă încă un domeniu de cercetare relativ limitat, majoritatea covârșitoare a studiilor de specialitate efectuate pe pacienții cu TDC oferă rezultate ce susțin același principiu fundamental: în tratamentul pe termen lung al tulburării dismorfice corporale cele mai bune rezultate se obțin la pacienții care, alături de respectarea unui tratament medicamentos, beneficiază de intervenții psihoterapeutice [55, 53, 60].

În ceea ce privește abordarea psihoterapeutică a pacienților cu TDC, cel mai studiat model terapeutic este cel de natură cognitivă și comportamentală [44]; în acest sens, majoritatea autorilor consideră metodele terapeutice cognitiv-comportamentale (TCC) ca fiind unele dintre cele mai promițătoare în tratamentul TDC, aceasta în principal datorită unui element esențial în acest tip de terapie: focusarea prioritară pe prezent, abordarea dimensiunii temporale de „aici și acum” care facilitează modificări la nivelul cogniției și comportamentului pacientului/clientului respectiv.

Specificul psihoterapiei cognitiv-comportamentale reiese din însăși denumirea sa, presupunând în primul rând intervenția pe două planuri de funcționare umană: cel cognitiv, respectiv cel comportamental. În timp ce abordarea pe plan cognitiv are ca scop identificarea, evaluarea și eliminarea, respectiv modificarea gândurilor nerealiste și a credințelor dizabilitante specifice pacienților dismorfici, intervențiile de model comportamental se concentrează pe depistarea, diminuarea, respectiv stoparea comportamentului secundar dezadaptativ (d.e. verificarea compulsivă în oglinzi sau evitarea acestora), precum și pe

Algoritm de tratament medicamentos în tulburarea dismorfică corporală



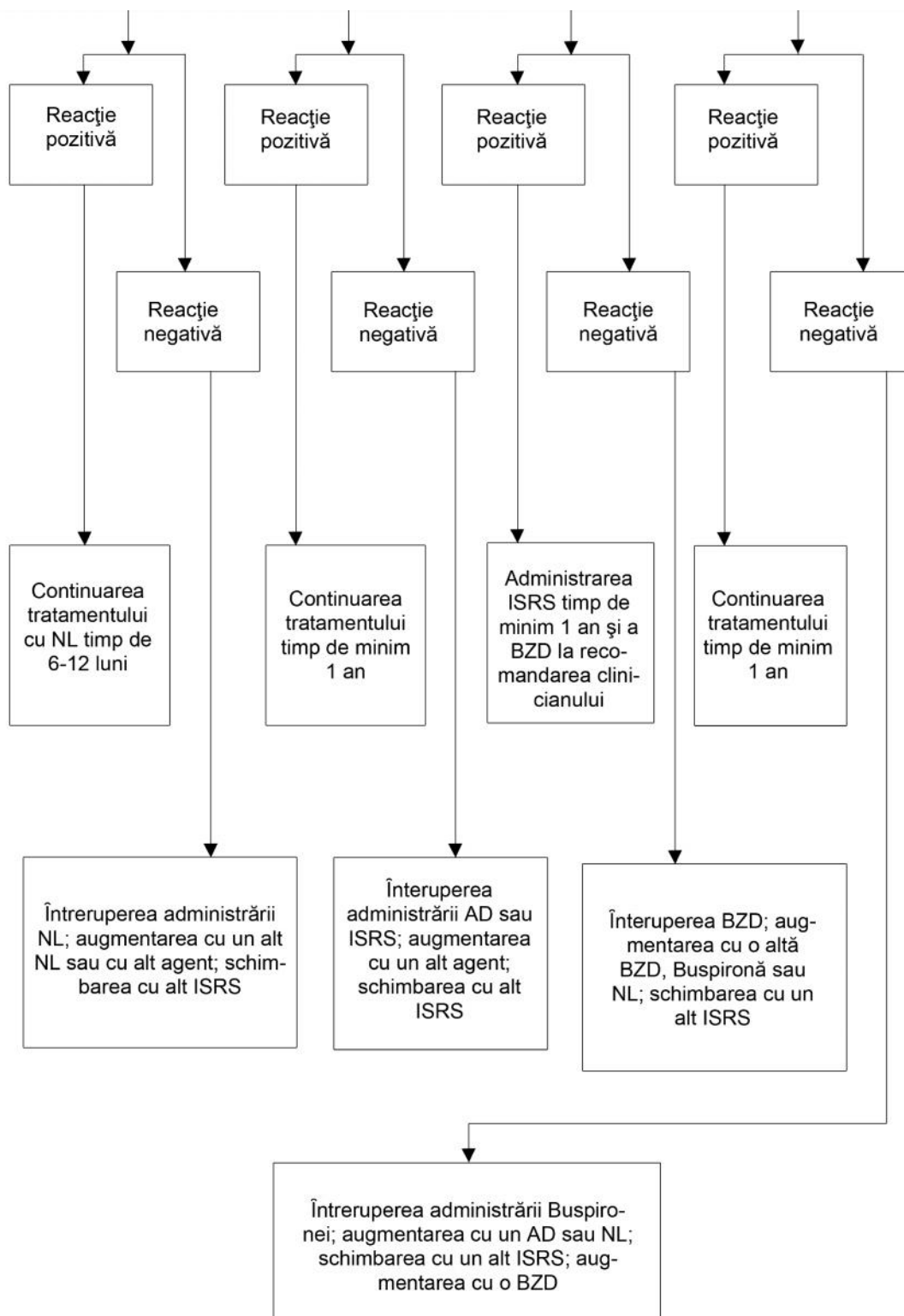


Figura nr.1: Algoritm de tratament în Tulburarea Dismorfică Corporală (după Phillips Katharine)

Înlocuirea acestuia cu alte conduite s n toase. Principalele tehnici utilizate în TCC se refer la [66, 68]: prevenirea ritualurilor de model compulsiv, restructurarea cognitiv , desensibilizarea

sistematic prin expunere gradual la anumi i stimuli aversivi, diferite experimente la nivel comportamental .a.. Le vom analiza succint:

1. **Prevenirea ritualurilor** – are ca scop eradicarea unor comportamente compulsive specifice TDC (d.e. (re)verificarea în oglind , solicitarea de (re)asigur ri, compararea cu al ii, m surarea, camuflarea, ornarea excesiv .a.) i dezvoltarea altor modele comportamentale cu efecte benefice pentru s n tatea mental a pacientului/clientului respectiv. În acest sens, demersul terapeutic este unul gradual, de la simplu spre complex, în sensul în care progresul terapeutic implic automat gestionarea unor conduite din ce în ce mai dezadaptative i mai greu de controlat. Altfel spus, dac ini ial sunt abordate acele comportamente securizante considerate mai „simple” (care înc se supun par ial controlului voluntar) pentru a fi diminuate, respectiv în mod ideal eradicate complet, ulterior aten ia se va focusa pe situa iile în care nevoia trecerii la act este crescut i scade capacitatea de rezisten a pacientului, pân la acele acte a a-zis „automate” (care eludeaz complet controlul voluntar al pacientului). Uneori, aceste manifest ri repetitive specifice, ce pot fi încadrate în categoria comportamentelor securizante, chiar par s reduc anxietatea i tensiunea intrapsihic timp de o scurt perioad ; la nivel subiacent, îns , aceste ritualuri determin tocmai efectul contrar: focusarea excesiv pe aspect i caracterul repetitiv al actului nu vor face altceva decât s accentueze starea de anxietate, men inând sentimentele de team , jen sau culp i credin ele ira ionale despre a a-zis-ul “defect” i alimentând un cerc vicios. Or, finalitatea tehnicii de prevenire a ritualurilor se axeaz tocmai pe întreruperea acestui pattern dezadaptativ; specificul acestei metode const în faptul c poate fi utilizat înc de la începutul tratamentului/procesului psihoterapeutic – a a cum procedeaz mul i psihoterapeu i; de i se întâmpl uneori ca în stadiile ini iale al terapiei acest tip de interven ie s favorizeze cre terea nivelului anxiet ii, este dovedit faptul c practicarea acestei tehnici pe termen lung conduce la diminuarea gradului de anxietate; al turi de aceasta, un beneficiu net îl presupune cre terea gradului de control voluntar asupra comportamentelor repetitive care determin , la rândul s u, o diminuare a preocup rilor excesive legate de aspect, precum i a st rii de anxietate, nelini te, tensiune intra-psihic .
2. **Restructurarea cognitiv** – reprezint procesul prin care pacientul înva s - i identifice i s - i autoevalueze cât mai obiectiv propriile gânduri negative i credin e ira ionale legate de aspectul s u exterior. Aceast tehnic are ca scop principal

eliminarea gândurilor a-a-zis „automate” și dezvoltarea unui sistem de credințe realiste, utile și adaptative referitoare la propriul aspect. Intervenția cuprinde următorii pași:

- a) Identificarea gândurilor automate negative care determină, între altele, și facilitează emoțiile negative și comportamentele secundare disfuncționale;
- b) Identificarea interpretărilor maladaptative ce conduc la gânduri negative și la manifestări comportamentale specifice TDC;
- c) Recunoașterea emoțiilor și sentimentelor de coloratură negativă (d.e. tristețe, anxietate, panică, rușine, culpă etc.);
- d) Determinarea erorilor cognitive (erori de gândire, judecări iraționale false etc.) pe care le implică gândurile automate (d.e. atribuirea unor consecințe catastrofale, minimalizarea sau negarea trăsăturilor pozitive legate de aspectul fizic etc.);
- e) Dezvoltarea unui sistem cognitiv alternativ, prin generarea unor gânduri raționale, în acord cu realitatea obiectivă;
- f) Identificarea emoțiilor și sentimentelor secundare acestor gânduri raționale alternative.

3. **Experimentele comportamentale** – implică de fapt utilizarea combinată sau simultană a mai multor tehnici terapeutice, ca de pildă: metoda cognitivă, metoda expunerii, prevenirea ritualurilor ș.a., și se realizează prin identificarea propriu-zisă a reacțiilor pacientului la anumite situații existențiale în care apar de obicei gândurile, emoțiile și comportamentele specifice TDC. Finalitatea acestui demers presupune dobândirea de către pacient a capacității de a evalua obiectiv veridicitatea propriilor gânduri și credințe, în detrimentul tendinței de a le considera automat realiste, fapt cu atât mai important cu cât pacienții dismorfici au în general diverse credințe legate de propriul aspect pe care, deși nu le-au verificat niciodată cu vreun observator extern, le creditează automat ca fiind conforme cu realitatea a-a-zis „obiectivă” (în special legat de modul în care sunt percepuți de către ceilalți).

4. **Desensibilizare sistematică prin expunere progresivă la stimuli aversivi** – desemnează procesul prin care pacientul învață treptat să înfrunte, să tolereze și să gestioneze cât mai eficient acele situații/obiecte/fenomene de care se teme sau pe care le evită datorită simptomatologiei specifice TDC, cu scopul de a se simți cât mai confortabil în condițiile respective și de a-și crește calitatea vieții. Analog tehnicilor menționate mai sus, procesul terapeutic se realizează treptat, începând cu expunerea la

stimulul cu intensitatea cea mai scăzută, adică la situația pe care pacientul o tolerează cel mai ușor (caracterizat prin nivelul minim al anxietății resimțite intrasubiectiv și prin capacitatea crescută a persoanei de a rezista respectiv a se opune voluntar comportamentelor de evitare/securizare). Când privește timpul de expunere la stimul(i), acesta poate varia, cu mențiunea că se recomandă ca perioada de timp alocată expunerii propriu-zise să fie suficient de lungă astfel încât să permită diminuarea nivelului de anxietate a pacientului; pe măsură ce terapia evoluează, se va trece gradual la expunerea în alte circumstanțe, respectând ordinea crescătoare a intensității, precum și o frecvență regulată. Pe tot parcursul expunerii este contraindicat ca pacientul să treacă la acțiunile executate acele ritualuri compulsive pentru a-și reduce anxietatea, în schimb și se recomandă să rămână în contact cu anxietatea pe care o simte. Desensibilizarea sistematică și-a demonstrat eficiența în special în perioada desfășurării acelor experimente comportamentale despre care aminteam mai sus; când despre restructurarea cognitivă, este recomandabil ca acest demers psihoterapeutic să fie deja în derulare în momentul inițierii etapei expunerii progresive, să continue în paralel cu implementarea desensibilizării sistematice, dar și după aplicarea acestei tehnici.

În conformitate cu eficiența dovedită a acestor tehnici terapeutice, abordarea cognitiv-comportamentală comportă adăru o serie de efecte pozitive notabile în tratamentul tulburării dismorfice corporale. Dintre acestea menționăm [63, 64, 65].

1. Diminuarea semnificativă a simptomatologiei specifice TDC; de pildă, un rezultat demn de luat în considerare îl reprezintă faptul că pacienții care au beneficiat de TCC au ajuns să aloce din ce în ce mai puțin timp gândurilor obsesive de model dismorfic, executării repetitive a ritualurilor compulsive sau comportamentelor de evitare/securizare în diverse situații. Astfel, pe termen lung se înregistrează o diminuare considerabilă a impactului negativ al TDC asupra funcționării individuale.
2. Ameliorarea considerabilă a simptomatologiei de natură anxioasă și depresivă; conform unui studiu longitudinal realizat de către McKay și colaboratorii în 1999 [62], la pacienții cu TDC care au beneficiat de terapie cognitiv-comportamentală timp de 6 săptămâni, participând de asemenea la un program de prevenire a recăderilor cu o durată de 6 luni, s-a înregistrat o tendință semnificativ mai accentuată de menținere a îmbunătățirilor obținute pe plan afectiv (în sensul diminuirii simptomatologiei anxio-depresive), comparativ cu un alt lot de pacienți dismorfici ce s-au supus doar primului program de intervenție (cel de 6 săptămâni). În acest sens, rezultatele preliminare indică

necesitatea instituirii și respectării unui tratament de lungă durată în cazurile pacienților cu TDC, cu efecte benefice în menținerea remisiunilor legate de simptomatologia anxioasă și depresivă.

3. Insight-ul pacienților cu privire la propria patologie și capacitatea acestora de recunoaștere și critică a simptomelor se îmbunătățesc semnificativ; conform unor autori [53] aceste manifestări notabile s-ar datora în primul rând capacității nou-dobândite a pacienților de a dezvolta credințe mai realiste în legătură cu aspectul exterior și chiar cu propriile defecte pe plan fizic.
4. Imaginea corporală se modifică în sens ascendent; astfel, unii autori [60] susțin faptul că majoritatea pacienților dismorfici care au beneficiat de TCC, în perioada de post-curs se simt mai atractivi din punct de vedere fizic, respectiv mai puțin nemulțumiți de propria imagine corporală; totodată, se diminuează simțitor ideile și sentimentele de auto-devalorizare legate de greutatea sau forma corporală.
5. Creșterea stimei de sine [66].
6. Diminuarea simptomatologiei specifice anxietății sociale [66].

În general se consideră că terapia cognitiv-comportamentală și dovedește eficiența în tratamentul TDC în primul rând prin faptul că atenuează impactul pe care tulburarea îl are pe oricare dintre planurile de funcționare ale pacientului, fapt constatat din următorii indici: creșterea calității vieții, diminuarea obsesiilor și compulsiilor, rezultate pe termen lung foarte promițătoare. În acest sens, cu atât mai stringent este necesitatea cercetărilor ulterioare care să determine aspecte practice, precum: numărul optim de sedințe, durata medie a unei sedințe, impactul pe care TCC îl are asupra imaginii corporale la nivel profund, gradul de funcționalitate și modificările observate la acest nivel, comparații între forma de terapie individuală și cea de grup ș.a..

2.8.2.1. Alte forme de psihoterapie

Alte forme de terapie aplicabile în cazurile de pacienți cu TDC sunt [44, 55]:

1. Terapia orientată pe insight (exploratorie) – are ca obiectiv creșterea conștientizării și schimbarea comportamentului persoanei prin explorarea percepției acesteia, precum și prin interacțiunea cu ceilalți, respectiv o mai bună înțelegere a propriei persoane, conștientizarea vieții interne și a motivațiilor personale, precum și diminuarea problemelor ce pot rezulta din aceasta. Există relativ puține studii referitoare la aplicarea acestei forme de psihoterapie la pacienții cu TDC, dar rezultatele obținute până acum indică ineficiența acestui tip de terapie în cazurile cu dismorfie corporală. În

- aceste situații, chiar dacă ajung să se înțeleagă pe sine și simptomatologia specifică TDC, pacienții vor petrece la fel de mult timp cu obsesiile și ritualurile lor compulsive.
2. Terapia suportivă – scopul acesteia se referă la crearea unui suport emoțional și a unei relații stabile și protective pentru pacient, prin utilizarea unor tehnici, precum: sfatul, ucenicirea unor noi abilități sociale, asistarea în rezolvarea de probleme; finalitatea este ca pacientul să poată atinge gradul maxim de funcționalitate. În general, această formă de terapie se utilizează în combinație cu alte tipuri de psihoterapie (d.e. TCC), precum și cu tratamentul medicamentos. Terapia suportivă este utilă în special pentru aparținătorii pacienților diagnosticați cu TDC, deoarece le oferă acestora posibilitatea de a-i înțelege pe cei cu această tulburare, precum și faptul că este utilă pentru aceștia să învețe să se descurce cât mai bine în mediul lor de viață și să înțeleagă efectele, respectiv impactul pe care această tulburare îl are în sfera lor de funcționare socială, familială, profesională etc. Prin urmare, pentru unii pacienți cu TDC, participarea la întâlnirile unui grup de suport devine esențială.
 3. Terapia familială și de cuplu – reprezintă o variantă de terapie care s-a dovedit utilă în tratamentul TDC, eventual în conjuncție cu aplicarea TCC și/sau a tratamentului farmacologic; la sedințele de terapie participă partenerii, părinții sau alți membrii din familiile pacienților cu TDC, cu scopul de a acumula informații legate de simptomatologia și tratamentul acestei tulburări; în situațiile în care membrii familiei sunt implicați într-un fel sau altul în ritualurile compulsive ale pacientului, la aceste sedințe ei pot învăța cum să evite acest lucru, precum și cum să asiste pacientul implicat în TCC.
 4. Terapia de grup – cei mai mulți autori pledează pentru implicarea pacientului cu TDC în orice formă de terapie, indiferent de specificul acesteia (TCC, suportivă, psihodinamică, familială și de cuplu); de asemenea, în general se preferă terapia de grup decât cea individuală, aceasta cu atât mai mult cu cât, în baza informațiilor disponibile până acum în literatură, TCC poate atinge eficiență maximă doar în abordarea terapeutică de grup.

În concluzie, de reținut este faptul că, în ceea ce privește tratamentul tulburării dismorfice corporale, cea mai eficientă abordare terapeutică o constituie cea duală, care implică atât planificarea și administrarea unei scheme de tratament medicamentos, cât și intervențiile de natură psihoterapeutică, în special psihoterapia de inspirație cognitiv-comportamentală.

2.9. Complexul Adonis

“În timp ce populația generală este preocupată de aspect, noi suntem obsedați de acesta... eu îmi planific mesele, le cronometrez, nu mă gândesc din plin la cere, mă gândesc pentru a-mi atinge scopul...” [67]

Complexul Adonis, cunoscut și ca reversul anorexiei nervoase, bigorexie sau dismorfie musculară, se definește ca preocuparea cu masa musculară în general și cu creșterea în greutate fără a se îngrăși [68]. Olivardia [69] propune următoarele **criterii de diagnostic** pentru această tulburare:

- A. Preocuparea excesivă cu faptul că trupul nu este suficient de masiv.
- B. Preocuparea determină un impact pe plan clinic/profesional/interpersonal/social, astfel încât persoana:
 1. Renunță la activitățile sociale/profesionale/recreative în favoarea satisfacerii unei nevoi compulsive de a face exerciții fizice și a ține un anumit regim alimentar.
 2. Evită situații în care ar trebui să-și expună corpul, iar dacă ajung într-o asemenea situație, trăiește anxietate marcată.
 3. Preocuparea afectează planul social/profesional/interpersonal.
 4. Continuă antrenamentul sau dieta chiar dacă a suferit leziuni fizice și/sau intervenții adverse ale dietei sau substanțelor consumate.
Pentru un diagnostic pozitiv este necesară prezența a cel puțin 2 criterii din 4.
 5. Preocuparea și comportamentul secundar sunt centrate pe ideea indivizilor că sunt prea mici sau inadecvați din punct de vedere al musculaturii, nu că sunt prea grași (ca în anorexia nervoasă), după cum nu sunt centrate pe alte aspecte corporale (ca în tulburarea dismorfică corporală).

Tulburarea a fost prima dată diagnosticată în 1997 [70], într-un context istoric în care numărul bărbaților preocupați cu aspectul corporal, mai precis cu dimensiunea și forma masei musculare, a crescut simțitor, în special în ultimele 3 decade ale secolului 20. Astfel, conform datelor statistice, insatisfacția legată de aspectul corporal s-a triplat în ultimii 30 de ani, ajungând de la 15% în 1972 la 34% în 1985 până la 43% în 1997 [71].

Din punct de vedere al **etiologiei** acestei tulburări, se consideră că aceasta este rezultatul unui cumul de factori:

1. Factorul genetic (biologic) implică o disfuncție a sistemului serotoninergic, asemănătoare cu cea decelată în cazul tulburării obsesiv-compulsive [71, 72].

2. Experiențele personale din mica copilărie, respectiv pubertate și adolescență (abuzuri fizice repetate din parte covârșnicilor, tachinării). Tot aici se încadrează și lipsa de iubire, ca factor dizarmonic favorizant pentru dezvoltarea tulburării, ce poate duce la apariția sentimentului de rejecție și la diminuarea stimei de sine.
3. Factorul socio-cultural, în special influențele generate de mass-media ce promovează “bărbatul adevărat”, atractiv, puternic din punct de vedere fizic, reprezentat ca fiind foarte muscular; încă din primii ani de viață copiii vin în contact cu această figură masculină cu musculatură hipertrofiată, prin intermediul figurinelor și jucăriilor ce reprezintă personaje din filme, desene animate, benzi desenate sau povești. În cartea “The Adonis Complex” [71], Olivardia și Pope remarcă modul în care s-a schimbat aspectul acestor figurine din anii ‘70 până în prezent, ajungând de la un aspect muscular normotrofic la unul hipertrofiat. Un alt aspect luat în considerare de acești autori este creșterea progresivă a independenței femeilor comparativ cu statutul pe care acestea îl dețineau cu 30 de ani în urmă. Astfel, rolul de cap al familiei ce asigură atât siguranța financiară, cât și stabilitatea socială a acestora nu mai revine exclusiv bărbatilor, cele mai multe munci fiind în prezent desfășurate atât de bărbat, cât și de femei. Prin urmare, remarcă autorii, bărbatii au dezvoltat un mecanism compensator, devenind mai preocupați de aspectul lor fizic, în special de forță și masa musculară, acestea rămânând o caracteristică eminent masculină, deoarece “musculatura este considerat un simbol al masculinității” [73, 74].

Teorii asupra etiologiei tulburării

Teoria cognitivă se axează pe formarea unui cerc vicios de gânduri disfuncționale. Persoana are o apreciere negativă asupra imaginii corporale interne, influențând reprezentarea externă a aspectului fizic. Aceasta determină construirea imaginii de sine ca obiect estetic, având ca rezultat o imagine corporală internă negativă. Persoanele nu sunt doar sensibile la anumite aspecte corporale, ci se simt și amenințate de acestea. La persoanele predispuse la tulburări somatoforme, acest lucru poate presupune suprainterpretarea imperfecțiunilor corporale.

Teoria psihodinamică postulează existența unor conflicte nerezolvate din copilărie și a unor sentimente refulate. Tulburarea oferă un mijloc de exprimare a emoțiilor care sunt dificil de exprimat pe altă cale. Emoțiile sunt transformate în simptome fizice mai ușor de tolerat. Scopul acestei conversii este de a comunica emoții extreme “într-un limbaj fizic”. Astfel, preocuparea legată de musculatură ar putea fi considerată deplasarea inconștientă a unui conflict sexual sau emoțional (sentimente de vină, stimă de sine scăzută).

Teoria cognitiv-comportamental presupune existența a unui cumul de factori, dintre care: factorul cultural (se manifestă prin exagerarea preocupării pentru aspect, for fizic și atractivitate), predispoziția biologică, vulnerabilitatea psihologică bazată pe stim de sine scăzută și pe experiențele din copilăria timpurie (cadru familial dizarmonic, abuzuri fizice între copii, tachinare) care pot produce sentimente de lipsă de iubire, nesiguranță, rejecție.

Perspectiva biologică implică existența unei disfuncții serotoninergice.

Perspectiva evolutivă explică apariția acestei tulburări prin egalizarea progresivă a funcționării dintre bărbați și femei în multe aspecte ale vieții cotidiene. Odată cu emanciparea femeilor, bărbații și-au pierdut gradual identitatea tradițională de persoane care asigură venitul, protector și potențial luptător. În paralel, gradul de independență al femeilor a crescut, identitatea masculină s-a diminuat, în mod secundar și compensator s-a amplificat importanța aspectului corporal pentru bărbați. Nevoia de a suplini masculinitatea se poate traduce prin nevoia crescută de dezvoltare a musculaturii, aceasta fiind considerată simbol al masculinității [73,74].

Din punct de vedere **epidemiologic**, în urma unui studiu efectuat pe populație americană, Olivardia și colaboratorii au situat perioada de debut al acestei tulburări la vârsta de 19.4 ani și în perioada de adult tânăr [72]. Preocuparea pentru musculatură este mai frecventă și mai accentuată la bărbații tineri, comparativ cu cei trecuți de 45 de ani la care această preocupare este prezentă într-o măsură mai mică. Dorința de a dezvolta musculatura jumătății superioare a trunchiului apare, însă, și în rândul băieților de vârste mult mai mici (5-6 ani) [74].

Din punct de vedere **psihopatologic**, dismorfia musculară implică modificări pe următoarele planuri ale psihismului:

A. PLANUL COGNITIV, ce presupune modificări psihopatologice la nivelul următoarelor procese psihice:

1. Percepția – iluzii patologice legate de propria corporalitate (indivizii se percep ca subdimensionați, prea slabi)
2. Atenția – hiperatenție selectivă prevalentă, prelungită, direcționată spre propriul corp (își focusează atenția fie pe anumite “defecte” la nivelul aspectului fizic, fie pe impresia globală de subponderabilitate)
3. Gândirea, ce implică:
 - a. idei patologice subdelirante (convingeri distorsionate, repetitive și negative legate de aspectul fizic, care tind să devină automate și eludeze controlul voluntar)
 - b. idei recurente de insuficiență, incapacitate, inutilitate, insatisfacție
 - c. autocritic

- d. idei de tip obsesiv în legătură cu creșterea masei musculare, necesitatea antrenamentului și a unui regim alimentar special
- e. stim de sine scăzut
- f. compararea cu alte persoane sau cu anumite figuri considerate “ideale”

B. PLANUL AFECTIV – cel mai frecvent se descrie o dispoziție depresivă, iritabilitate, melancolie. De asemenea, adesea apar și sentimente intense de insatisfacție legată de aspect, dezgust față de propria persoană, rușine și jenă. Anxietatea și tensiunea intrapsihic reprezintă stări caracteristice, alături de sentimente de vid interior. În cazuri severe poate apărea fobia, caracterizată de teamă de a nu fi la înălțimea așteptărilor celor din jur.

C. PLANUL PSIHOMOTRICITĂȚII – implică cel mai adesea participarea regulată și riguroasă la antrenamente fizice și respectarea unui regim alimentar particular.

La ora actuală se consideră că dismorfia musculară are la bază o **imagine corporală negativă** care, la rândul ei, este determinată de:

- preocuparea excesivă cu forma și dimensiunea corpului care este cronofagă și interferează cu funcționarea social-profesională a individului;
- insatisfacția cu imaginea corporală (așa cum este aceasta percepută de către individ), ce conduce la stim de sine scăzut, depresie, anxietate socială.

În acest sens, anumite studii postulează faptul că percepția neconformă cu realitatea a dimensiunilor și formei corporale poate fi bazată pe asocierea de deficite corticale cu anumite procese emoționale ce pot avea tendința de a se concentra îndeosebi pe forma și dimensiunile corporale [75]. Astfel, tulburările de percepție ale imaginii corporale ar fi determinate în ultimă instanță de anumite deficite corticale care la rândul lor conduc la deficite vizuo-spațiale, ceea ce ar putea oferi un răspuns la întrebarea de ce anumite persoane își supra- respectiv subvaluează dimensiunile fizice [76].

Din punct de vedere al **tabloului clinic**, simptomatologia variază ca intensitate pe un continuum. Simptomele comune sunt următoarele:

1. Examinarea frecventă și repetată în oglinzi și alte suprafețe reflectorizante
2. Măsurarea periodică a formei și masei musculare
3. Preferința pentru o vestimentație menită să ascundă forma fizică (haine largi)
4. Evitarea situațiilor în care este necesară expunerea corpului

5. Preocuparea pentru a desfășura cu regularitate și rigurozitate exerciții fizice intense/excesive (zilnic, de câteva ori pe zi)
6. Desfășurarea antrenamentului fizic chiar și în condiții în care se produc leziuni fizice (rupturi musculare, întinderi de ligamente, tendoane sau articulații)
7. Ignorarea/evitarea evenimentelor sociale, familiale, precum și absenteismul de la locul de muncă în favoarea efectuării exercițiilor fizice
8. Preocuparea intensă pentru un anumit regim alimentar strict, bogat în proteine și lipsit de lipide și recurgerea la respectarea acestuia
9. Insatisfacția constantă legată de forma și dimensiunea masei musculare
10. Consumul de anabolizante steroide (amfetamine, HCG, L-Dopa, blocante de estrogeni, steroizi). Beneficiile acestei conduite (eficiență în dezvoltarea masei musculare, durabilitate a masei musculare) sunt însoțite de o serie de efecte adverse importante, dintre care menționăm:
 - efecte non-psihiatrice: creșterea riscului pentru boli cardiovasculare, accidente vasculare cerebrale, cancer de prostată ;
 - efecte psihiatrice: iritabilitate, lăbilitate emoțională, tendința la manifestări agresive, heteroagresivitate verbală și fizică, tulburări de raționament, ideea de megalomanie, episoade depresive severe, dependență fizică și psihică [77, 78].

În cazuri severe, preocuparea pentru exerciții fizice (antrenamente) poate lua alura unei idei obsesive, iar nevoia imperioasă de a le executa se transformă în compulsie. Astfel, neparticiparea la o edină produce o stare de tensiune intrapsihică și anxietate, însoțite de sentimente de vulnerabilitate, idei de incapacitate și culpă.

Din punctul de vedere al **comorbidității**, dismorfia musculară se asociază cel mai adesea cu tulburări ale dispoziției (depresie sau tulburarea afectivă bipolară), tulburări anxioase, tulburări de alimentație, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenie, tulburări de personalitate cuprinse în cluster-ul B (în special tulburarea de personalitate de tip narcisic) [79].

Astfel, tulburări dispoziționale de modelul episoadelor depresive recurente sau tulburărilor afective bipolare (mai precis episoade hipomaniacale în timpul consumului de steroizi) s-au evidențiat la aproximativ 58% din rândul pacienților cu dismorfie musculară [71, 77, 78].

Cât privește comorbiditatea cu tulburările anxioase sau apartenența dismorfiei musculare la categoria nosologică a tulburărilor de anxietate, acest aspect este discutabil și în prezent. Astfel, în cazul dismorfiei musculare apare o stare de anxietate generalizată legată de aspectul

fizic ce se manifestă în special atunci când indivizii sunt incapabili să respecte programul riguros de antrenament fizic și regim alimentar. Conform literaturii de specialitate, tulburările anxioase sunt prezente la 29% din cei cu dismorfie musculară [71], în timp ce statisticile arată că același procentaj dintre cei diagnosticați cu Complexul Adonis descrie un istoric de anorexie sau bulimie nervoasă ori episoade repetitive de mâncat compulsiv (“binge eating”) (ibid.). În ciuda acestor date, cele două tulburări se diferențiază prin faptul că manifestările caracteristice tulburării de anxietate generalizată (tensiune intramusculară, iritabilitate, neliniște psihomotorie, tulburări de somn ș.a.) nu sunt manifeste în mod necesar la cei cu dismorfie musculară.

De asemenea, există asemănări între dismorfia musculară și tulburarea obsesiv-compulsivă, în ceea ce privește anumite elemente ale tabloului clinic, și anume: gânduri obsesive (în legătură cu creșterea masei musculare sau cu faptul de a nu fi suficient de musculos), acte compulsive (manifestate ca exerciții fizice în exces sau un regim alimentar urmat riguros, cu o anumită frecvență strictă), stări de disconfort/tensiune/neliniște/dispoziție depresivă atunci când indivizii se regăsesc în incapacitatea de a-și desfășura programul de antrenament sau dieta.

Conform unor studii, există asemănări între fobia socială și dismorfia musculară, în ceea ce privește reacția indivizilor în situații sociale în care atenția celorlalți se focusează pe ei [80].

De asemenea, s-au evidențiat atât asemănări, cât și deosebiri între dismorfia musculară și tulburările de personalitate din clusterul B (în special tulburarea de personalitate de tip narcisic) [80]. La ambele categorii nosologice există, pe de-o parte, îngrijorări legate de identitate, relații interpersonale instabile, iar, pe de altă parte, în timp ce indivizii cu tulburare de personalitate de tip narcisic își doresc să fie în centrul atenției sau să aibă succes pe plan social, cei cu dismorfie musculară evită conștient și voluntar situații similare de teamă care va fi observat “musculatura subdezvoltată”. Cei cu dismorfie musculară practică un program de antrenament fizic în scopul de a fi acceptați de către ceilalți, nu pentru a-i influența într-o anumită direcție, așa cum se întâmplă de obicei la psihopatul narcisic. Comportamentele impulsive, caracteristice tulburărilor de personalitate arondate clusterului B nu se întâlnesc de regulă la indivizii suferinzi de dismorfie musculară.

Punctele de confluență dintre dismorfia musculară și tulburările de instinct alimentar sunt următoarele: existența tulburării de percepție a formei și greutatei corporale (81), lipsa de control care apare atât în timpul episoadelor de mâncat abuziv (bulimie nervoasă) cât și în legătură cu nevoia incoercibilă de a efectua exerciții fizice și a menține o dietă foarte riguroasă, etiologie similară, incluzând: o imagine corporală nesatisfăcătoare, stimde sine sczut, impactul major al factorului socio-cultural, în special influențele din mass-media. Cu toate acestea, la nivel comportamental, cele două tulburări se deosebesc prin faptul că implică comportamente

compensatorii diferite: postul (refuzul alimentar conștient) în cazul anorexiei nervoase, respectarea unor diete particulare (bogate în proteine și sărace în lipide) în cazul dismorfiei musculare, respectiv utilizarea de laxative sau diuretice în scopul scăderii greutății în cazul bulimiei nervoase.

În ultimă instanță, la nivel comportamental, indivizii care suferă de dismorfie musculară ajung frecvent să-și neglijeze responsabilitățile familiale, profesionale, sociale pentru a-și satisface nevoia imperioasă de a desfășura antrenamente fizice în scopul creșterii continue a masei musculare; acest tip de comportament secundar se caracterizează prin faptul că este repetitiv (1-5 edine de antrenament pe zi) și cronofag (aproximativ peste 200 de minute pe zi) [71].

Având în vedere faptul că dismorfia musculară este o tulburare relativ recent descrisă și circumscrisă din punct de vedere diagnostic, până în prezent nu s-a ajuns la un consens în ceea ce privește anumite scheme/programe terapeutice specifice acestei tulburări. Actualmente, **tratamentul** complet al dismorfiei musculare presupune o abordare multidisciplinară efectuată de o echipă alcătuită din medici psihiatri, nutriționiști și psihologi [82]. Înainte de a se institui un anumit plan de tratament se aplică anumite chestionare de evaluare pentru a determina aspectele individuale și severitatea tulburării. Eficiența maximă se obține printr-un plan de tratament ce îmbină acțiunea psihofarmacologică cu cea psihoterapeutică. Când privește tratamentul medicamentos, acesta presupune cel mai adesea utilizarea de antidepressive din grupa inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei (d.e. Fluoxetină în doze uzuale, de pildă 20 mg/zi). Cu toate acestea s-au constatat dificultăți notabile în instituirea unui tratament specific în principal datorită lipsei de insight a pacienților, cu atât mai mult cu cât aceștia prezintă un aspect fizic ușor catalogabil drept sănătos, atât din perspectivă exterioară, cât și din propriul punct de vedere. În lipsa conștientizării bolii, cel mai adesea aceste persoane nu solicită consulturi de specialitate și au reineri față de a urma un anumit tratament, complianța terapeutică ulterioară fiind prin urmare foarte scăzută. În acest sens, un prim pas în tratamentul dismorfiei musculare ar fi încercarea de a obține un insight din partea pacientului, etapă care de regulă se desfășoară prin discuții libere, desfășurate într-un cadru individual sau într-un grup de suport, despre imaginea corporală și despre propriile emoții în legătură cu aceasta. Când privește intervenția psihoterapeutică, la ora actuală cea mai uzitată este terapia cognitiv-comportamentală ce are ca scop principal reconstrucția schemelor cognitive disfuncționale, recunoașterea și combaterea gândurilor negative și desensibilizarea sistematică în raport cu situații sociale inconfortabile.

Menționăm că, în cazul formelor ușoare sau medii de dismorfie musculară, încompletarea terapeutică este în general mai scăzută datorită faptului că pacienții solicită asistență de specialitate preponderent datorită tulburărilor asociate [83].

2.10. Aspecte chirurgicale estetice în tulburarea dismorfică corporală

Preocuparea oamenilor pentru aspectul fizic datează din cele mai vechi timpuri, fiind un element esențial în funcționarea persoanei umane. Rolul aspectului exterior este cu atât mai important, cu cât imaginea exterioară a unei persoane determină primul impact asupra unei relații directe și are influență nemijlocită atât asupra modului în care persoana se raportează la sine și la ceilalți, cât și asupra interacțiunilor cu cei din jur, a relațiilor deopotrivă sociale și intime.

Aldoma altor atribuții și trăsături specifice, aspectul exterior, corporal se distinge prin dinamica sa, în sensul în care acesta se modifică și, mai mult, poate fi modificat la inițiativa persoanei în cauză. Chirurgia estetică, de pildă, poate suplini nevoia oamenilor de a-și îmbunătăți aspectul fizic, fie în sensul corectării anumitor defecte ereditare sau posttraumatice, fie în scopul diminuării efectelor pe care procesul natural de îmbătrânire le exercită asupra propriului corp. Intervențiile specifice chirurgiei cosmetice se împart în două categorii: cele invazive (d.e. lifting facial, rinoplastie, blefaroplastie, lipoaspirație, augmentare/lifting/reducție mamar etc.), respectiv cele non-invazive (d.e. injectare de toxină botulinică A, injectare de colagen, microdermabraziune, peeling chimic, epilare cu lumină intens polarizată etc.)

Chirurgia estetică cunoaște o evoluție sinuoasă. Inițial, datorită costurilor ridicate, intervențiile chirurgicale estetice se adresau exclusiv persoanelor cu un statut social și financiar înalt, ceea ce limita considerabil accesul majorității oamenilor la aceste servicii. Acesta s-a redus și mai mult datorită stigmei referitoare la persoanele care apelează la asemenea intervenții, stigmă foarte răspândită mai ales acum circa 30 de ani. Chirurgia estetică a început să câștige în popularitate începând cu în ultimile două decade, în mare parte datorită promovirii de către mass-media a preocupării pentru sănătatea fizică și aspect îngrijit, ajungând până la impunerea unui anumit standard de „perfecțiune” corporală; acesta a devenit cu atât mai dezirabil de către majoritate, cu cât mijloacele mass-media îl prezintă în strânsă corelație cu un stil de viață confortabil și cu succes pe plan social, financiar, profesional, relațional etc. De cele mai multe ori, pentru a atinge acest a-numit standard, o persoană trebuie nu doar să respecte o anumită igienă alimentară și fizică, ci și să se supună anumitor intervenții ce au ca scop corectarea sau returnarea la starea „imperfecțiunii” ordin fizic. Astfel, în special în ultimii 10-20 de ani, numărul persoanelor care apelează la serviciile de chirurgie estetică a crescut semnificativ, iar costurile intervențiilor s-au diminuat considerabil, chirurgia estetică devenind în scurt timp un

adevrat fenomen social. Anumite date statistice corespondente populaiei din SUA confirm acest lucru: conform unui studiu, în perioada 1997-1999 numărul intervențiilor chirurgicale estetice a crescut cu 119%, cu alte cuvinte circa 4.6 milioane de persoane au beneficiat de asemenea intervenții (48); într-un studiu mai recent se preciza faptul că, în perioada 2002-2003, 7 milioane de femei și 1.1 milioane de bărbați au apelat la serviciile de chirurgie plastică [84], în timp ce potrivit altor surse, în ultimii 10 ani, numărul intervențiilor cosmetice – invazive sau non-invazive – a crescut cu 500% [85].

Alături de modificările vizibile pe care intervențiile chirurgicale estetice le provoacă pe plan fizic, persoana poate suferi anumite schimbări pe plan psihosocial [86], ceea ce implică un proces de adaptare la nivel cognitiv, emoțional și interrelațional [87]. De aceea, deși aceste intervenții se produc la nivel corporal, fizic, prin mijloace chirurgicale (invazive), scopul pentru care o persoană apelează la aceste proceduri este adesea pluridimensional [87], iar impactul acestora depășește planul corporal. Luând în considerare acest aspect, evaluarea preoperatorie a pacienților a devenit necesară, în cadrul creia se urmăresc în special expectanțele în legătură cu rezultatul intervenției dorite, dar și starea generală de sănătate mentală.

Cele mai multe studii din literatura de specialitate au relevat faptul că, din punct de vedere statistic, majoritatea persoanelor care apelează la serviciile de chirurgie estetică este sănătoasă din punct de vedere psihic [86]; cu toate acestea, la un anumit procent de pacienți, evaluarea preoperatorie poate evidenția anumiți indici psihopatologici. Din această categorie fac parte și cei ce suferă de tulburare dismorfică corporală. Aceștia se remarcă printr-o preocupare excesivă pentru un anumit „defect” perceput la nivelul aspectului fizic, deși în realitate adevăratul „defect” este minor sau chiar imaginar/inexistent, această preocupare afectează considerabil planurile de funcționare ale indivizilor. Majoritatea pacienților cu tulburare dismorfică corporală au convingerea că „defectul” respectiv poate fi corectat cu ajutorul procedurilor specifice chirurgiei estetice [88]. Astfel, conform unui studiu [47], din 200 de pacienți diagnosticați cu tulburare dismorfică corporală, 74% au apelat la intervenții chirurgicale estetice, iar 64% s-au supus propriu-zis acestor proceduri. Între principalele zone corporale care alcătuiesc obiectul preocupărilor se numără fața/tenul, nasul, părul, sânii, coapsele sau organele genitale [89]. Implicit, intervențiile chirurgicale estetice cel mai frecvent solicitate includ rinoplastia, augmentarea mamară, microdermabraziunea sau injectarea de colagen [90].

Majoritatea studiilor de specialitate subliniază influența nefavorabilă pe care procedurile de chirurgie estetică o au asupra persoanelor cu tulburare dismorfică, în ceea ce privește atât accentuarea simptomatologiei, cât și evoluția tulburării. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, persoanele care suferă de dismorfie corporală nu apelează la serviciile de sănătate

mental, ci se orientează în primul rând spre serviciile chirurgicale estetice (între 7 și 15% din totalul consultațiilor), respectiv spre cele dermatologice (între 9 și 12% din totalul consultațiilor) [88]. În mod paradoxal, gradul de satisfacție postoperatorie la acești pacienți este foarte scăzut, iar în rarele cazuri în care sunt mulțumiți de rezultatul intervenției, preocuparea se mută pe un alt „defect”; în consecință, riscul de a dezvolta dependență față de procedurile chirurgicale estetice este foarte crescut la acești pacienți [84]. Conform literaturii de specialitate [86, 32, 91], la circa 80% dintre pacienții dismorfici care se supun intervențiilor chirurgicale estetice simptomatologia specifică tulburării dismorfice corporale se menține sau se intensifică în perioada postoperatorie; doar 1% din cazuri se caracterizează prin ameliorarea sau dispariția simptomelor [90, 88]. Odată cu simptomatologia specifică tulburării dismorfice se menține și comorbiditatea, respectiv handicapul aferent. La scurt timp după o intervenție chirurgicală estetică, pacienții pot dezvolta preocupări intense pentru diverse cicatrici sau asimetrii rezultate în urma operației, în consecință solicitând în mod repetitiv corectarea acestora prin intermediul altor intervenții chirurgicale. Acest proces repetitiv poate culmina cu acte heteroagresive îndreptate împotriva chirurgului, de la amenințări acionări în instanță până la lezări fizice. În alte circumstanțe pacienții recurg la conduite autoagresive, rata suicidului la cei cu tulburare dismorfică fiind printre cele mai ridicate în rândul pacienților din sfera psihiatriei [89]. Acest aspect este cu atât mai important, cu cât un rezultat postoperator nesatisfăcător poate accentua ideea suicidară sau poate precipita actul suicidar [92].

În consecință, un grad redus de satisfacție postoperatorie poate crea o serie de probleme ulterioare, atât pacientului cât și medicului [86]. De pildă, pacientul se poate confrunta cu fenomene precum: dificultăți de adaptare, simptome depresive, tendințe la retragere socială, disfuncționalități pe diverse planuri, comportamente autolitice sau heteroagresive față de medicul chirurg [86]. La rândul său, acesta din urmă se poate confrunta cu situații ce implică: un nivel ridicat de stres pentru întreaga echipă operatorie, acte repetitive de hărțuire din partea pacientului, acionări în instanță, prejudicii fizice și morale etc. [93].

O altă categorie de pacienți o constituie cei la care debutul tulburării dismorfice corporale se produce postoperator. În acest sens, Asociația Americană de Chirurgie Plastică (ASPS) a stabilit o serie de criterii de selecție a candidaților pentru proceduri din sfera chirurgiei plastice [94]. Cu alte cuvinte, pentru a beneficia de o intervenție chirurgicală estetică, un pacient trebuie să se încadreze într-una dintre următoarele categorii:

- Pacienți sănătoși din punct de vedere mental, cu o imagine de sine puternică și un nivel crescut al stimei de sine, care apelează la serviciile chirurgicale estetice

deoarece sunt deranjați de anumite caracteristici fizice pe care doresc să le corecteze, respectiv să le îmbunătățească;

- Pacienții la care defectul fizic este evident și semnificativ și care se confruntă cu un nivel scăzut al stimei de sine în principal datorită defectului respectiv.

La antipod se situează pacienții indezirabili, în cazul cărora procedurile chirurgicale estetice sunt contraindicate și care trebuie îndrumați spre serviciile de sănătate mentală. Această categorie include următoarele cazuri:

- Pacienții vulnerabili, aflați în perioade de criză existențială, cu potențial psihotraumatizant (d.e. divorț, deces al unei persoane apropiate, pierdere a locului de muncă ș.a.); în aceste cazuri, contrar așteptărilor pacienților, soluționarea optimă nu vine odată cu modificarea chirurgicală a aspectului fizic, ci presupune în primul rând asistență specializată din sfera serviciilor de sănătate mentală;
- Pacienții cu expectanțe nerealiste, precum:
 - Persoane care doresc să semene la nivel fizic cu o anumită personalitate publică, prin aceasta, să împărtășească același stil de viață;
 - Persoane care doresc să obțină a-numita „perfecțiune” inițială, adică aspectul pe care îl aveau înaintea unui traumatism sau unei boli suferite;
 - Pacienții care doresc să anuleze complet efectele procesului biologic de îmbătrânire asupra aspectului fizic prin recaptarea imaginii pe care o aveau în tinerețe.
- Pacienții „imposibil de mulțumiți” care consultă numeroși chirurghi în speranța obținerii rezultatului dorit;
- Pacienții obsedați de un defect minor care au convingerea că odată cu corectarea defectului viața lor va fi perfectă;
- Pacienții cu tulburări psihice (d.e. psihoze).

Alături de aceste criterii, există și alți factori de prognostic nefavorabil [41, 86].

- Sexul masculin;
- Vârsta tânără;
- Un istoric de multiple intervenții chirurgicale estetice cu rezultate nesatisfăcătoare pentru pacient;
- Antecedente personale de ordin patologic: patologie depresivă, anxioasă, anumite tulburări de personalitate (cel mai adesea de tip borderline sau narcisic), diagnostic anterior de tulburare dismorfică corporală, urmarea simultană a unui tratament farmacologic psihotrop;

- Motiva ie predominant extrinsec (d.e. dorin a de a-i face pl cere unei alte persoane prin modificarea solicitat);
- Hot rre brusc , pripit de a se supune unei interven ii chirurgicale estetice (d.e. pacien i maniacali sau impulsivi).

În afar de aspectele men ionate mai sus, un element important în depistarea i asisten a acestor pacien i îl constituie prima impresie a medicului chirurg i informa iile pe care acesta le poate ob ine în urma interviurilor preoperatorii cu pacientul. În acest sens, este util adresarea întreb rilor de genul [41, 86]:

- Ce anume dore te s ob in pacientul prin această interven ie?
- Cum crede pacientul c rezultatul interven iei îi va schimba via a?
- De cât timp este preocupat de acest defect i cât de intens este această preocupare?
- De cât timp se gânde te s apeleze la interven ia respectiv ?
- În ce mod defectul respectiv i-a influen at existen a?
- Care este motivul pentru care a optat pentru acest medic chirurg i nu pentru un altul?

Majoritatea autorilor recomand medicului chirurg s in cont de prima impresie pe care i-a format-o asupra respectivului defect; în cazul în care acesta îi pare minor sau nesemnificativ comparativ cu acuzele pacientului, chirurgul ar trebui s ia în calcul posibilitatea unui diagnostic de tulburare dismorfic corporal , chiar i într-o faz incipient sau de intensitate subclinic , caz în care se impune trimiterea pacientului la un consult psihiatric [95].

Conform datelor statistice [86], interven iile chirurgicale estetice pot fi secondate de diferite grade de satisfac ie postoperatorie care variaza în func ie de tipul specific de interven ie. Dintre acestea men ion m:

- **Rinoplastia** - în ceea ce prive te satisfac ia post-operatorie în cazul acestei proceduri, rezultatele ob inute variaza în func ie de particularit ile i design-ul individual al fiec rui studiu în parte. În timp ce majoritatea cercet rilor au indicat grade crescute de satisfac ie i o cre tere a încrederii pe plan social la majoritatea pacien ilor, studiul efectuat de Edgerton i colaboratorii [23] a relevat anumite disfunc ionalit i pe plan psihic la 55% dintre cei 46 de subiec i investiga i, în condi iile în care 50% dintre ace tia puteau fi diagnostica i cu o tulburare de personalitate. Într-un studiu asupra sindromului de “pierdere a identit ii” în perioada ulterioar rinoplastiei [96], rezultatele ob inute la un lot de 9 pacien i au indicat un înalt grad de insatisfac ie cu rezultatul interven iei; subiec i se declarau

“oca i” de noua imagine, solicitând automat efectuarea unor noi proceduri chirurgicale în vederea “corectării” aspectului sau a redobândirii caracteristicilor inițiale. Într-o cercetare asupra trăsăturilor de personalitate ale pacienților care s-au supus rinoplastiei, [97] au identificat elementele psihotice, nevrotice și trăsăturile narcisice ca factori perturbatori în evaluarea rezultatului postoperator de c tre anumi i pacien i.

- **Mamoplastiile** (augmentarea, respectiv reduc ia mamar) – implic cel mai înalt grad de satisfac ie cu rezultatul interven iei; în ceea ce prive te reduc ia mamar , un total de 6 studii efectuate pe 711 femei indic un nivel general crescut de satisfac ie în leg tur cu urm toarele aspecte: procedura chirurgical (86-97%), ameliorarea st rii de s n tate (inclusiv îmbun t irea imaginii corporale i diminuarea emo iilor negative), al turi de atenuarea simptomatologiei somatice legate de m rimea sânilor. În ceea ce prive te augmentarea mamar , concluziile a 8 studii pe un total de 769 de paciente au indicat, de asemenea, nivele înalte ale satisfac iei generale legate de aspect (între 78% i 90% dintre subiec i), în special în ceea ce prive te cre terea stimei de sine, a performan elor sociale, atractivit ii i satisfac iei în leg tur cu imaginea corporal [86].;
- **Liftingul facial** – unele cercet ri mai timpurii [98] au decelat la 86% dintre subiec ii investiga i nivele înalte atât în ceea ce prive te satisfac ia postoperatorie, cât i starea subiectiv de bine; conform ace luia i studiu, la nivelul ace luia i grup, printre predictorii unui rezultat negativ se num ra vârsta peste 40 de ani. Ulterior, studiul efectuat de Goin i colaboratorii [99] pe un lot 50 de pacien i, cu media de vârst de 56 ani, a relevat existen a diferitelor tulbur ri psihice în perioada postoperatorie la 54% dintre subiec i, în spe simptomatologie depresiv la o treime dintre ace tia. Al turi de necesitatea de a continua cercet rile pe termen lung a gradului de satisfac ie cu acest tip de interven ie, se impune i men iunea c , în majoritatea cazurilor, interven iile chirurgicale de tip restaurare (d.e. lifting facial) implic un efort de acomodare mai redus decât interven iile de tip modificare (d.e. rinoplastie).

În general, sentimentul intrasubiectiv de satisfac ie în leg tur cu rezultatele interven iei se instaleaz în timp, la aproximativ 3 luni de la actul chirurgical, cu posibilitatea de a se men ine timp de doi, respectiv cinci ani de la interven ie [85, 100]. În cazurile în care pacientul este mul umit de rezultatul ob inut, modific rile în plan fizic i social nu întârzie s apar : cre te nivelul stimei de sine, încrederea în propria persoan , calitatea vie ii i capacitatea de a se bucura

de aceasta, calitatea vieii sexuale, confortul cu propriul corp .a., iar în același timp se diminuează anxietatea și tendințele la retragere socială [86].

Din nefericire, majoritatea covârșitoare a pacienților cu tulburare dismorfică corporală nu obțin acest grad de satisfacție postoperatorie, de vreme ce de cele mai multe ori intervențiile chirurgicale estetice nu numai că nu ameliorează adevăratul „defect”, ci înrăutătesc starea pacientului, agravând simptomatologia de model dismorfic.

În concluzie, procedurile ce învin de chirurgia estetică sunt strict contraindicate în cazul pacienților care suferă de tulburare dismorfică corporală. Mai mult, în vederea asistenței cât mai eficiente a acestor pacienți, se recomandă depistarea posibilelor cazuri cu tulburare dismorfică corporală încă de la interviul preoperator, refuzul intervenției și îndrumarea acestor persoane spre un consult de specialitate din cadrul serviciilor de sănătate mentală.

Partea specială

3. Metodologie

3.1. Introducere

Tulburarea dismorfică corporală, dismorfofobia, dismorfia corporală sau sindromul dismorfic sunt tot atâtea denumiri sub care se "ascunde" un tip de tulburare mintală somatoformă caracterizată printr-o preocupare crescută (și excesivă) a persoanei afectate privind unul (sau mai multe) "defecte" ale trăsăturilor sale fizice (faciale și/sau corporale). Aceste trăsături sunt percepute subiectiv ca defecte, în realitate ele se pot înscrie în limitele normalului sau a ceea ce este considerat „socialmente” acceptabil la un moment dat.

Disconfortul psihic resimțit de persoana afectată este disproporționat de mare în raport cu "defectul" său; în cazurile clinice grave bolnavii pot adopta atitudini fobic-evitante, mergând până la izolare socială.

De cele mai multe ori însă, subiecții încearcă să "facă ceva", respectiv adoptă diverse strategii și metode de "corectare" sau ascundere a defectului. Aceste metode merg de la diverse terapii alternative și diete adoptate fără consultarea medicului până la intervenții chirurgicale invazive.

În foarte rare cazuri însă pacienții acceptă ideea unei cauze psihologice pentru disconfortul psihic resimțit și se adresează medicului psihiatru sau psihologului. Astfel, cazurile care ajung să fie diagnosticate sunt rare și de cele mai multe ori sunt diagnosticați pacienții aflați în stadiile grave ale bolii.

3.2. Scopul lucrării

Studiul de față are în vedere investigarea aspectelor prodromale ale tulburării dismorfofobice, adică identificarea unor aspecte care să permită identificarea persoanelor cu risc de dezvoltare a acestei tulburări încă din faza incipientă.

3.3. Obiectivele lucrării

3.3.1. Obiectiv general

Identificarea caracteristicilor care pot semnala o posibilă tulburare dismorfofobică incipientă la persoanele care prezintă un comportament de risc specific: intervenții chirurgicale estetice repetate și respectiv activitate fizică intensă și prelungită în scopul îmbunătățirii aspectului fizic.

3.3.2. Obiective specifice

3.3.2.1. Identificarea caracteristicilor care pot semnala o posibilă tulburare dismorfofobică incipientă la persoanele care au efectuat intervenții chirurgicale estetice repetate în scopul îmbunătățirii aspectului fizic.

3.3.2.2. Identificarea caracteristicilor care pot semnala o posibilă tulburare dismorfofobică incipientă la persoanele care desfășoară activități fizice intense și prelungite în scopul îmbunătățirii aspectului fizic.

3.4. Material și metodă

Studiul s-a centrat pe studiul persoanelor care s-au supus voluntar unor intervenții repetate de chirurgie estetică în vederea corectării unor defecte care le induceau un disconfort psihic accentuat. Ideea de bază a studiului a fost aceea că, deși acești subiecți nu se încadrează în totalitate în criteriile de diagnostic necesare pentru stabilirea unui diagnostic clar de Tulburare dismorfofobică, ei prezintă totuși destule caracteristici psihologice pentru a putea detecta existența unei probleme incipiente, posibil a unor semne premergătoare tulburării dismorfofobice. Astfel, studiul se înscrie și în tendința modernă de investigare a stadiilor prodromale ale diverselor tulburări psihiatrice pentru a asigura un tratament preventiv (mai degrabă decât curativ) și a facilita abordarea unor metode de tratament mai puțin agresive.

Pentru identificarea aspectelor care diferențiază aceste persoane de populația generală s-a creat un lot de control prin selectarea unui număr egal de subiecți cu caracteristici socio-demografice similare subiecților din lotul de studiu.

Deoarece subiecții au fost în mare majoritate femei, pentru a putea identifica persoanele cu risc de dezvoltare a tulburării dismorfofobice de sex masculin, în ceea de-a doua parte a studiului au fost investigați un număr de 30 subiecți de sex masculin a căror preocupare pentru îmbunătățirea aspectului corporal i-a condus la activități sportive intense în domeniul

body-buildingului, culturismului, etc. A fost constituit de asemenea și un lot de control, format tot din 30 de bărbați.

3.4.1. Material

Pentru partea I-a a studiului au fost investigați un număr de 30 de subiecți care au avut în ultimii 2 ani cel puțin două intervenții chirurgicale pentru corectarea unor defecte. Aceste intervenții au avut loc în cadrul unei clinici particulare. Nici una din intervenții nu a fost realizată ca urmare a unui accident major, având la bază solicitarea directă a subiecților.

A fost realizat un lot de control format dintr-un număr egal (30) de subiecți selectați pe baza unor criterii de eșantionare (metoda în trepte). Criteriile de eșantionare utilizate au fost:

- sexul;
- vârsta;
- statutul marital;
- statutul profesional.

Pentru partea a II-a a studiului au fost investigați un număr de 30 subiecți de sex masculin a căror preocupare pentru îmbunătățirea aspectului corporal i-a condus la activități sportive intense în domeniul body-buildingului, culturismului, etc. A fost constituit de asemenea și un lot de control, format tot din 30 de bărbați

3.4.2. Instrumente utilizate

Pentru partea I-a a studiului, care a inclus subiecți (în majoritate de sex feminin) care au suferit intervenții estetice repetate, s-au aplicat (atât lotului de studiu cât și lotului de control):

- Scala Hamilton de evaluare a anxietății (vezi Anexa I)
- Scala Beck de măsurare a nivelului depresiei (vezi Anexa II)
- Chestionarul pentru explorarea personalității accentuate (H. Schmieschek) (vezi Anexa III)
- Chestionarul autoaplicat pentru tulburarea dismorfofobică (Body Dysmorphic Disorder Examination: Self-Report *BDDE-SR*) (vezi Anexa IV)
- Un chestionar realizat de autor sub îndrumarea conducătorului de doctorat, având drept scop identificarea persoanelor care prezintă un interes crescut pentru aspectul lor corporal, chestionar denumit provizoriu "Chestionar screening pentru aspectul corporal" (vezi Anexa V)

Pentru partea a II-a a studiului care a inclus subiecți de sex masculin a căror preocupare pentru îmbunătățirea aspectului corporal i-a condus la activități sportive intense în domeniul body-buildingului, culturismului, etc, au fost aplicate (atât lotului de studiu cât și celui de control) următoarele instrumente:

- Scala Hamilton de evaluare a anxietății
- Scala Beck de măsurare a nivelului depresiei
- Chestionarul pentru explorarea personalității accentuate (H. Schmieschek)
- Chestionarul autoaplicat pentru tulburarea dismorfofobică (Body Dysmorphic Disorder Examination: Self-Report *BDDE-SR*)
- Un chestionar realizat de autor sub îndrumarea conducătorului de doctorat, având drept scop identificarea persoanelor care prezintă un interes crescut pentru aspectul lor corporal, chestionar denumit provizoriu "Chestionar screening pentru aspectul corporal"
- Chestionarul de evaluare a complexului lui Adonis (Adonis Complex Questionnaire) (vezi Anexa VI).

3.4.2.1.. Descrierea instrumentelor utilizate

Scala Hamilton

Scala de anxietate Hamilton evaluează severitatea simptomelor la persoanele anxioase. Instrumentul a fost elaborat de către Max Hamilton în anul 1960 [101], respectiv revizuit în 1966 [102], 1967 [103], 1969 [104] și 1980 [105]. Scala Hamilton constă într-un interviu semistructurat, cuprinzând 14 itemi, cu referire la o serie de simptome asociate cu anxietatea, grupate în 14 clase. Analiza factorială a acestor itemi arată că aceștia descriu un factor general de anxietate și factori bipolari de cogniție și simptome somatice referitoare la anxietate [101]. În scala originală, publicată în 1960, răspunsurile subiectului la primele 17 întrebări alcătuiesc scorul total în ceea ce privește simptomatologia anxioasă [106], în timp ce răspunsurile la itemii 18-21 corespund simptomatologiei depresive, nefăcând propriu-zis parte din scală.

În ceea ce privește consistența internă a probei, Hamilton [101] a calculat un coeficient de fidelitate internă de 0,89 pentru întregul chestionar, iar Maier et al. [107] a calculat un coeficient de fidelitate de 0,74 pentru întregul chestionar, 0,73 pentru subscala Anxietate psihică și 0,70 pentru subscala Anxietate somatică.

Referitor la validitate, alte măsurări ale anxietății au corelat cu întreaga scală [107, 108] și cu subscale [107; 109]. Scalele Hamilton de depresie și anxietate au fost aplicate numai de către autor, pentru a exclude probleme legate de fiabilitatea dintre evaluatori [110].

Scala Hamilton conține 14 itemi care evaluează dispoziția anxioasă, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia, comportamentul și simptomele gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, vegetative și tensiunea musculară. Intervievatorul evaluează severitatea simptomelor pe o scală de la 1 la 5 ancore la fiecare item, de la 0 = nici un simptom până la 4 = simptome severe și dizabilitante. Acesta se ghidează după descriptorii simptomului în cazul fiecărui item. Cotele sunt adunate într-un scor total care poate fi de la 0 la 56, scorurile peste 14 indică o anxietate cu semnificație clinică; prin consens se consideră că scorurile de la 14-17 indică o anxietate ușoară, 18-24 anxietate medie și 25-30 anxietate severă; astfel, cu cât scorurile sunt cu atât anxietatea este mai mare. Scorurile subscalelor pot deriva și din anxietatea psihică (suma itemilor 7-13) și anxietatea somatică (suma itemilor 6-14).

Inventarul de depresie Beck

Inventarul de depresie Beck (BDI, BDI-II), creat de către Aaron T. Beck [111], reprezintă un instrument de autoevaluare alcătuit din 21 de itemi, constituiți sub formă de afirmații, ce măsoară severitatea simptomatologiei depresive. Fiecare item este evaluat în patru grade de severitate, de la 0 (absent) la 3 (foarte sever), fiecărui grad corespunzându-i o întrebare, iar subiectul este invitat să aleagă cea întrebare a cărei răspuns îi se potrivește cel mai bine. Aceasta înseamnă că inventarul Beck conține un total de 84 întrebări. Cele 21 simptome au fost alese din simptomatologia comună a tulburărilor depresive și din literatura psihiatrică: dispoziția depresivă, pesimismul, sentimentul eșecului, lipsa de satisfacție, sentimentele de vinovăție, sentimentul pedepsei, auto-dezgustul, autoacuzarea, dorințele auto-punitive, plânsul facil, iritabilitate, tendințele la retragere socială, nehotărârea, modificarea imaginii de sine, dificultăți în muncă/scăderea randamentului muncii, tulburări de somn, fatigabilitate, pierderea apetitului, pierderea în greutate, preocupări somatice, pierderea libidoului.

Disponibil în varianta sa actuală, acest inventar se adresează subiecților cu vârsta minimă de 13 ani. Există 3 versiuni ale acestei probe: varianta originală a BDI, publicată în 1961 [111] și revăzută ulterior, fiind publicată în 1978 sub denumirea de BDI-1A [112] și ediția BDI-II, publicată în 1996 [113]. Varianta BDI-II corelează pozitiv cu Scala de Depresie Hamilton (Ham-D), cu un coeficient de corelație Pearson $r = 0.71$ [114]; de asemenea,

această ultimă variantă beneficiază de o valoare înaltă a consistenței interne ($\alpha = .91$) [115, 116].

Cotare: Pentru fiecare item sunt incluse 4 afirmații care caracterizează nivelul intensității unui simptom, de la absent la extrem de intens (0-3).

Interpretare: Scorul total pe scala Beck, calculat prin însumarea scorurilor la fiecare din cei 21 de itemi se împarte la 21 (numărul itemilor) obținându-se un scor mediu care se interpretează în felul următor:

0,5 - 1,2	→	Depresie ușoară
1,2 - 2	→	Depresie medie
2 - 2,5	→	Depresie severă
2,5 - 3	→	Depresie gravă cu risc suicidar

Chestionarul pentru explorarea personalității accentuate P.A. (H. Schmieschek)

Chestionarul P.A. (Personalități Accentuate) reprezintă o probă elaborată de H. Schmieschek în 1970, după modelul propus de K. Leonhard [117]. Această probă a fost tradusă și adaptată de psihologul I. M. Nestor în 1975, după chestionarul în limba germană elaborat [118]. Din păcate nu avem date despre procedura de adaptare pe populația românească a acestui chestionar, despre indicatorii de consistența internă, validitate sau fidelitatea test - retest sau despre eșantionul pe care s-a făcut verificarea calităților psihometrice a chestionarului [119]. Chestionarul P.A. a fost tradus și adaptat din limba germană, procesul de traducere și adaptare provocând inevitabil schimbări în logica și semnificația întrebărilor și, indirect, în semnificația scorurilor finale.

Chestionarul evaluează 10 factori: *demonstrativitate, hiperexactitate, hiperperseverență, nestăpânire, hipertimie, distimie, labilitate, exaltare, anxietate și emotivitate*. Această probă are capacitatea de a surprinde tendințele individuale spre una din cele 10 forme accentuate ale personalității, permițând identificarea faptului dacă aceste dimensiuni sunt (a) absente, (b) se manifestă într-o formă ușoară, non-disfuncțională sau (c) se manifestă într-o formă care poate fi disfuncțională. Astfel, chestionarul P.A. cuprinde 88 de întrebări cu răspuns dihotomic (Da/Nu), întrebări care permit evaluarea celor 10 grupe ale trăsăturilor care pot fi accentuate în personalitatea unui individ [120]. În cadrul chestionarului P.A. se poate vorbi de accentuarea propriu-zisă a unei trăsături, atunci când numărul de răspunsuri semnificative sau

simptomatice dintr-o grupa (prestabilite de autor) trece de 50%. Din păcate coeficienții Alpha Cronbach pentru factorii chestionarului PA sunt toți sub pragul de ,700, mulți dintre ei fiind inferiori valorii de ,500 [119].

S-a considerat că o trăsătură de personalitate se poate considera accentuată în cazul în care subiectul a confirmat prezența a cel puțin 50% din caracteristicile tipului respectiv de personalitate (i.e. o cotă de 50% sau mai mult conform modului de cotare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate).

Conform modului de cotare a chestionarului, intensitatea prezenței caracteristicii este exprimată sub formă procentuală. Schmieschek - bazându-se pe unele date experimentale - avansează ideea că se poate vorbi de o “accentuare” în cazul în care numărul de răspunsuri DA trece de 50%, adică mai mult de jumătate din numărul de întrebări specifice fiecăreia din cele 10 grupe de simptome.

Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”, prescurtat *BDDE-SR*), este un chestionar complex care urmărește identificarea gradului de satisfacție/insatisfacție a subiecților privind aspectul lor corporal. Această probă a fost elaborată de către Rosen și Reiter în 1993 [121] și constă într-un interviu semistrukturat de 34 de itemi, cu posibilitatea auto-administrării de către fiecare subiect în parte, realizat cu scopul de a semnală prezența și severitatea simptomatologiei specifice tulburării dismorfice corporale. Administrarea chestionarului necesită circa 30-45 de minute. În mod specific acest instrument urmărește preocuparea excesivă în legătură cu evaluarea negativă a aspectului exterior, sentimentelor de rușine sau jenă, supralicitării aspectului corporal în cadrul auto-evaluării, precum și comportamentelor secundare de evitare a activităților sociale, de camuflare sau de verificare în exces.

Valori adecvate de consistență internă și validitate test-retest au fost stabilite pentru această probă: indicele Alpha Cronbach a fost stabilit la $\alpha = .94$, validitatea test-retest la $r = .94$, valoarea de consistență internă la $r = .95$, validitatea concurentă cu alte probe ce evaluează tulburarea dismorfică s-a înregistrat la $r_s = .68 - .83$ [122], iar coeficienții de validitate externă se întind de la 0.69 până la 0.83 [123].

Chestionarul a fost tradus în limba română și adaptat de către Dr. D. Jivănescu și psih. I. Crișan în anul 2009.

Descriere: Prima parte a chestionarului urmărește identificarea părților corporale a căror aspect produce cel mai mare disconfort subiectului. Acesta trebuie să acorde câte o notă de la 1 la 5 acelor părți corporale pe care le consideră nesatisfăcătoare (1 = cel mai satisfăcător, 5 = cel mai nesatisfăcător).

A doua parte a chestionarului urmărește identificarea mijloacelor/măsurilor la care recurge subiectul pentru a modifica părțile corporale a căror aspect îl nemulțumeste sau aspectul corporal general. De asemenea, pe o scală de la 1 la 10 s-a cota intensitatea, respectiv frecvența cu care subiecții au recurs la metodele respective pentru corectarea aspectului lor corporal.

Cea de-a treia parte a chestionarului urmărește identificarea gradului de insatisfacție a subiectului față de aspectul corporal propriu, prin intermediul a 26 de itemi ce investighează aspecte, precum: gradul de suferință intrapsihică, gradul de insatisfacție legată de aspectul corporal, comportamentele de evitare, auto-evaluarea negativă a propriei persoane și a imaginii corporale, comportamentele de camuflare a așa-numitului defect fizic. Subiectul trebuie să coteze fiecare item pe o scală cu 6 ancore (de la minim 0 la maxim 6), în funcție de intensitatea, respectiv frecvența cu care a experimentat simptomul respectiv.

Cotare și interpretare: Scorul total se obține prin însumarea răspunsurilor subiectului la itemii 1-15 și 17-26. Itemul cu numărul 16 se referă la gradul de insight al pacientului și nu se adaugă la scorul total. Pentru un diagnostic pozitiv de tulburare dismorfică corporală, scorul obținut de către individ la BDDE-SR trebuie să vină în completarea criteriilor de diagnostic așa cum sunt acestea prezentate în DSM-IV-TR. Dacă subiectul cotează anumiți itemi cu un scor de cel puțin 4, clinicianul poate suspecta existența unei tulburări, prezentă în grade de severitate variabile. Până la ora actuală nu sunt disponibile date precise cu privire la un scoruri limită pentru această probă; în general se consideră faptul că scorurile înalte reprezintă o intensitate mai mare a simptomatologiei specifice tulburării dismorfice corporale și viceversa.

În anul 2007 a fost elaborată și validată o nouă versiune a chestionarului BDDE-SR, sub denumirea de BDDE-SR/Munich Version [124]. Această probă reprezintă de fapt un chestionar de auto-evaluare, a cărui completare necesită circa 10 minute, fiind alcătuit din 18 itemi, grupați în felul următor: 4 itemi se referă la suferința subiectivă a pacientului, iar 7 itemi la interacțiunile sociale pe care acesta le-a avut în ultimele 4 săptămâni; 2 itemi nu pot fi atribuiți vreunei categorii specifice. Fiecare item se cotează pe o scală Likert cu 5 ancore, un scor de 1 semnaland absența simptomului, iar scorurile între 2 și 5 indicând frecvența și intensitatea cu se manifestă respectivul simptom. Scorul total se calculează prin însumarea

răspunsurilor subiectului, ce pot varia între 18 (manifestare minimă a simptomelor) și 90 (manifestare maximă a simptomelor). Prevalența tulburării dismorfice corporale este indicată în baza unui scor de limită, ce variază între un scor total de 63 de puncte și valoarea maximă de 90 de puncte. Pentru decelarea tulburării dismorfice în formă clinic manifestă, subiectul trebuie să întrunească un scor total de minim 69 de puncte. Scorurile ce se plasează sub valoarea de 63 de puncte sunt considerate normale.

Chestionar screening pentru aspectul corporal

Chestionarul a fost elaborat sub îndrumarea conducătorul de doctorat. Cuprinde 7 întrebări, din care 5 întrebări cu răspunsuri dihotomice (DA/NU) și 2 întrebări cu răspunsuri multiple.

Chestionarul a fost aplicat lotului de studiu și unui lot de control, cu număr egal de subiecți.

Scopul chestionarului este de ajuta la identificarea persoanelor care prezintă un interes crescut/neobișnuit privind aspectul lor corporal, astfel încât acestea să poată fi investigate mai amănunțit, eventual înainte de a recurge la intervenții chirurgicale estetice care nu sunt neapărat necesare. Chestionarul a fost conceput pentru a identifica persoanele la care preocuparea pentru aspectul corporal fie a apărut fie s-a accentuat în ultimele 12 luni, putând semnala astfel debutul unei probleme psihologice.

Chestionarul se referă la ultimele 12 luni din viața subiectului. Chestionarul a fost conceput pentru a fi completat direct de către subiecți, și se bazează pe aprecierea subiectivă a acestuia.

Factorii chestionarului sunt:

- Preocuparea crescută pentru aspectul corporal: se urmărește identificarea existenței unei preocupări crescute a subiecților pentru aspectul lor corporal. Prin „crescute” se înțelege „prin comparație cu perioada anterioară celei actuale”, dar și „prin comparație cu alte persoane”
- Comportamentul social al subiecților: influența modului în care subiectul se apreciază pe sine din prisma aspectului corporal asupra comportamentului social.

Prima întrebare a chestionarului urmărește să identifice existența sau nu a unei preocupări crescute a subiecților pentru aspectul lor corporal. Sunt prevăzute două răspunsuri posibile, de tip dihotomic, DA/NU. Un răspuns de tip „DA” indică existența unei preocupări crescute a subiectului pentru aspectul său corporal, iar un răspuns de „NU” este răspuns de excludere pentru subiect din studiu.

Cea de-a doua întrebare este „In ultimele 12 luni ați avut probleme de sănătate care să necesite tratament medical cu durată de peste 1 lună și care să afecteze aspectul corporal ?” și urmărește excluderea subiecților a căror preocupare crescută pentru aspectul corporal se datorează altor cauze decât o posibilă tulburare dismorfofobică sau care au fost diagnosticați deja cu o tulburare de acest tip. Răspunsurile posibile sunt și ele de tip „Da/Nu”, cerându-se în plus și precizarea (dacă este posibil) a cauzei medicale identificate.

Întrebarea trei este menită a evalua starea prezentă a subiectului, făcând referire la preocuparea actuală a subiecților privind aspectul corporal. Răspunsurile posibile sunt tot dihotomice (Da/Nu).

Întrebarea patru urmărește să evalueze atitudinea (comportamentul activ) al subiectului față de aceea problemă corporală care îi produce disconfort. Prin modul de formulare al întrebării s-a urmărit și evaluarea gradului de nemulțumire al subiecților față aspectul fizic, respectiv dacă există o stare de nemulțumire cronică în ciuda eforturilor făcute pentru remedierea situației. Răspunsurile posibile sunt tot de tipul Da/Nu.

De asemenea, se urmărește cuantificarea mijloacelor folosite de subiecți pentru remedierea aspectelor fizice care le produc disconfort. Sunt enumerate câteva mijloace uzuale de îmbunătățire a aspectului fizic (fără a lua în considerare intervențiile chirurgicale estetice) și se ia în considerare câte dintre aceste mijloace sunt utilizate de subiecți.

Evaluarea gradului de nemulțumire față de aspectul corporal se face prin întrebarea numărul 5, întrebare corelată cu întrebarea 3 care evaluează preocuparea subiecților față de aspectul corporal. Subiecții trebuie să aleagă una sau mai multe descrieri negative ale aspectului fizic cu care se identifică. Două dintre descrieri sunt reciproc exclusive - prea gras(ă)/prea slab(ă) – și următoarele trei descrieri sunt aprecieri negative aranjate pe o scală crescătoare a gradului de nemulțumire față de aspectul fizic (urât/dizgrațios/respingător fizic).

Evaluarea stării psihice generale actuale a subiecților se face prin întrebarea numărul 6, care descrie câteva caracteristici ale stării afective caracteristice depresiei, anxietății și fobiei sociale.

Întrebarea numărul șapte evaluează existența unui comportament evitant al subiecților având la bază opinia negativă despre ei înșiși pe baza aspectului lor corporal, și are răspunsuri dihotomice (Da/Nu).

Modul de cotare:

Pentru întrebarea 1 un răspuns „Da” este cotat cu 1, iar un răspuns „Nu”, cu 0;

Pentru întrebarea 2 un răspuns „Da” este cotat cu 0, iar un răspuns „Nu” cu 1

Pentru întrebarea 3 un răspuns „Da” este cotate cu 1, iar un răspuns „Nu” cu 0

Pentru întrebarea 4.1 un răspuns „Da” este cotate cu 0, iar un răspuns „Nu” cu 1; de asemenea, pentru fiecare mijloc utilizat de subiect pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic se acordă 1 punct, și se calculează scorul pentru 4.2 prin însumarea acestora.

Pentru întrebarea 5.1, un răspuns de tipul „prea gras(ă)/prea slab(ă)” este cotate cu 1 punct; pentru întrebarea 5.2. răspunsul „urât” cu un punct, „dizgrațios, lipsit de sex-appeal” cu 2 puncte, iar răspunsul „respingător fizic” cu 3 puncte. Scorul total maxim ce poate fi obținut la întrebarea 5.2 este 3.

Pentru întrebarea 6, se coroborează răspunsurile pentru a identifica starea afectivă dominantă a subiectului;

Pentru întrebarea 7, un răspuns „Da” se cotează cu 1 punct, iar un răspuns „Nu” cu 0 puncte.

Scorul maxim ce poate fi obținut la un chestionar este 12, iar scorul minim este 0.

Chestionarul pentru evaluarea complexului Adonis

Această probă a fost elaborată de către Harrison Pope și colaboratorii [125] în anul 2000, sub denumirea originală de *Adonis Complex Questionnaire (ACQ)*, cu scopul de a evalua problemele legate de imaginea corporală și felul în care acestea afectează funcționalitatea individului în viața de zi cu zi. Chestionarul a fost tradus și adaptat de către Dr. D. Jivănescu și Psih. I. Crișan în anul 2009, sub denumirea de *Chestionarul pentru evaluarea Complexului Adonis (CECA)*.

Acest instrument constă într-o scală alcătuită din 13 itemi, la care subiectul trebuie să răspundă, alegând una dintre cele trei variante posibile: "niciodată" (0 puncte), "rareori"/"uneori" (1 punct) și "frecvent" (3 puncte), în funcție de cât este de acord cu itemul respectiv. Scorul total reprezintă însumarea punctajului obținut la toți cei 13 itemi; acesta variază de la 0 (absența simptomatologiei) până la 39 (intensitate maximă a simptomatologiei specifice Complexului Adonis) [125].

Interpretarea se face în funcție de scorul total obținut, astfel:

- scoruri între 0-9: preocupări minore legate de imaginea corporală, care nu afectează în mod semnificativ funcționalitatea zilnică;

- scoruri între 10-19: formă ușoară sau moderată a Complexului Adonis; preocuparea legată de aspectul fizic poate afecta funcționalitatea într-un mod mai mult sau mai puțin sever (scoruri peste 15 indică în general o afectare mai mare);
- scoruri între 20-29: Simptomatologie gravă specifică Complexului Adonis, este recomandabil tratamentul farmacologic și psihoterapeutic;
- scoruri între 30-39: tulburări extrem de grave legate de imaginea corporală, se impune un consult la un specialist din domeniul sănătății mentale, medicația este imperios necesară [125].

3.4.3. Metodă

Studiul a fost structurat în două părți mari. Prima parte este dedicată investigării subiecților care au trecut prin intervenții chirurgicale estetice repetate. Acestor subiecți le-a fost aplicat un set de instrumente iar rezultatele obținute au fost comparate cu rezultatele unui lot de control căruia i-au fost aplicate aceleași instrumente.

Cea de-a doua parte cuprinde subiecți de sex masculin care prezintă preocupări excesive privind aspectul corporal și recurg la mijloace specifice (activitate fizică intensă de tip body-building) pentru îmbunătățirea aspectului fizic. Acestor subiecți le-a fost aplicat aceleași set de instrumente ca și lotului de studiu din prima parte a studiului și în plus un chestionar specific. Rezultatele obținute au fost comparate cu rezultatele unui lot de control (altul decât cel din prima parte a studiului) căruia i-au fost aplicate aceleași instrumente (inclusiv chestionarul specific).

3.4.4. Limitele studiului

Limitele prezentului studiu sunt impuse atât de populația studiată, cât și de metoda și instrumentele utilizate. Astfel, eşantioanele luate în studiu nu sunt constituite din subiecți diagnosticați clinic cu Tulburare Dismorfofobică, ci din subiecți cu preocupări crescute pentru aspectul corporal și a căror comportament poate indica existența unei tulburări de acest tip în stadiu incipient. Metoda utilizată a fost impusă de populația disponibilă pentru studiu, formată pe de o parte în majoritate covârșitoare din femei (lotul cu intervenții chirurgicale) și în totalitate din bărbați (lotul cu activități fizice intense), astfel încât pentru lotul formați din subiecți de sex masculin a fost utilizat un chestionar specific suplimentar față de lotul cu intervenții chirurgicale. Instrumentele utilizate nu au fost toate validate pentru populația românească.

3.4.5. Originalitatea studiului.

Tema însăși a lucrării - tulburarea dismorfofobică, preocuparea crescută pentru aspectul corporal la bărbați și femei, intervențiile estetico-chirurgicale și implicațiile acestora din punct de vedere psihologic, nu au fost abordate încă în psihiatria românească. Unul din motive este probabil faptul că doar în ultimii 5-10 ani s-a dezvoltat în România o ramură de chirurgie estetică (în special în domeniul privat) "dedicată" acelor persoane care doresc să își îmbunătățească aspectul fizic. De asemenea, doar în ultimii 5-10 ani s-au "înmulțit" în România și sălile de sport, comercializarea suplimentelor nutritive și aspectele comerciale ale activităților sportive.

Lucrarea de față se dorește o încercare de a aborda un domeniu nou, care trebuie abordat cu seriozitate datorită implicațiilor sale nu numai medicale (psihiatrice, chirurgicale, etc) ci și ecourilor sociale. Numărul mare de copii obezi este un semnal de alarmă pentru societate, iar tendința de a recurge (la vârsta adultă, sau chiar la vârsta adolescenței) la soluții "ușoare" și rapide, precum intervențiile chirurgicale estetice în locul adoptării unui stil de viață sănătos este foarte mare. De asemenea, un pericol ascuns îl prezintă și comercializarea prin mass-media a unor prototipuri "ideale" din punct de vedere fizic, idealuri greu de atins de către persoanele "obișnuite" dar care pot induce sentimente de nemulțumire, disconfort și duce la scăderea stimei de sine, ba chiar induce depresie la persoanele a căror background psihologic îi predispune la aceasta.

Noutatea adusă de studiu este reprezentată prin urmare atât de domeniul abordat, de populația studiată și instrumentele aplicate, cât și de perspectiva abordării aspectului importanței corporalității în psihiatria românească.

3.5. Ipotezele lucrării.

3.5.1. Ipoteză generală:

Există anumite caracteristici de personalitate și/sau comportament identificabile, specifice persoanelor cu risc crescut de dezvoltare a unei tulburări dismorfofobice.

3.5.2. Ipoteze specifice:

3.5.2.1. Persoanele care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un nivel semnificativ mai înalt de anxietate (măsurat ca nivel de anxietate mediu pe scala Hamilton) decât persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.2. Persoanele care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un grad semnificativ mai mare de depresie (exprimat ca scor mediu ponderat măsurat pe scala Beck de depresie) decât persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.3. Cel puțin 80.0% dintre subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip emotiv. Trăsăturile de personalitate de tip emotiv sunt mai frecvente la subiecții care recurg la intervenții chirurgicale repetate decât la persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.4. Cel puțin 50% dintre subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip hiperexact. Trăsăturile de personalitate de tip hiperexact sunt mai frecvente la subiecții care recurg la intervenții chirurgicale repetate decât la persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.5. Subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic se gândesc mai des la aceea trăsătură fizică care îi deranjează, acordă o mai mare parte din timpul lor preocupării privind aspectul corporal și îndeosebi părților corpului care îi deranjează; totodată, aceste preocupări au și conotații afective (disconfort marcat) decât subiecții care nu recurg la aceste mijloace.

3.5.2.6. Subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul screening pentru aspectul corporal decât subiecții fără aceste intervenții.

3.5.2.7. La subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic nivelul de depresie crește cu creșterea timpului petrecut gândindu-se la trăsătura fizică care le produce cel mai mare disconfort.

3.5.2.8. Persoanele care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă mai frecvent un nivel semnificativ mai înalt de anxietate (măsurat ca nivel de anxietate pe scala Hamilton) decât persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.9. Persoanele care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un nivel general de depresie (exprimat ca scor mediu ponderat măsurat pe scala Beck de depresie) decât persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.10. Cel puțin 90.0% dintre subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip hipertim. Trăsăturile de personalitate de tip hipertim sunt mai frecvente la subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite decât la persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.11. Cel puțin 50% dintre subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip "ciclotim". Trăsăturile de personalitate de tip ciclotim sunt mai frecvente la subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru îmbunătățirea aspectului fizic decât la persoanele care nu au acest comportament.

3.5.2.12. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic sunt mai nemulțumiți de aspectul lor fizic decât subiecții care nu au acest comportament.

3.5.2.13. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul screening pentru aspectul corporal decât subiecții fără aceste intervenții.

3.5.2.14. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul de evaluare a "Complexului Adonis" decât subiecții care nu au acest comportament.

3.5.2.15. La subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic nivelul de anxietate crescut este corelat cu încercarea de a evita contactul fizic cu ceilalți; recurgerea la mai multe metode de îmbunătățire a aspectului corporal; sentiment de nefericire cauzat de preocupările legate de aspectul fizic și un comportament de evitare.

3.6. Prelucrarea statistică a datelor

Analiza tipului de distribuție a datelor

Având în vedere că pentru populația analizată nu se cunosc valorile medii și deviațiile standard, populația de studiu fiind de tip clinic iar lotul de control fiind constituit pe baza eșantionării pe cote, s-a aplicat testul de normalitate Lilliefors pentru determinarea tipului de distribuție a datelor. Rezultatele au indicat respingerea ipotezei de normalitate, prin urmare s-au aplicat teste de tip non-parametric pentru analiza datelor.

S-au calculat:

- analiză descriptivă: medii, mediane, procente, procente cumulate;
- diferențe;

S-au aplicat:

- Testul χ^2 de diferență între frecvențe;
- Testul Mann-Whitney de diferență a rangurilor;
- Testul Spearman R de corelație;

Având în vedere faptul că s-a propus un chestionar screening, a fost necesară validarea acestuia.

Validarea chestionarului

Una din condițiile fundamentale ale unui instrument de evaluare psihologică este aceea de a fi sigur și consistent. Un instrument este considerat sigur și consistent atunci când itemii din care este compus corelează (contribuie), fiecare dintre ei, la rezultatul aditiv al tuturor itemilor (scala, scorul global) [126]. Foarte adesea, atunci când se lucrează la elaborarea unui test psihologic, itemii nu funcționează așa cum ne-am fi așteptat. În unele cazuri constatăm confuzii și imprecizii în înțelegerea lor, alteleori sunt prea ușori sau prea dificili. Dincolo de corecțiile concrete care se pot face (modificări de cuvinte, eliminarea negațiilor, etc.) există proceduri statistice care permit o analiză sistematică a itemilor și care ajută la ameliorarea caracteristicilor psihometrice ale unui test. Aceste proceduri sunt cunoscute sub numele de „analiza de itemi”. Dat fiind faptul că în acest caz se analizează mai multe variabile simultan, analiza de itemi face parte din statistica multivariată.

Analiza de itemi în sprijinul consistenței interne și fidelității

Întrebările unui chestionar sau itemii unui test de performanță sunt concepuți pentru a măsura un anumit atribut (atitudine, factor, comportament, cunoștință). **Consistența internă**

se definește ca proprietatea itemilor de a corela cu „scorul global” al testului sau scalei din care face parte. Din moment ce toți itemii trebuie să reflecte un anumit atribut, ei trebuie să manifeste o variantă comună, să coreleze unii cu alții și, în același timp, să coreleze fiecare individual cu scorul care reflectă atributul respectiv. Corelația dintre un item și scorul total, din care se omite acel item, ne oferă o indicație cu privire la relevanța itemului respectiv pentru rezultatul global al testului. Atunci când fiecare item este relevant, putem spune ca testul respectiv are „consistență internă”. **Sensibilitatea** este calitatea statistică a testului care definește finețea discriminativă a acestuia, adică numărul de clase pe care îl permite în cadrul unui grup. Altfel spus sensibilitatea ține de capacitatea testului de a diferenția cât mai mult pe o plajă cât mai largă indivizii testați între ei. Un test este cu atât mai sensibil cu cât împarte în mai multe categorii indivizii, aceasta desigur în concordanță și cu diferențele reale care există între ei. O altă fațetă a consistenței unui instrument este siguranța sa în aplicări repetate (fidelitatea). Ea poate fi descrisă ca stabilitate a scorului atunci când acel instrument, sau o formă alternativă echivalentă, este aplicată acelorași subiecți.

Fără a fi singura procedură statistică utilizabilă în astfel de situații, coeficientul *Cronbach alfa* este de departe cel mai cunoscut dintre toate, fiind utilizat ca un indicator al preciziei de măsurare a unui test, al consistenței interne și fidelității unui instrument psihologic. În mod normal, valoarea indicelui *Cronbach alfa* tinde să crească pe măsură ce numărul itemilor crește. Utilizarea unor teste cu mulți itemi este neconvenabilă din mai multe motive. Unul dintre acestea este timpul consumat cu aplicarea lor, altul, poate fi inutilitatea de a păstra itemi a căror contribuție la scorul global este nulă, mică sau, dimpotrivă, merg în altă direcție decât acesta. Identificarea și eliminarea acestor itemi, ori modificarea lor în spiritul atributului măsurat, este unul dintre obiectivele analizei de itemi. Ea are un caracter recursiv, cu evaluări succesive ale relațiilor dintre itemi și dintre itemi și scorul global, și operarea selecției itemilor în funcție de relația lor cu acesta. Criteriul de baza pentru aceasta operație este valoarea indicelui *Cronbach alfa*, care are o plajă de variație între 0 și 1. O scală, pentru a fi considerată consistentă, trebuie să atingă o valoare cât mai aproape de 1, nivelul de 0.70 fiind acceptat ca prag limită de către cei mai mulți cercetători. Oricum, valoarea lui *Cronbach alfa* nu poate fi mai mică de 0.60.

4. Rezultate și discuții

4.1. Intervențiile chirurgicale estetice și tulburarea dismorfofobică corporală.

Pentru prima parte a studiului a fost investigat un număr de 30 de subiecți, care în ultimii 2 ani s-au supus la cel puțin două intervenții chirurgicale pentru corectarea unor particularități de ordin fizic, a unor trăsături estetice (considerate defecte de către subiect – percepție subiectivă). Aceste intervenții au avut loc în cadrul unei clinici particulare. Nici una din intervenții nu a fost realizată ca urmare a unui accident major, având la bază solicitarea directă a subiecților.

A fost realizat un lot de control format dintr-un număr egal (30) de subiecți selectați pe baza unor criterii de eșantionare (metoda în trepte).

4.1.1. Prezentarea comparativă a eșantioanelor. Caracteristici socio-demografice.

Distribuția după sex.

Lotul de studiu a cuprins un bărbat și 29 de femei. Lotul de control a cuprins și el un număr de 29 de femei și 1 bărbat.

Vârsta medie și distribuția pe grupe de vârstă.

În lotul de studiu vârsta medie a fost de 38,90 ani (dev.std.= 13.64 ani), cu vârsta cea mai tânără de 16 ani și cea mai înaintată 59 ani. Vârsta medie în lotul de control a fost de 36.77 ani (dev.std. = 12.32 ani), cu subiectul cel mai tânăr având 16 ani și cel mai în vârstă 59 ani.

Distribuția comparativă pe grupe de vârstă este prezentată în tabelul nr.1.

Distribuția procentuală pe grupe de vârstă a lotului de control corespunde cu distribuția procentuală pe grupe de vârstă a lotului de studiu, conform eșantionării stratificate.

Tabelul nr.1: Distribuția pe grupe de vârstă a lotului de control vs. lotul de studiu				
Grupa de vârstă	Lotul de control		Lotul de studiu	
	Nr. Subiecți	%	Nr. subiecți	%
<21 ani	1	3.33	1	3.33
21-30 ani	8	26.67	8	26.67
31- 40 ani	10	33.34	10	33.34
41-50 ani	4	13.33	4	13.33
51-60 ani	7	23.33	7	23.33

Tabelul nr. 1. – Distribuția pe grupe de vârstă la cele două loturi

Statutul ocupațional.

Din punct de vedere al statutului ocupațional, în lotul de studiu avem: 18 subiecți sunt angajați cu normă întreagă (60.0%), 4 subiecți (13.3%) lucrează jumătate de normă, 2 subiecți (6.7%) sunt pensionați, 1 subiect (3.3%) este student, 5 subiecți (16.7%) nu lucrează.

În lotul de control, datorită alegerii ca și criteriu de eșantionare inclusiv a statutului marital, avem aceeași distribuție a subiecților.

Prin comparație, datele din literatura de specialitate indică pentru persoanele cu TDC procente diferite: conform unui studiu, la nivelul eșantionului investigat 34% dintre subiecți erau angajați cu normă întreagă, 12% angajați cu jumătate de normă, 16% studenți, 38% fără servicii [47].

Un alt studiu oferă următoarele date [127]: dintre 141 de adulți diagnosticați cu TDC 39% afirmă că în ultima lună rămăseseră fără loc de muncă datorită psihopatologiei specifice TDC, 23% primeau pensie de handicap, în timp ce doar 38% erau angajați cu normă întreagă; dintre aceștia (cei care lucraseră în ultima lună), 79.7% au raportat o deteriorare semnificativă pe plan profesional datorită simptomatologiei TDC. Comparativ cu subiecții care aveau loc de muncă, adulții cu TDC care își abandonaseră locul de muncă datorită severității TDC, prezentau în medie aceleași caracteristici socio-demografice, diferențiindu-se însă prin următoarele aspecte: nivel educațional mai scăzut, simptome mai severe, evoluție cronică a tulburării, prevalență mai mare a comorbidității TDC, funcționare socială deficitară, calitatea vieții mai redusă, procent mai mare de antecedente psihiatrice.

Conform unui alt studiu de specialitate [3], afectarea funcționării socio-profesionale la persoanele cu TDC s-ar traduce prin gradul absenteismului de la locul de muncă/școală etc. Astfel, dintr-un total de 200 de persoane cu TDC, 36% absentaseră de la locul de muncă, în

timp de 32% lipsiseră de la școală/cursuri în luna dinaintea derulării cercetării, în ambele cazuri cauza fiind simptomatologia clinică a TDC.

Este probabil ca această diferență să fie datorată invalidității dată de simptomatologia clinică a TDC, ceea ce nu este cazul în studiul de față.

La pacienții cu TDC este afectată, în mod deosebit, funcționalitatea pe plan social și profesional, în special domeniile care presupun un contact direct cu alte persoane. Astfel, aria de funcționare se restrânge semnificativ.

Pe de altă parte, chirurgia estetică este o ramură medicală ce desfășoară predominant în sistem privat, costurile intervențiilor nefiind suportate nici măcar de sistemul de asigurări medicale privat. Persoanele interesate de acest tip de intervenții sunt cele care suportă costurile. Chiar dacă în ultimii ani, costurile pentru intervențiile chirurgicale estetice au devenit accesibile pentru majoritatea populației din țările civilizate, totuși acestea sunt și în prezent semnificative, deci greu sau chiar imposibil de suportat de către persoane care au ca venit constant pensia de invaliditate sau handicap sau din servicii cu jumătate de normă.

Conform unui studiu [128] realizat pe un lot de 200 de pacienți diagnosticați cu TDC și care au solicitat intervenții estetice, 19,3% nu au beneficiat de acestea datorită costurilor pe care nu și le-au putut permite.

Statutul marital.

Din punct de vedere al statutului marital, în lotul de studiu avem: 7 subiecți (23.3%) sunt necăsătoriți, 16 subiecți (53.4%) sunt căsătoriți, 7 subiecți (23.3%) sunt divorțați. În lotul de control, datorită alegerii ca și criteriu de eșantionare inclusiv a statutului marital, avem aceeași distribuție a subiecților.

Prin comparație, datele din literatura de specialitate indică pentru persoanele cu TDC procente diferite: conform unui studiu, 68% dintre subiecții dismorfici investigați erau celibatari, 20% căsătoriți, 12% divorțați [47].

O altă sursă din literatură [129] indică următoarele: la nivelul unui eșantion de 289 de persoane cu TDC, 66.4% nu fuseseră niciodată căsătoriți(te), 20.8% erau căsătoriți, 12.8% divorțați/despărțiți.

Diferența față de rezultatele obținute în cadrul cercetării de față poate fi explicată în felul următor: pe de-o parte, subiecții din prezentul lot de studiu nu au fost diagnosticați clinic cu TDC (cadrul de desfășurare al cercetării nu este unul clinic per se), nefiind vorba de investigarea unor aspecte psihopatologice sau clinice ale TDC (criteriul de selecție al subiecților pentru lotul de studiu nu a fost diagnosticul pozitiv cu TDC, ci frecvența

intervențiilor chirurgicale); pe de altă parte, în ceea ce privește particularitățile demografice ale persoanelor TDC, cei mai mulți autori subliniază preponderent similitudini pe plan intercultural [130], deși anumite manifestări specifice acestei tulburări pot varia de la o societate/cultură la alta [42], cum ar putea fi cazul de față.

De asemenea, un alt punct de vedere relevant este că indivizii cu TDC prin preocupările și convingerile negative pe care le au legat de aspectul lor, dezvoltă dificultăți, majore uneori, în a fi apropiați sau intimi; frecvent aceștia sunt retrași sau izolați. Relațiile de cuplu ale pacienților cu TDC sunt afectate atât din cauza timpului pe care pacienții îl petrec cu ritualurile specifice, în acest mod reducându-se timpul disponibil pentru relație, cât și din cauza tulburărilor dispoziționale pe care le dezvoltă aceștia (anxietate generalizată, tensiune intrapsihică, iritabilitate, episoade depresive majore, anxietate și fobie socială).

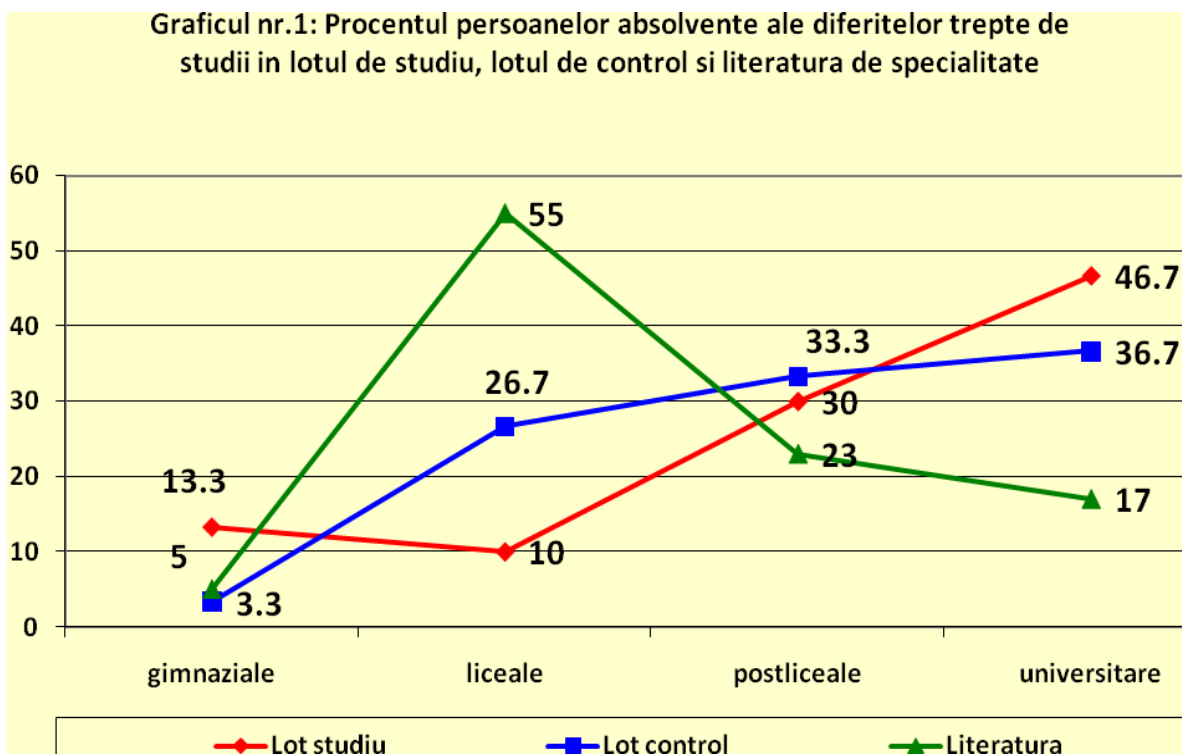
Nivelul de școlarizare.

Din punct de vedere al nivelului de școlarizare, în lotul de studiu avem: 4 subiecți (13.3%) cu studii gimnaziale, 3 subiecți (10.0%) cu studii liceale, 9 subiecți (30.0%) cu studii postliceale, 4 subiecți cu studii universitare (13.3%), și 10 subiecți cu studii postuniversitare (33.3%). În lotul de control: 1 subiect (3.3%) cu studii gimnaziale, 8 subiecți (26.7%) cu studii liceale, 10 subiecți (33.3%) cu studii postliceale, 7 subiecți (23.3%) cu studii universitare și 4 subiecți (13.3%) cu studii postuniversitare.

Comparând cu datele din literatura de specialitate, după omogenizarea categoriilor ținând cont de modul de cotare în studiul nostru (studii liceale neabsolvite din literatură reprezintă studii gimnaziale în studiul nostru; școală post liceală parțială și studii universitare parțiale din literatura de specialitate reprezintă studii liceale în studiul nostru, precum și studiile postuniversitare cotate în studiul nostru sunt echivalate cu studiile superioare absolvite din literatura de specialitate), apar diferențe notabile, evidențiate în graficul nr.1.

Remarcăm la nivelul loturilor noastre o proporție redusă a persoanelor absolvente de liceu, aceasta fiind mult mai scăzută la lotul de studiu, în favoarea persoanelor absolvente de studii postuniversitare.

În acord cu rezultatele obținute la nivelul prezentului eșantion, datele din literatura de specialitate asociază TDC cu venituri personale mai mici, nivel de școlarizare mai redus, grade mai crescute ale absenteismului profesional, eșecului școlar, șomajului [131].



Graficul nr. 1. – Nivelul de școlarizare la cele două loturi

O posibilă explicație este că persoanele cu un grad de școlarizare ridicat au acces ridicat la informații în general, la informațiile din domeniul sănătății sau al chirurgiei estetice. De asemenea, aceste persoane datorită gradului de calificare mai înalt ar putea beneficia de un venit mai ridicat decât persoanele cu grad mai scăzut de calificare, implicit putând să beneficieze de serviciile chirurgiei estetice din punct de vedere financiar.

Nivelul veniturilor persoanelor.

Nivelul veniturilor este explicat în Tabelul nr.2

Deoarece salariul mediu brut pe economie în anul 2010 (cf.Legii 12/2010 din Ianuarie 2010) a fost de 1836 lei iar salariul mediu brut pe economie pe anul 2011 (Legea pe287/2010 din Decembrie 2010) a fost stabilit la 2.022 lei, am considerat un venit mediu mai mare de 2.000 lei/lună ca reprezentând un venit ridicat.

Se poate observa că în lotul de studiu peste jumătate dintre subiecți (56.7%) se încadrează în zona veniturilor mari; comparativ, în lotul de control doar 33.3% dintre subiecți se încadrează în această zonă.

Tabelul nr.2: Nivelul veniturilor persoanelor din lotul de studiu vs.lotul de control				
Nivelul veniturilor (lei/lună)	Lotul de control		Lotul de studiu	
	Nr. subiecți	%	Nr. subiecți	%
Sub 500	2	6.67	1	3.33
500-1000	6	20.00	6	20.00
1001-1500	5	16.67	3	10.00
1501 - 2000	2	6.67	3	10.00
2001 - 2500	2	6.67	5	16.67
2501 - 3000	2	6.67	5	16.67
Peste 3000	5	20.00	7	23.33
Nu au răspuns	6	3.33	0	0.00

Tabelul nr. 2. – Nivelul veniturilor la cele două loturi

Literatura de specialitate vorbește despre un procent de 36% din pacienții cu TDC care sunt capabili să se autoîntrețină în totalitate, procent care este sub cel al subiecților cu venituri mari din lotul nostru de studiu. Considerăm că aceasta se datorește în special modului de selecție a lotului de studiu (persoane care au apelat în mod repetat la intervenții de chirurgie estetică în clinică particulară), care a condus la selecționarea implicită a unor persoane care-și puteau permite costurile acestor intervenții.

După cum am menționat, costurile pentru intervențiile chirurgicale estetice sunt suportate în totalitate de către persoanele care solicită aceste intervenții, aspect valabil și în România, unde nici un sistem de asigurări medicale nu suportă aceste cheltuieli.

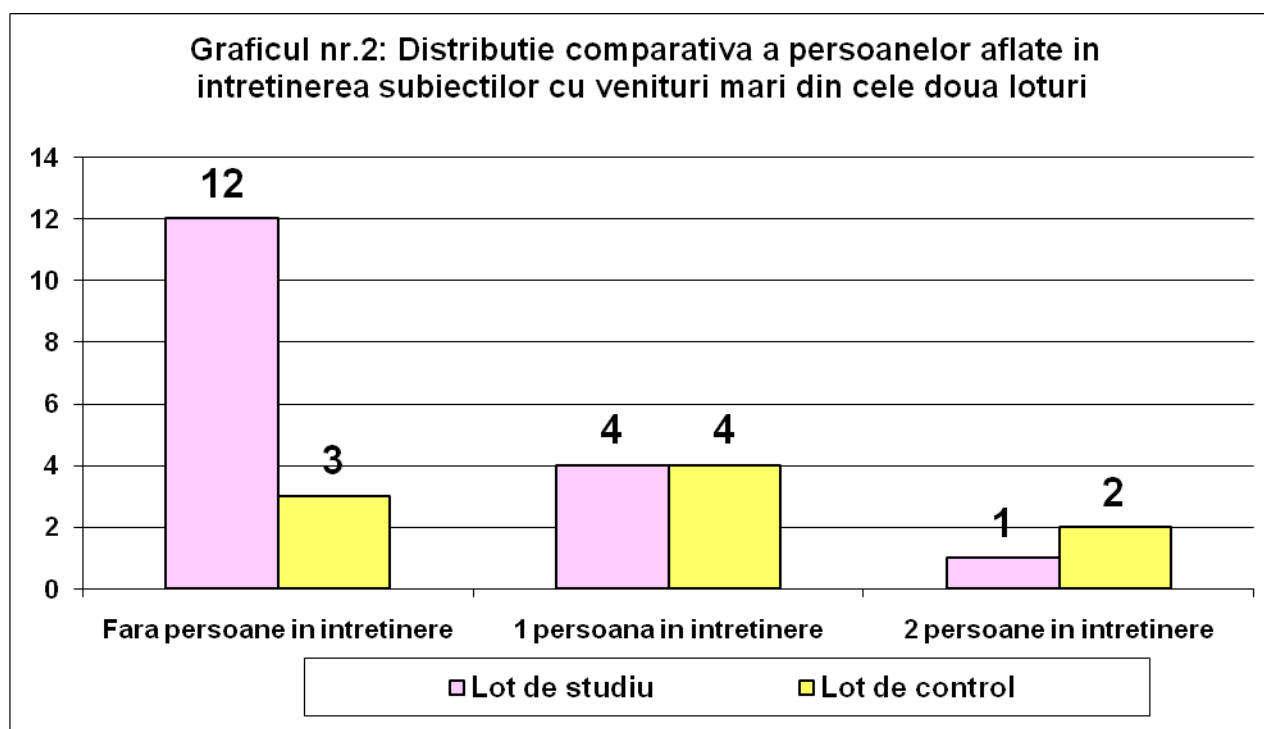
Persoanele aflate în întreținerea subiecților.

Din lotul de control 6 persoane au refuzat sau au omis să dea informații privind nivelul venitului și persoanele aflate în întreținerea lor. Din lotul de studiu 60% (18 persoane) nu au alte persoane în întreținere, în timp ce doar 46 % (11 persoane) din lotul de control sunt fără persoane în întreținere.

Am presupus că decizia de a apela la procedurile de chirurgie estetică, este influențată de nivelul veniturilor și numărul de persoane aflate în întreținerea subiecților. Situația loturilor ținând cont de aceste două caracteristici este prezentată în tabelul nr.3.

Tabelul nr.3: Numărul de persoane aflate în întreținere în funcție de nivelul veniturilor la lotul de studiu vs.lotul de control								
Nivelul veniturilor	Numărul de persoane aflate în întreținerea subiectului							
	Fără		1 Persoană		2 Persoane		Mai mult de 2 persoane	
Lot: (S=Studiu; C= Control)	Lot S	Lot C	Lot S	Lot C	Lot S	Lot C	Lot S	Lot C
Sub 500	0	2	0	0	0	0	1	0
500-1000	3	3	2	0	0	2	1	1
1001-1500	2	2	0	3	0	0	1	0
1501 - 2000	1	1	1	1	1	0	0	0
2001 - 2500	4	1	1	1	0	0	0	0
2501 - 3000	3	0	1	1	1	1	0	0
Peste 3000	5	2	2	2	0	1	0	0
	18	11	7	8	2	4	3	1

Tabelul nr. 3. – Persoane aflate în întreținerea subiecților la cele două loturi



Graficul nr. 2. – Persoane aflate în întreținerea subiecților – distribuție comparativă

Analizând distribuția loturilor în funcție de numărul de persoane aflate în întreținere și nivelul veniturilor, relația devine evidentă la persoanele cu venituri mari (vezi grafic nr.2), astfel: din cei 17 subiecți din lotul de studiu care au venituri mari, 12 subiecți (70,59%) nu au nici o persoană în întreținere, 4 (23,53%) au o singură persoană în întreținere, 1 subiect (5,88%) are 2 persoane în întreținere și nici un subiect nu are mai mult de două persoane în întreținere; comparativ, din cei 9 subiecți din lotul de control cu venituri similare, 3 (33,33%) nu au persoane în întreținere, 4 (44,44%) au o singură persoană în întreținere și 2 (22,22%) au 2 persoane în întreținere.

Din figura de mai sus se poate observa că în lotul de studiu proporția subiecților cu venituri mari care nu au obligații adiacente (deci venituri utilizabile în scop personal) este mai mare decât în lotul de control. Chiar dacă această diferență nu capătă semnificație statistică, tendința este evidentă și este probabil ca lipsa de semnificație să fie datorată numărului relativ mic de cazuri (17, respectiv 9), astfel încât pe un eșantion mai mare de populație care corespunde criteriului „persoane cu venituri mari” această evidență să capete semnificație statistică.

Situația poate fi explicată relativ rațional prin faptul că, pe lângă disponibilitatea de venituri mari, lipsa obligațiilor adiacente este un factor suplimentar care conduce la apelarea la intervențiile de chirurgie estetică.

4.1.2. Analiza parametrilor clinici generali.

Dintre comorbiditățile recunoscute ale TDC, am cercetat specific existența a două: depresia și anxietatea.

Anxietatea

Nivelul anxietății a fost determinat cu ajutorul scalei de anxietate Hamilton (HAM). Scala Hamilton conține 14 itemi care evaluează dispoziția anxioasă, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia, comportamentul și simptomele gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, vegetative și tensiunea musculară. Fiecare item este evaluat pe o scală de 5 ancore de la 0 = nici un simptom până la 4 = simptome severe și dizabilitante. Scorul total se întinde de la 0 la 56. Un scor peste 14 indică o anxietate cu semnificație clinică; prin consens se consideră că scorurile de la 14-17 indică o anxietate ușoară, 18-24 anxietate medie și 25-30 anxietate severă.

a). Lotul de studiu.

Nivelele de anxietate obținute de subiecții din lotul de studiu sunt prezentate în tabelul nr.4.

Nivelul anxietății	Lot de studiu			
	Număr subiecți	Număr cumulat	Procent (%)	Procent cumulat (%)
Fără anxietate clinică (scor HAM <14)	24	24	80.0	80.0
Anxietate ușoară (scor HAM 14-17)	0	0	0.0	80.0
Anxietate medie (Scor HAM 18-24)	5	29	16.7	96.7
Anxietate severă (scor HAM 25-30)	1	30	3.3	100.0

Tabelul nr. 4. – Nivelul anxietății la lotul de studiu

Se poate observa că 20% din subiecții din lotul de studiu prezintă anxietate medie și severă.

b). Lotul de control.

Nivelele de anxietate obținute de subiecții din lotul de control sunt prezentate în tabelul nr.5.

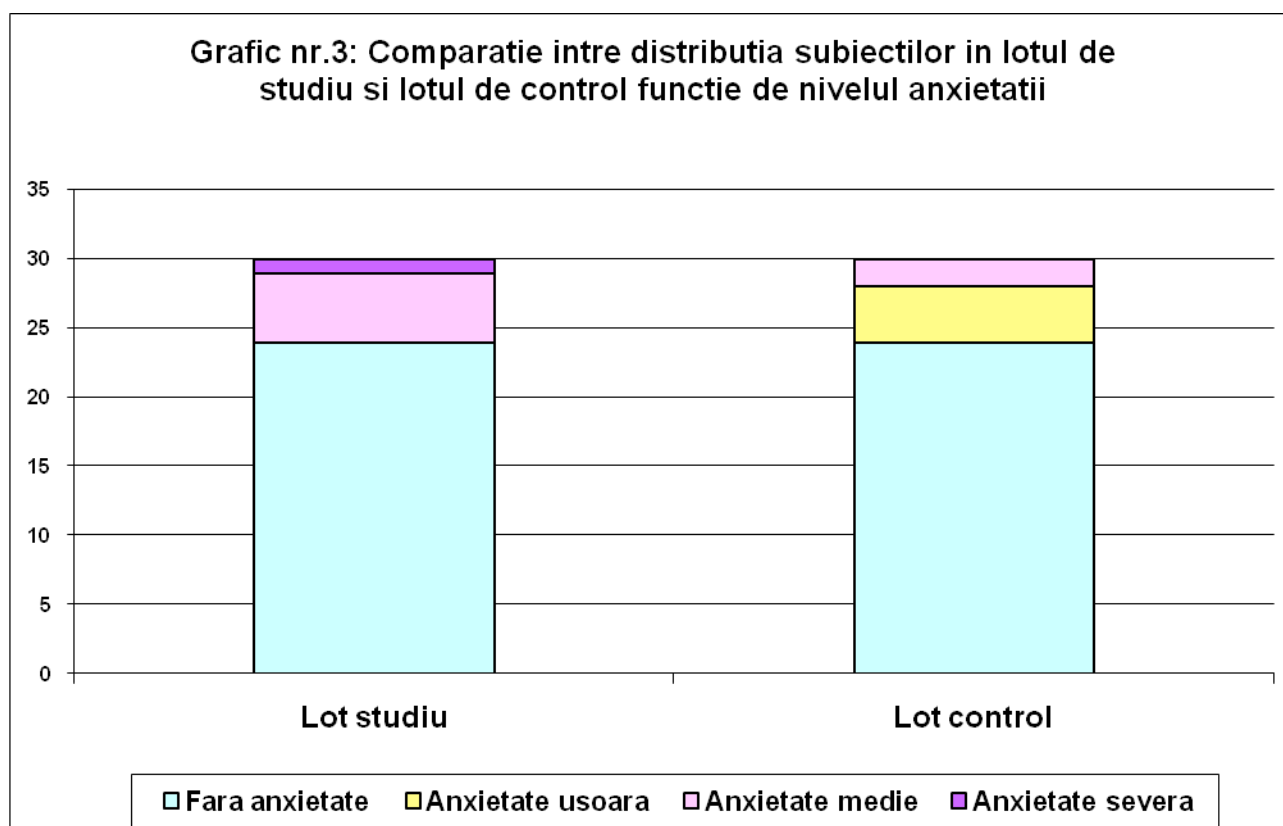
Așa cum se observă în graficul nr.3, în lotul de control 13.3% dintre subiecți prezintă anxietate ușoară și 6.7% anxietate medie; nici un subiect nu prezintă anxietate severă.

Deși o proporție similară de subiecți din ambele loturi nu au prezentat anxietate la nivel clinic, se poate observa că în lotul de studiu există o proporție mărită de subiecți cu anxietate medie (16.7% vs. 6.7%) și severă (3.3% vs. 0.0%) decât în lotul de control, dar fără ca aceste diferențe să capete relevanță statistică pe ansamblul lotului.

Valorile medii ale scorurilor scalei Hamilton la cele două loturi sunt prezentate în tabelul nr.6.

Tabelul nr.5: Distribuția subiecților din lotul de control în funcție de nivelul anxietății				
Nivelul anxietății	Lot de control			
	Număr subiecți	Număr cumulat	Procent (%)	Procent cumulat (%)
Fără anxietate clinică (scor HAM <14)	24	24	80.0	80.0
Anxietate ușoară (scor HAM 14-17)	4	28	13.3	93.3
Anxietate medie (Scor HAM 18-24)	2	30	6.7	100.0
Anxietate severă (scor HAM 25-30)	0	30	0.0	100.0

Tabelul nr. 5. – Nivelul anxietății la lotul de control

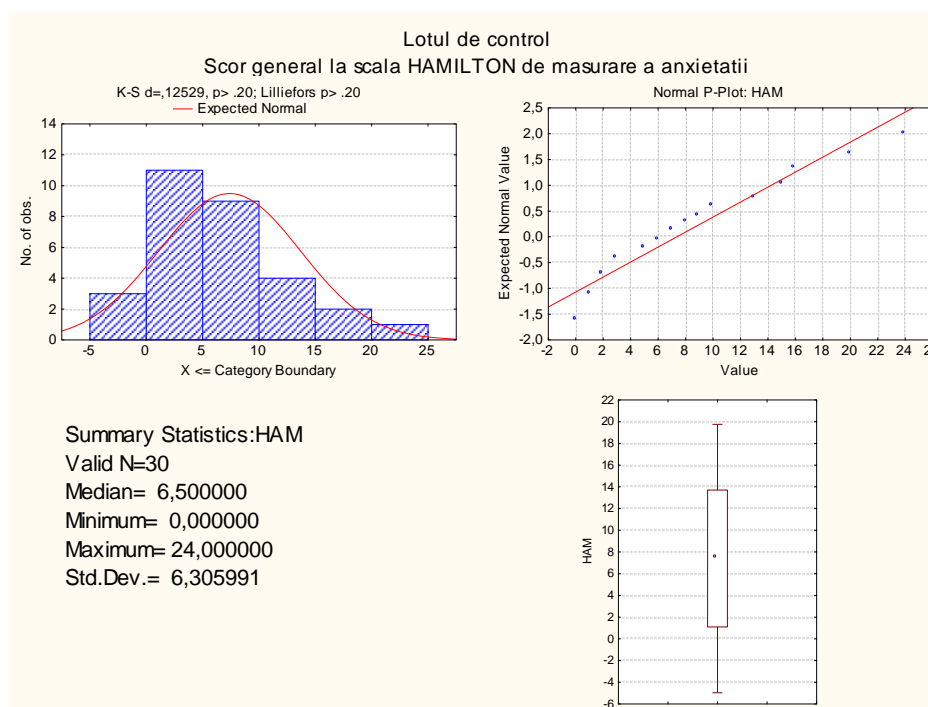


Graficul nr. 3. – Nivelul anxietății la cele două loturi – distribuție comparativă

Tabelul nr.6: Valorile medii ale scorurilor scalei Hamilton la cele două loturi				
Lot	Valoarea mediane	Valoarea minimă	Valoarea maximă	Deviația standard
De control	6.50	0.00	24.00	6.30
De studiu	4.00	0.00	26.00	8.11

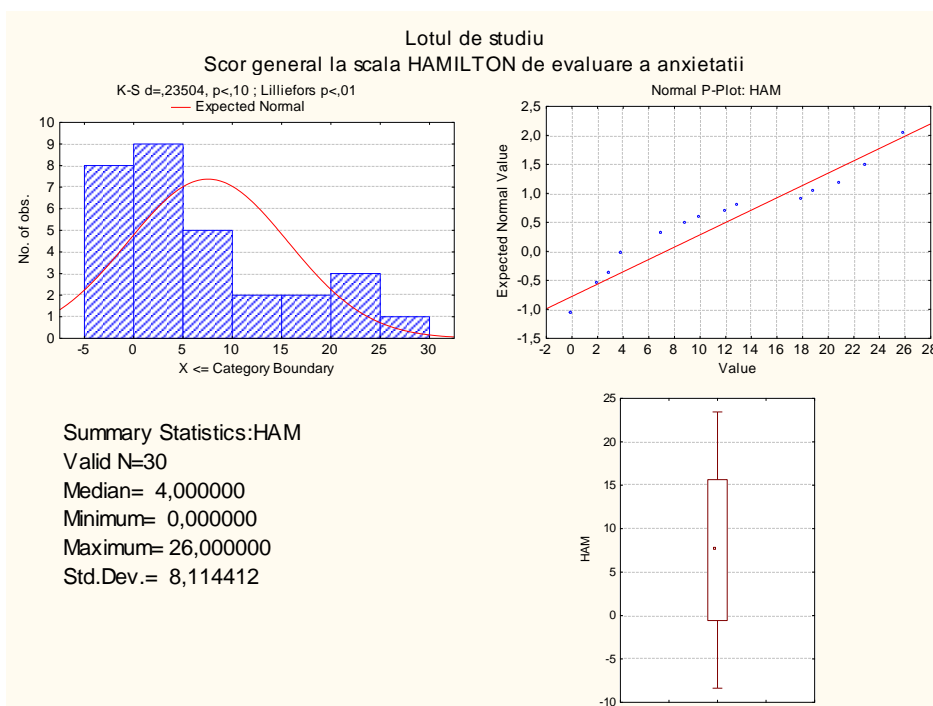
Tabelul nr. 6. – Valorile medii pe scala HAM la cele două loturi

In graficul nr.4 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de anxietate obținute la Hamilton pentru lotul de control.



Graficul nr. 4 – Histograma, distribuția valorilor și valorile medii HAM pentru lotul de control

In graficul nr.5 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de anxietate obținute la Hamilton pentru lotul de studiu.



Graficul nr.5: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii HAM pentru lotul de studiu

Analizând histogramele se observă la lotul de studiu o aglomerare a valorilor care corespund unor scoruri Hamilton de 20-30, aglomerare de valori care iese de sub "clopotul" gaussian corespunzător unei distribuții normale; comparativ, la lotul de control pentru aceeași plajă de valori a scorurilor (20-30) se obține o distribuție mult mai apropiată de cea normală. Prin urmare, lotul de studiu (cu limitările impuse de numărul mic de cazuri) prezintă totuși un număr de cazuri cu anxietate medie și mare care nu se înscrie într-o distribuție gaussiană corespunzătoare unei populații normale.

Este de presupus că prin analiza unui număr mai mare de cazuri s-ar putea stabili existența unei diferențe statistice semnificative și între nivelul general al anxietății între cele două loturi.

Rezultatele aplicării testului non-parametric Mann-Whitney U sunt prezentate în tabelul nr.7.

Tabelul nr.7: Rezultatele aplicării testului Mann-Whitney U pentru nivelele de anxietate la lotul de control vs.lotul de studiu				
Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
880.0	950.0	415.00	-0.519	p=0.612>0.05 nesemnificativ statistic

Tabelul nr. 7 – Diferențele dintre cele două loturi pe dimensiunea anxietate

Diferențele nu sunt semnificative statistic, indicând faptul că per ansamblu, nivelul anxietății nu este semnificativ diferit între cele două grupuri.

Absența diferenței semnificative între nivelele de anxietate la cele două loturi este explicabilă prin faptul că în cazul TDC anxietatea apare fie ca mecanism mal-adaptativ la nivelul de depresie, fie secundar trăirii conștiinței receptării „defectului” de către terțe persoane. În condițiile specifice de selectare a lotului nostru de studiu (persoane care au avut minim 2 intervenții de chirurgie estetică), incluși în lot în preajma unei noi intervenții chirurgicale menită să corecteze „defectul” receptat de persoană, este firesc ca acest tip de anxietate, care este secundară, să fie estompată sau chiar diminuată. De asemenea, este posibil ca absența diferențelor semnificative între cele două loturi în ceea ce privește nivelul anxietății să fie datorată faptului că subiecții din lotul de studiu au apelat la serviciile de chirurgie estetică conform unor particularități, cum ar fi: în majoritatea cazurilor, intervențiile anterioare pe care le-au suportat s-au desfășurat în cadrul aceleiași clinici, însă s-au axat pe o altă parte a corpului/trăsătură fizică decât cea pentru care solicitau intervenția actuală, iar gradul de satisfacție cu rezultatul intervenției anterioare a fost în general crescut. Astfel, având în vedere faptul că evaluarea subiecților din lotul de studiu s-a desfășurat înaintea derulării actului chirurgical propriu-zis, nivelul minim de anxietate se poate datora convingerii acestor subiecți în eficiența intervenției chirurgicale, aceștia având deja experiența unui tratament similar, cu rezultate evaluate pozitiv și având certitudinea intervenției imediate.

Anxietatea, fobia și obsesia, înțelese și interpretate antropologic, pot avea diverse intensități și forme de manifestare, care le pot plasa în zonele deja menționate ale normalității, reacțiilor psihopatologice, nevrozelor, perturbărilor patologice ale personalității, psihozelor endogene, tulburărilor psihoorganic-cerebrale [132].

Anxietatea exprimă în mare măsură: deficiența trăirii lumii ca spațiu, ce susține și orientează actele intenționale, semnificative și pragmatice [132]. Din perspectivă structurală (caracterial-biografică), anxietatea se articulează cel mai strâns cu nesiguranța de sine, cu lipsa de încredere, de înrădăcinare, de sentiment al identității cu sine. Evident, personalitatea se află acum în minus, la nivelul său structural. Dar acest minus este prezent în toate ariile fundamentale psihopatologice, ceea ce este specific la acest nivel – al anxietății – este sentimentul constant al nesiguranței și neîncrederii în sine, al orientării spre nevoia de protecție, sprijin, suport etc., exterior din partea altora [132]. În situația persoanelor cu TDC, sentimentul de insuficiență, nesiguranță sau neîncredere în sine este determinat de fapt de percepția și convingerea prezenței presupusului „defect”. Astfel, la o parte dintre aceste

persoane, nevoia de protecție și suport se poate materializa prin tendința de a camufla sau corecta presupusul „defect”, respectiv prin trecerea propriu-zisă la act, în sensul corectării acestuia prin intervenții chirurgicale estetice și dermatologice repetate.

Modalități aparte de conjuncție între anxietate și fobie întâlnim în cazul „fobiei sociale”, a persoanelor evitante și a trăirilor de tip relațional, în care subiectul are impresia că ceilalți „îl privesc în mod deosebit și îl comentează nefavorabil” [132].

Depresia

Nivelul depresiei a fost determinat cu ajutorul scalei Beck. Scala cuprinde un număr de 21 itemi, constituiți sub formă de afirmații. Pentru fiecare item sunt incluse 4 afirmații care caracterizează nivelul intensității unui simptom, de la absent la extrem de intens (0-3).

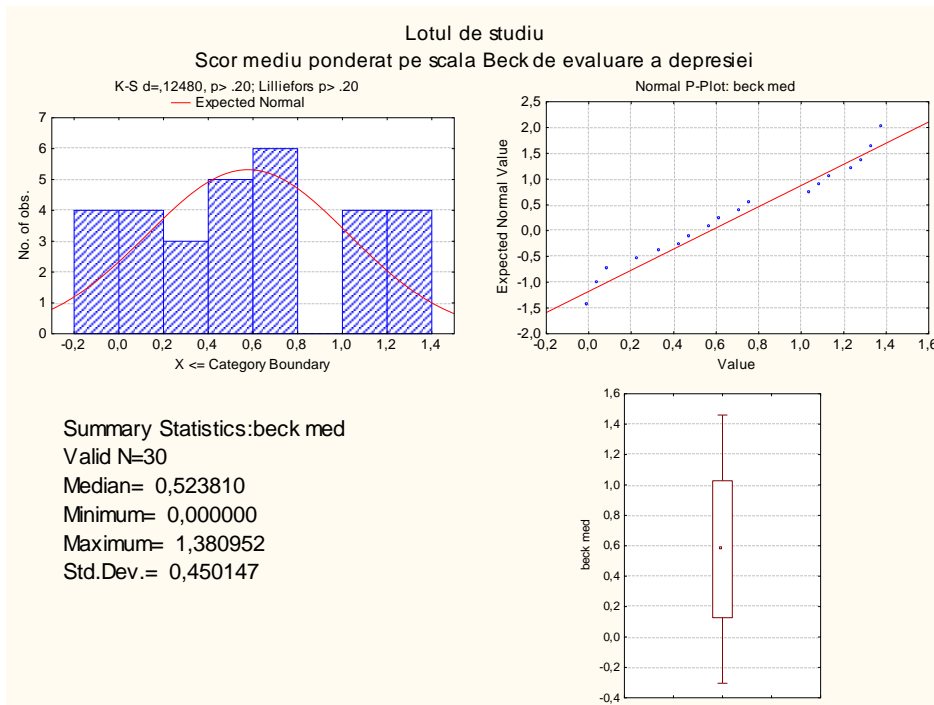
Scorul total pe scala Beck, calculat prin însumarea scorurilor la fiecare din cei 21 de itemi se împarte la 21 (numărul itemilor) obținându-se un scor mediu care se interpretează în felul următor:

0,5 - 1,2	—————→	Depresie ușoară
1,2 - 2	—————→	Depresie medie
2 - 2,5	—————→	Depresie severă
2,5 - 3	—————→	Depresie gravă cu risc suicidar

Pentru loturile cuprinse în studiu avem:

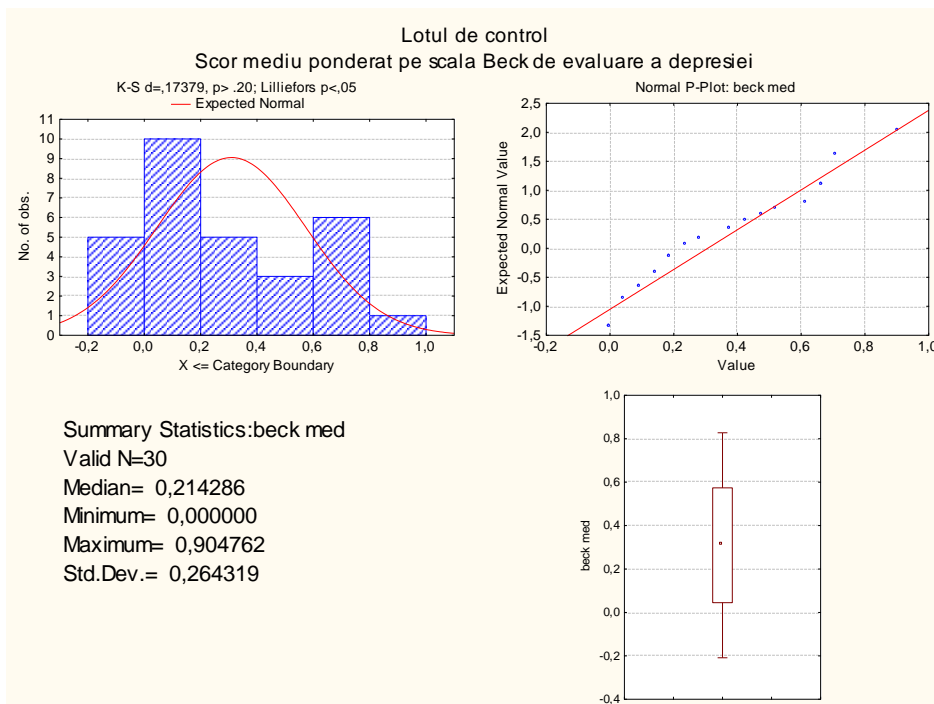
a). Nivelul depresiei la lotul de studiu:

În graficul nr.6 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de depresie obținute la Beck pentru lotul de studiu.



Graficul nr.6: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii Beck pentru lotul de studiu

In graficul nr.7 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de depresie obținute la Beck pentru lotul de control.



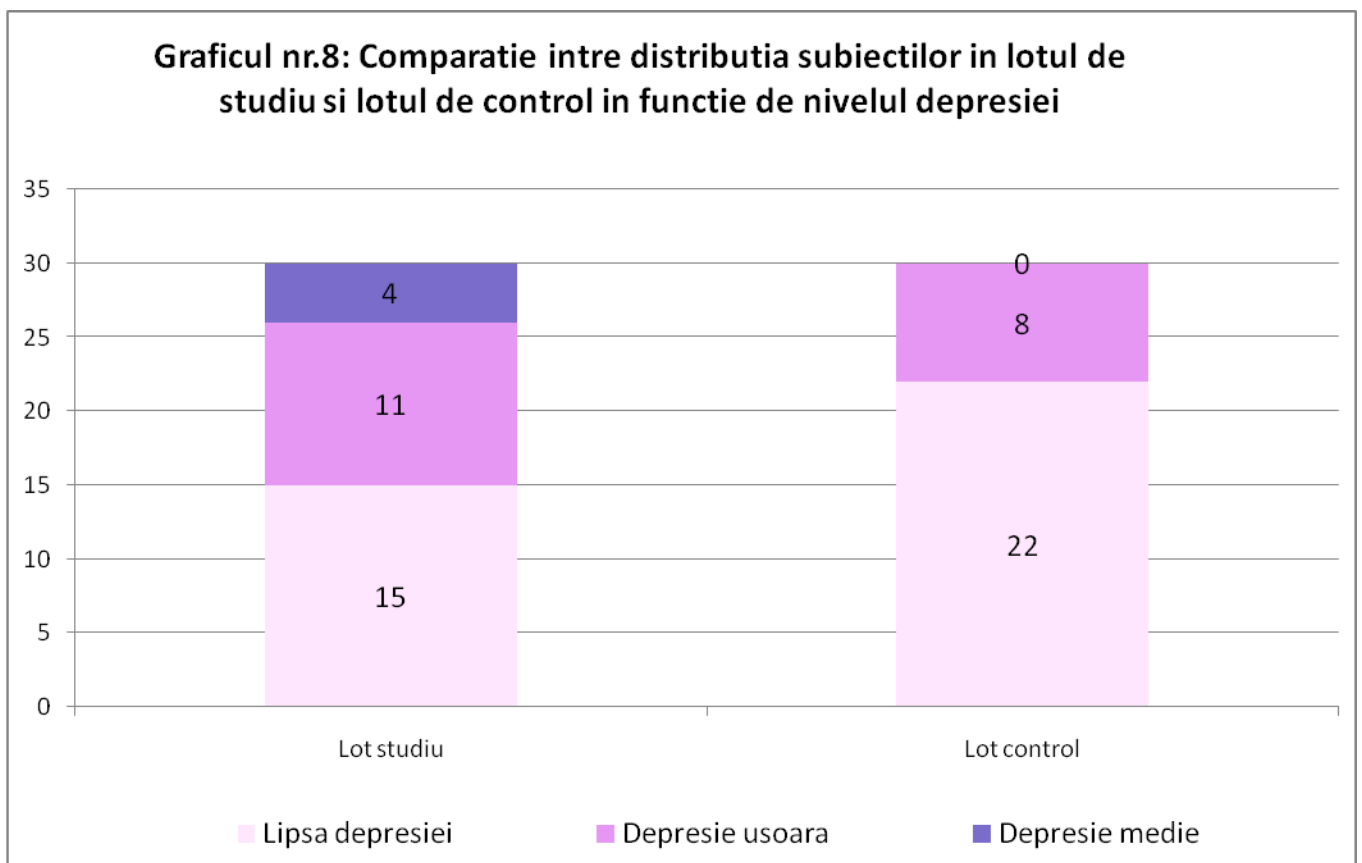
Graficul nr.7: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii Beck pentru lotul de control

Tabelul nr.8: Distribuția numărului de cazuri în funcție de nivelul depresiei la lotul de control și lotul de studiu

Scor Beck de depresie	Număr subiecți		Pondere subiecți (%)	
	Lot studiu	Lot control	Lot studiu	Lot control
<0.5 Lipsa depresiei	15	22	50.0	73.3
0.5-1.2 Depresie ușoară	11	8	36.7	26.7
1.2-2.0 Depresie medie	4	0	13.3	0.0

Tabelul nr. 8. – Distribuția subiecților în funcție de nivelul depresiei la cele două loturi

După cum se poate observa și din graficul nr.8, ponderea subiecților cu depresie ușoară și medie este mai mare în lotul de studiu decât în lotul de control (50.0% dintre subiecții din lotul de studiu prezintă depresie – în formă ușoară și medie, pe când în lotul de control doar 26.7% prezintă depresie ușoară).



Graficul nr. 8. – Nivelul depresiei la cele două loturi – distribuție comparativă

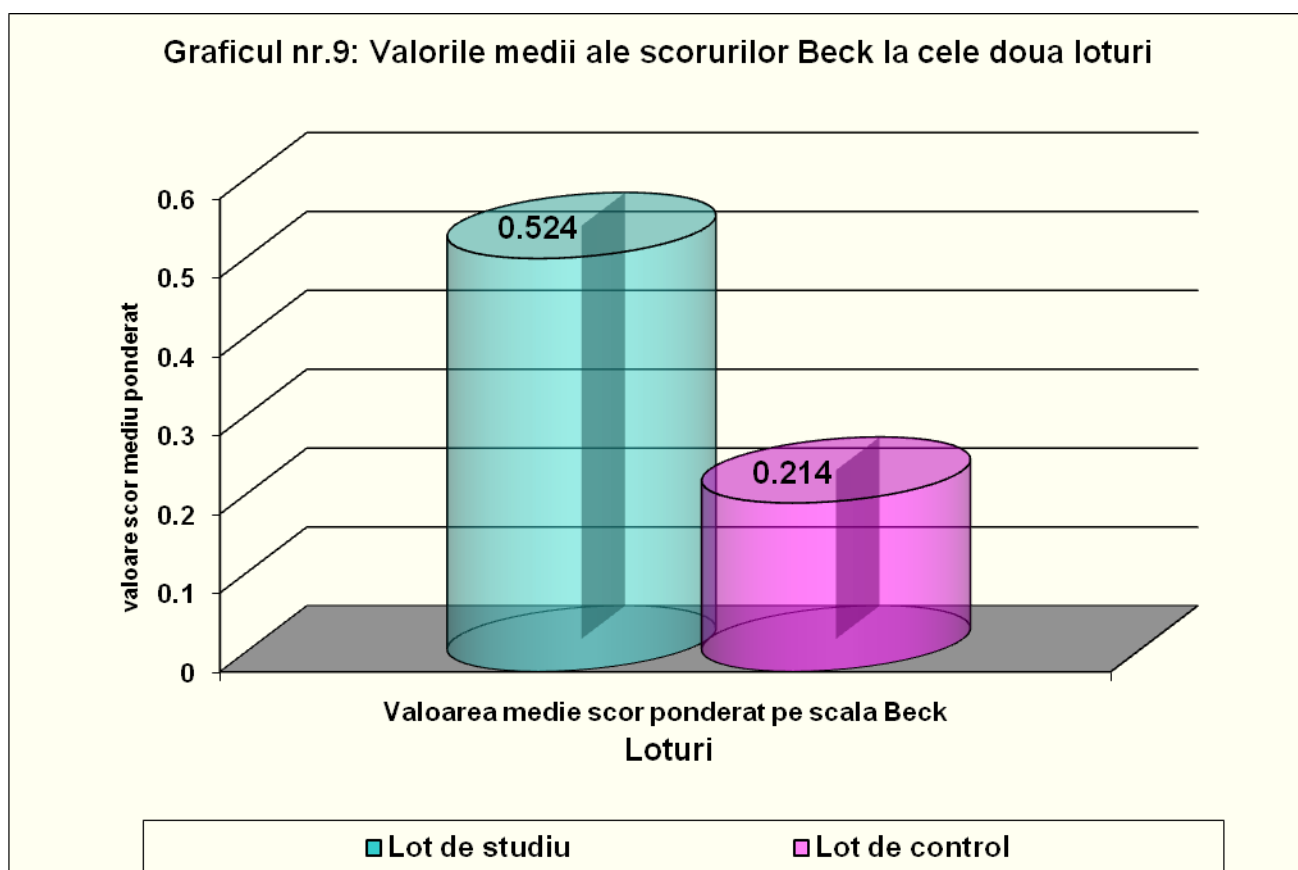
În tabelul nr.9 sunt prezentate scorurile medii ponderate obținute la scala Beck pentru cele două loturi.

Tabelul nr.9: Scorurile medii ponderate la scala Beck pentru cele două loturi				
Lot	Valoarea medianei	Valoarea minimă	Valoarea maximă	Deviația standard
De control	0.214	0.00	0.904	0.264
De studiu	0.524	0.00	1.38	0.450

Tabelul nr. 9. – Scorurile medii la scala BDI pentru cele două loturi

Se poate observa că la lotul de studiu valoarea medie a scorului pe scala Beck corespunde unei „depresii ușoare” și este mai mare decât valoarea medie a scorului pe scala Beck la lotul de control (care corespunde absenței depresiei).

O reprezentare grafică a diferențelor între mediile scorurilor ponderate Beck între cele două loturi este prezentată în graficul nr.9.



Graficul nr. 9. – Valorile medii la scala BDI la cele două loturi – distribuție comparativă

Pentru a determina dacă diferențele menționate mai sus sunt semnificative statistic s-a utilizat testul de comparație non-parametric Mann-Whitney U, ale cărui rezultate sunt prezentate în tabelul nr.10.

Tabelul nr.10: Rezultatele aplicării testului de comparație non-parametric Mann-Whitney U pentru nivelele de depresie la lotul de control vs.lotul de studiu				
Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
1059.5	770.5	305.5	2.1425	p=0.0319* Semnificativ statistic

Tabelul nr. 10. – Diferențe între cele două loturi pe dimensiunea depresie

Diferența este semnificativă statistic, ceea ce indică faptul că nivelul general al depresiei în lotul de studiu este mai ridicat decât în lotul de control. Valoarea medie a scorului pe scala Beck la lotul de studiu (0.524) corespunde unui nivel ușor al depresiei.

Această situație tinde să confirme ipoteza conform căreia există o etiologie comună între depresie și TDC. Omul devine depresiv pentru că a pierdut „ceva” care îl leagă de lume. Subiectul resimte faptul că a pierdut ceva determinat și identificabil: o persoană dragă, o avere, un ideal în care a crezut, o speranță, o așteptare legitimă, puterea de a acționa, stima de sine [132]. În cazul persoanelor cu TDC, pierderea constă în a avea un aspect fizic diferit de imaginea pe care persoana o consideră ca fiind ideală, respectiv în a-și percepe propria imagine ca fiind „defectuoasă”. Sentimentul pierderii și al atitudinii negative sunt caracteristice pentru depresie. La depresiv identitatea se retractează pe „ceva” minuscul, dar esențial: evaluarea demnității și stimei de sine, aflată și ea la limită, „pe cale de a dispărea întru vinovăție și moarte” [132]. Depresivul nu acționează, nu este interesat de lume, nu se acceptă pe sine ca fiind valorică, ci ca pe una necapabilă, neutilă, ca o ființă vinovată, ca un nimic [132]. Tendința și comportamentul autoagresiv al depresivului, mergând până la comportamentul suicidar realizat (sau automutilare) reprezintă una dintre caracteristicile esențiale ale acestui fenomen uman [132].

În ceea ce privește lotul de studiu, nivelul ușor al depresiei ar putea fi explicat prin faptul că subiecții din acest lot au avut cel puțin o experiență anterioară legată de modificarea pe cale chirurgical estetică a unui defect perceput la nivelul aspectului exterior și s-au apropiat astfel de imaginea corporală considerată ideală. Comparativ cu lotul de studiu, nivelul depresiei la subiecții din lotul de control ar putea fi explicat prin faptul că aceștia nu sunt atât

de preocupați de aspectul exterior și nu resimt o „pierdere” la nivelul imaginii ideale despre sine.

4.1.3. Frecvența comparativă a trăsăturilor de personalitate accentuată la cele două loturi.

Având în vedere specificul de cotare și interpretare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate accentuată, s-a realizat o comparație a frecvenței cu care se regăsesc în lotul de studiu (și, respectiv, lotul de control) cele 10 tipuri de trăsături accentuate ale personalității.

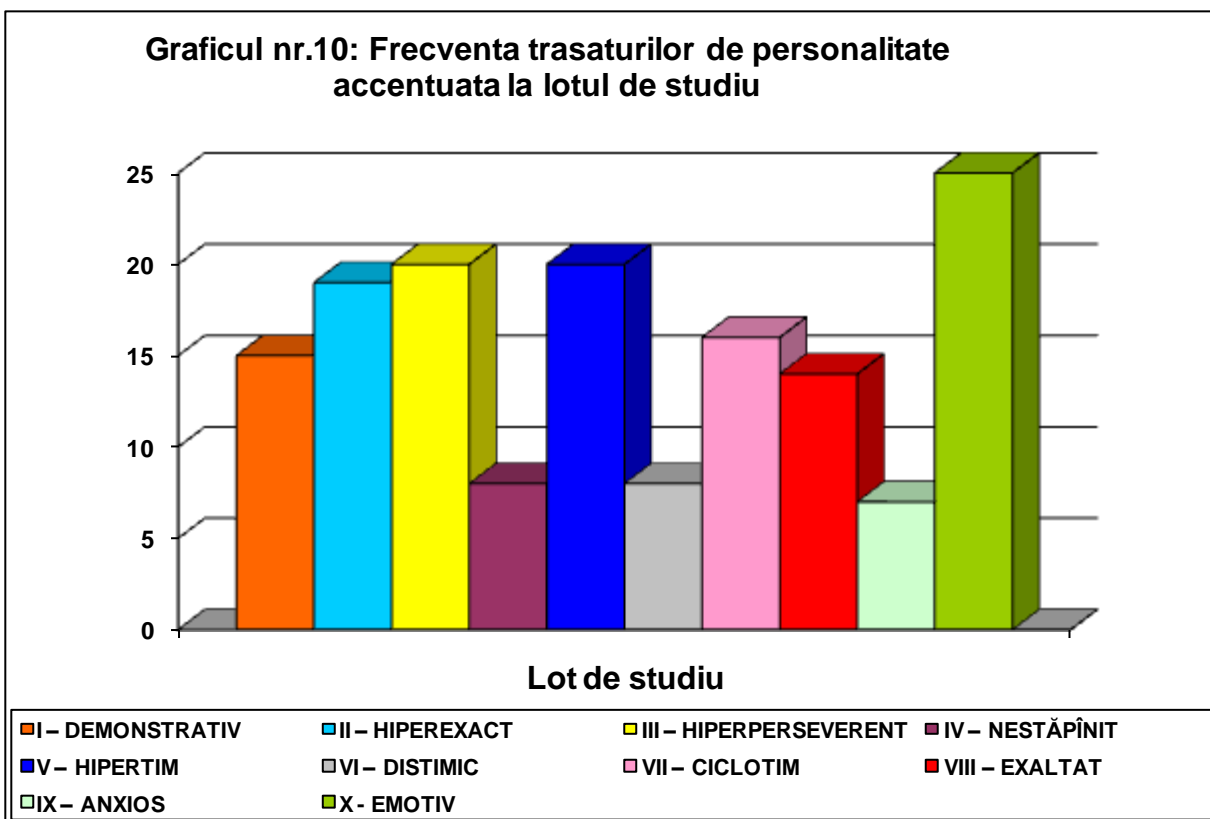
S-a considerat că o trăsătură de personalitate se poate considera accentuată în cazul în care subiectul a confirmat prezența a cel puțin 50% din caracteristicile tipului respectiv de personalitate (i.e. o cotă de 50% sau mai mult conform modului de cotare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate).

Tabelul nr.11: Distribuția persoanelor cu personalități accentuate în cele două loturi				
Trăsătură de personalitate	Lot de studiu		Lot de control	
	Număr de subiecți	%	Număr de subiecți	%
I – DEMONSTRATIV	15	50.0	16	53.3
II – HIPEREXACT	19	63.3	12	40.0
III – HIPERPERSEVERENT	20	66.7	18	60.0
IV – NESTĂPÎNIT	8	26.7	9	30.0
V – HIPERTIM	20	66.7	21	70.0
VI – DISTIMIC	8	26.7	7	23.3
VII – CICLOTIM	16	53.3	13	43.3
VIII – EXALTAT	14	46.7	11	36.7
IX – ANXIOS	7	23.3	7	23.3
X - EMOTIV	25	83.3	23	76.7

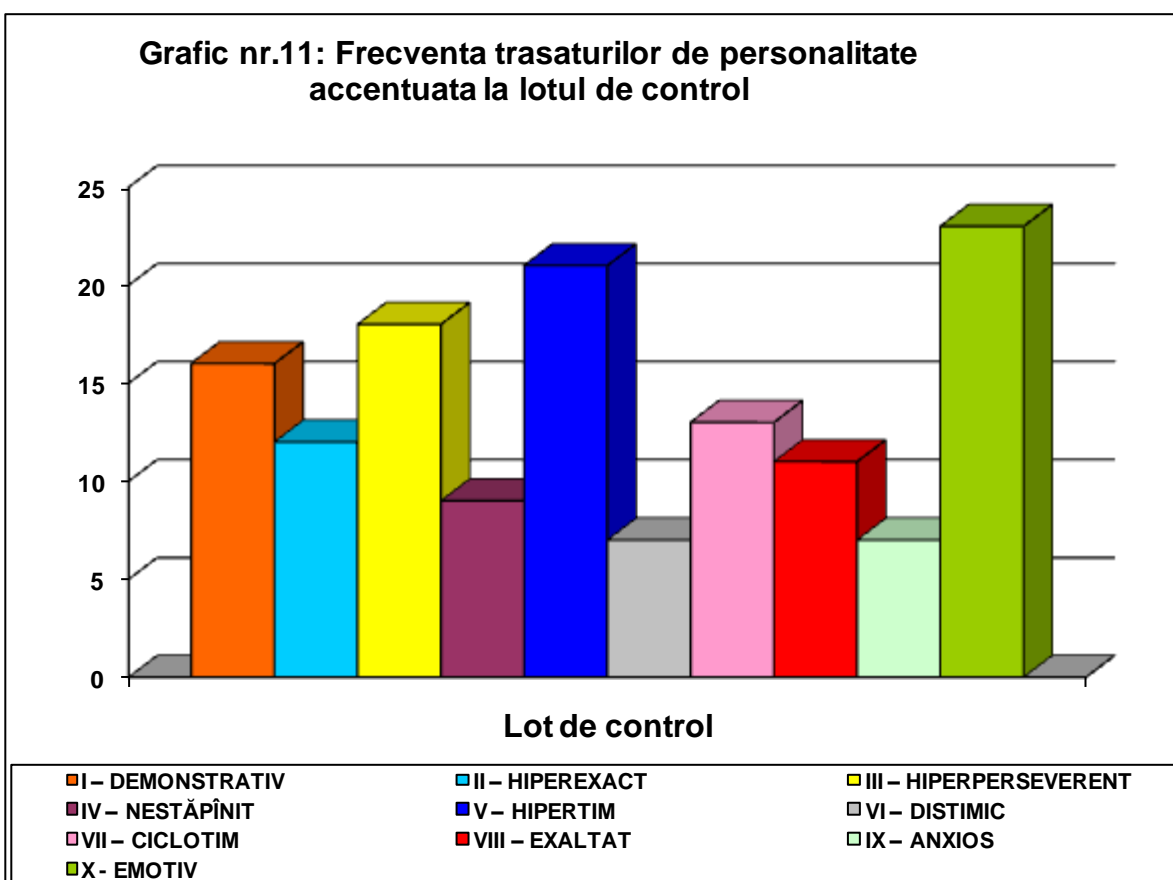
Tabelul nr. 11 – Distribuția trăsăturilor accentuate de personalitate la cele două loturi

În graficele nr.10 și 11 sunt reprezentate grafic profilurile pentru cele două loturi.

La nivelul lotului de studiu se observă predominanța trăsăturilor de personalitate de tip emotiv (83.3%), hiperperseverent și hipertim (66.7%) și hiperexact (63.3%) trăsături care se regăsesc (accentuate) la mai mult de 60% din totalul subiecților din lotul de studiu.



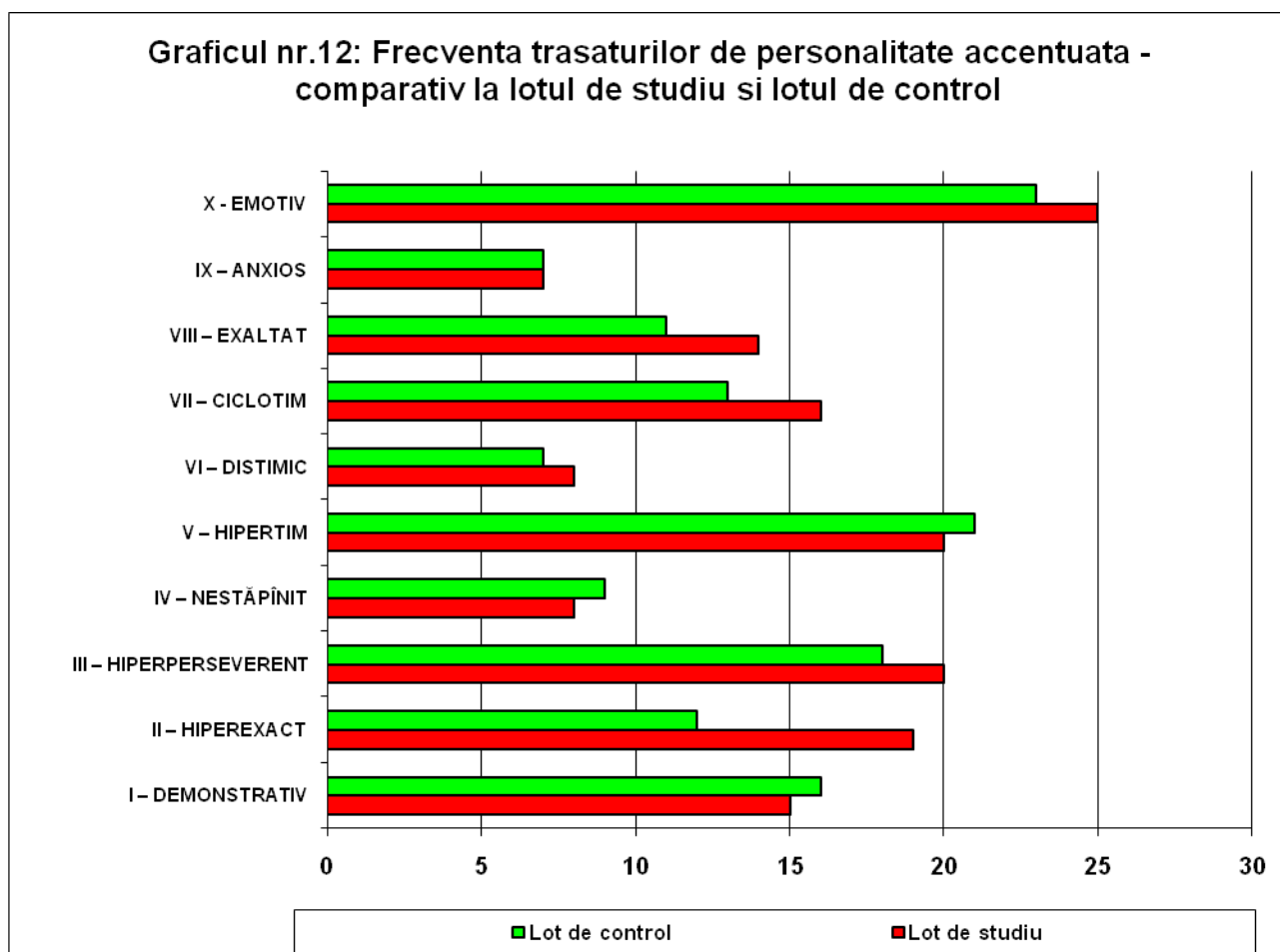
Graficul nr. 10 – Frecvența trăsăturilor accentuate de personalitate la lotul de studiu



Graficul nr. 11 - Frecvența trăsăturilor accentuate de personalitate la lotul de control

La lotul de control trăsăturile de personalitate de tip "emotiv" și "hipertim" se regăsesc și ele (accentuate) la peste 60% din subiecți; totuși, după cum se poate observa din graficul comparativ de mai jos (graficul nr.12), cu excepția tipului "hipertim" toate trăsăturile accentuate sunt mai puțin frecvente la lotul de control decât la lotul de studiu.

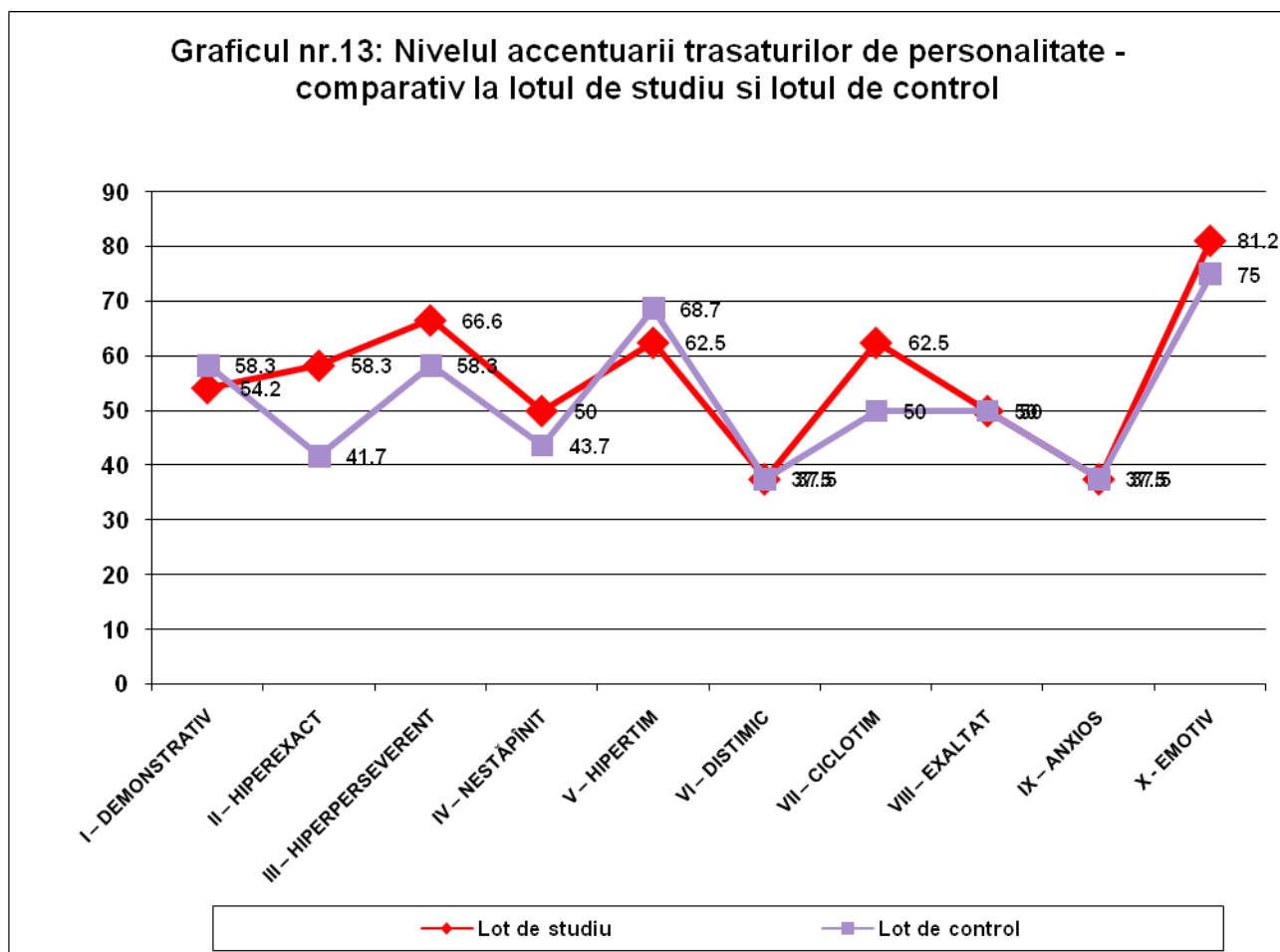
Aplicarea testului χ^2 nu indică diferențe semnificative între frecvențe



Graficul nr. 12 – Frecvența trăsăturilor accentuate de personalitate la cele două loturi – distribuție comparativă

În ceea ce privește nivelele intensității cu care sunt prezente diversele trăsături de personalitate sunt prezentate în Graficul nr.13.

Conform modului de cotare a chestionarului, intensitatea prezenței caracteristicii este exprimată sub formă procentuală. Schmieschek - bazându-se pe unele date experimentale - avansează ideea că se poate vorbi de o "accentuare" în cazul în care numărul de răspunsuri DA trece de 50%, adică mai mult de jumătate din numărul de întrebări specifice fiecăreia din cele 10 grupe de simptome.



Graficul nr. 13 – Gradul accentuării trăsăturilor de personalitate la cele două loturi – distribuție comparativă

Conform acestei interpretări, pe ansamblul lotului de studiu putem vorbi de identificarea unor trăsături de personalitate de tip emotiv, hiperperseverent și hipertim, iar la lotul de control de trăsături de personalitate de tip emotiv, hipertim și hiperperseverent și demonstrativ.

Pentru lotul de studiu este evidentă atât intensitatea crescută a trăsăturilor de personalitate de tip hiperexact și hiperperseverent (58.3%vs.41.7, și 66.6% vs. 58.3%) cât și ciclotim (62.5% vs 50.0%) și emotiv (81.2% vs 75.0%); de asemenea, trăsăturile de personalitate accentuate de tip hiperexact și hiperperseverent sunt mai frecvente subiecții din lotul de studiu decât la cei din lotul de control (63.3% vs. 40.0% și respectiv 66.7% vs. 60.0%).

Tabelul nr.12: Nivelul intensității trăsăturilor de personalitate la cele două loturi		
Trăsătură de personalitate	Media intensității caracteristicii la lotul de studiu	Media intensității caracteristicii la lotul de control
I – DEMONSTRATIV	54,2	58,3
II – HIPEREXACT	58,3	41,7
III – HIPERPERSEVERENT	66,6	58,3
IV – NESTĂPÎNIT	50,0	43,7
V – HIPERTIM	62,5	68,7
VI – DISTIMIC	37,5	37,5
VII – CICLOTIM	62,5	50,0
VIII – EXALTAT	50,0	50,0
IX – ANXIOS	37,5	37,5
X - EMOTIV	81,2	75,0

Tabelul nr. 12 – Gradul intensității trăsăturilor de personalitate la cele două loturi

Datele din literatura de specialitate, în special studiile comparative, au relevat de asemenea prevalența comorbidității TDC cu tulburările de personalitate; de pildă, conform rezultatelor obținute pe un lot de 70 de pacienți diagnosticați cu tulburare de personalitate de tip borderline, prevalența TDC era de 54.3% [133]. Alte cercetări atestă, alături de comorbiditatea TDC cu alte tulburări psihiatrice, precum: TOC (31.9%), episodul depresiv major (21.3%) sau fobia socială (17%), asocierea frecventă a acestei tulburări cu tulburarea de personalitate de model obsesional/anankast [134].

Cele mai cunoscute cercetări din domeniu indică o frecvență înaltă a comorbidității TDC cu tulburările de personalitate, la nivelul eșantioanelor studiate; în acest sens, multă vreme credința generală era că majoritatea pacienților cu TDC suferă de tulburări de personalitate de tipul celei schizoide, narcisice sau obsesiv-compulsive și tind să prezinte simptome senzitiv-relaționale, temperament introvert, perfecționism sau inconsecvențe la nivel comportamental. Cu toate acestea, la ora actuală datele disponibile în literatura de specialitate sunt încă limitate la acest nivel de cercetare. Menționăm câteva dintre cele mai citate studii:

Rezultatele unei cercetări efectuate pe un eșantion de 148 de pacienți cu TDC au relevat prevalența comorbidității cu tulburările de personalitate la un număr de 74 dintre acești subiecți. Dintre aceștia, distribuția era în felul următor: 44 subiecți (57%) – min. 1 diagnostic TP (cea mai frecventă = TP anxios-evitantă (43%), apoi TP dependentă (15%), TP OC (14%) și TP paranoidă (14%)); de asemenea, acești pacienți au înregistrat scoruri relativ scăzute pe dimensiunile extraversie, respectiv valori înalte pe dimensiunea neuroticism [54].

Un alt studiu, datând din anul 1996 și efectuat pe un lot de 50 de persoane cu TDC, a relevat următoarele rezultate: 72% dintre pacienții cu TDC mai aveau cel puțin un diagnostic de tulburare de personalitate, 48% fuseseră diagnosticați cu cel puțin două astfel de tulburări, la 26% numărul diagnosticelor cu tulburări de personalitate se ridica la minim 3, în timp ce la 4% dintre subiecți prevalența în diagnosticul psihiatric a diferitelor tulburări de personalitate era minim patru [51]. La nivelul aceluiași lot de pacienți, cele mai frecvente tulburări de personalitate asociate simptomelor TDC erau: cea anxios-evitantă (38%), paranoidă (38%) și obsesiv-compulsivă/anankastă (28%), în timp ce într-un procentaj mai restrâns s-au evidențiat trăsături arondate tulburării de personalitate pasiv-agresive (16%), dependente (12%), histrionice (8%), narcisice (6%) și borderline (6%) [51].

Un alt studiu, efectuat pe un lot de 17 pacienți cu TDC care urmau tratament medicamentos cu Clomipramină, respectiv Desipramină, a raportat următoarele rezultate în ceea ce privește comorbiditatea TDC cu tulburările de personalitate: media pacienților diagnosticați cu cel puțin o tulburare de personalitate era de 2.53; dintre acești pacienți, un procent de 87% îndeplinea criteriile de diagnostic pentru cel puțin o tulburare de personalitate, iar la 53% criteriile de diagnostic erau satisfăcute pentru cel puțin 2 asemenea tulburări; cele mai frecvente tulburări de personalitate relevate au fost cele din clusterul C, această comorbiditate determinând nivele semnificative ale disfuncționalității în viața zilnică [135].

4.1.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”, prescurtat *BDDE-SR*, este un chestionar complex care urmărește identificarea gradului de satisfacție/insatisfacție a subiecților privind aspectul lor corporal.

Prima parte a chestionarului urmărește identificarea părților corporale a căror aspect produce cel mai mare discomfort subiectului.

A doua parte a chestionarului urmărește identificarea mijloacelor/măsurilor la care recurge subiectul pentru a modifica părțile corporale a căror aspect îl nemulțumeste sau aspectul corporal general.

Cea de-a treia parte a chestionarului urmărește identificarea gradului de insatisfacție a subiectului față de aspectul corporal.

Pentru prima parte a chestionarului am trecut în revistă numărul subiecților care s-au arătat nemulțumiți de aspectul corporal al diverselor părți ale corpului lor, situația fiind prezentată în tabelul nr.13.

Tabelul nr.13: Clasamentul părților corpului care produc cel mai mare disconfort					
Lot:	Nr de subiecți care au plasat partea de corp pe:				
	Locul 1	Locul 2	Locul 3	Locul 4	Locul 5
De studiu	Talie (10 sub)	Sâni (10 sub)	Nas (6 sub)	Fund (5 sub)	Gambe (3 sub)
De control	Talie (6 sub)	Talie (5 sub)	Talie (5 sub)	Coapse (4 sub)	Gambe (3 sub)

Tabelul nr. 13 – Clasamentul zonelor corporale care produc cel mai intens disconfort

Cei mai mulți subiecți din ambele loturi par să fie cel mai nemulțumiți de aspectul taliei; în ceea ce privește subiecții din lotul de studiu, sânii se situează pe al doilea loc ca importanță în "topul nemulțumirii" la cei mai mulți subiecți, pe când la lotul de control sânii au fost plasați cel mai frecvent pe locul 5.

De asemenea, la lotul de studiu, nasul este pe locul 3 ca parte a corpului care produce cea mai mare nemulțumiri, pe când la lotul de control opiniile sunt foarte împărțite, nasul fiind plasat de subiecții din lotul de control pe locuri de la 1-5.

Observăm o frecvență crescută la lotul de studiu a importanței acordată sânilor și nasului, iar la lotul de control o importanță crescută acordată taliei.

Se poate observa că părțile corpului care provoacă cel mai frecvent discomfort subiecților sunt: talia, sânii, șoldurile, fundul, coapsele, nasul și părul (de pe scalp). Pentru aceste variabile s-a utilizat testul de comparație a frecvențelor χ^2 pentru identificarea diferențelor semnificative statistic. Rezultatele testului au indicat că nu există diferențe semnificative statistic între cele două loturi.

Totuși, se poate observa că la lotul de control predomină nemulțumirea față de aspectul taliei (53.3%), a coapselor (33.3%), a fundului (26.7%), gambelor (23.3%), șoldurilor (23.3%), sânilor (23.3%), nasului (16.7%); la lotul de studiu predomină nemulțumirea față de aspectul taliei (53.3%), sânilor (46.7%), șoldurilor (36.7%), fundului (26.7%), coapselor (23.3%), nasului (23.3%).

Conform datelor din literatura de specialitate, persoanele diagnosticate cu TDC sunt preocupate îndeosebi de anumite zone corporale. Pielea (tenul), părul și nasul sunt cele mai frecvente zone țintă de preocupare. Statistica în ceea ce privește preocuparea pentru anumite segmente (sâni, organe genitale) este eronată, în sensul minimalizării, motivul fiind jena de a vorbi despre aceste zone corporale.

Din cercetările lui K. Phillips [44] reiese că cel mai frecvent segment țintă al preocupărilor îl reprezintă pielea (tenul). Pentru două treimi din cei cu preocupare pentru

piele, aceasta este în legătură cu acneea sau cicatricile, pentru o treime în legătură cu pete ale pielii, iar pentru o pătrime în legătură cu culoarea pielii (tipic roșeața sau paloarea). Orice aspect al pielii poate deveni ținta preocupării: porii prea deschiși, vascularizația superficială (venectaziile, capilarele), riduri de expresie pe care le consideră semne ale îmbătrânirii.

Părul este un alt segment țintă foarte frecvent, aspecte ca cele ce urmează fiind considerate defectuoase: subțierea părului, lipsa luciului, caracteristici structurale ale firului de păr (prea creț sau prea drept), aspectul dezordonat și pierderea (alopecia sau calviția) și pilozitatea corporală sau facială excesivă. Sexul masculin este mai frecvent preocupat de subțierea și pierderea părului și aspectul bărbii percepute ca prea rară, prea deschisă la culoare, excesivă.

Nasul este, în ordinea frecvenței preocupărilor, al treilea organ țintă. Aproximativ 60% din cei cu preocupare pentru nas consideră ca acesta este prea lat. Peste 25% din aceștia consideră nasul ca fiind borcănat, prea lung sau greșit dimensionat. Mai puțin frecvent și în special după rinoplastie, nasul este perceput ca prea mic sau fragil. Indivizii cu preocupare excesivă pentru nas sunt predispuși la a apela la rinoplastie (repetată).

Aproximativ 22% dintre pacienții cu TDC sunt preocupați de greutate, femeile fiind predominant preocupate de aspectul supraponderalității sau supradimensionării.

Rezultatele obținute la nivelul prezentului studiu pot fi explicate prin faptul că subiecții cuprinși în lotul de studiu, nefiind propriu-zis diagnosticați cu TDC, nu sunt atât de preocupați de defecte minore la nivelul aspectului fizic, preocuparea acestora axându-se îndeosebi pe trăsături fizice majore, observabile, cum ar fi: talie, sâni, șolduri, fund, coapse, respectiv nas. De menționat ar mai fi faptul că solicitările acestor subiecți în ceea ce privește intervenția actuală pot fi considerate absolut pertinente din punct de vedere obiectiv, în sensul unui defect vizibil și observabil de către o terță persoană.

În ceea ce privește lotul de control, rezultatele obținute au relevat faptul că preocupările acestor subiecți sunt oarecum similare cu cele ale subiecților din lotul de studiu în ceea ce privește predilecția pentru anumite arii/zona corporale. Este posibil ca acești subiecți să nu fi apelat la intervenții chirurgicale estetice pentru corectarea acestor defecte (și astfel să nu fi fost incluși în lotul de studiu) datorită veniturilor mai reduse, persoanelor aflate în întreținere, unui statut socio-profesional inferior etc.

Importanța acordată de subiecți trăsăturii corporale care le induce cel mai mare disconfort (plasată pe locul 1 în prima parte a scalei BDDE) este investigată în partea a III-a a scalei. Pentru itemii din această secțiune a scalei s-a utilizat testul Mann-Whitney U Test pentru a evidenția diferențele între cele două loturi sub acest aspect. Rezultatele semnificative

sunt prezentate în tabelul nr.14. In paranteză este prezentat răspunsul corespunzător scorului brut mediu per lot.

Tabelul nr.14: Itemii BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi					
Întrebare	Suma rangurilor		U	Z (corectat)	p-level (corectat)
	Lotul de control	Lotul de studiu			
Cât de des ați încercat să cereți celorlalți să vă asigure că respectiva trăsătură fizică nu este atât de anormală și gravă cum credeți dvs?	794.5 Nu am cerut acest lucru	1035.5 1-3 zile	329.5	-2.096	0.036
Cât de des v-ați gândit la trăsătura dvs fizică și v-ați simțit afectat de acest lucru?	740.0 1-3 zile	1090.0 4-7 zile (mă gândesc la trăsătură o dată sau de două ori pe săptămână și mă supără acest lucru (2.46)	275.0	-2.673	0.0075
Cât de des ați simțit că alții observau sau acordau atenție trăsăturii dvs fizice?	771.0 1-3 zile	1059.0 4-7 zile (o dată sau de două ori pe săptămână)	306.0	-2.22	0.027
Cât de mult v-a afectat faptul că ați simțit că alții observau sau acordau atenției trăsăturii dvs fizice?	771.5 Puțin afectat, indiferent cine observă	1058.5 Sunt puțin afectat atunci când anumiți oameni observă	306.5	-2.16	0.030
Cât de importantă este imaginea dvs fizică pentru modul în care vă evaluați persoana?	711.5 Oarecare importanță (imaginea este un aspect al autoevaluării)	1118.5 Importanță moderată (imaginea este unul dintre aspectele principale ale autoevaluării) - extrem de multă importanță	246.5	-3.14	0.0016
Cât de negativ v-ați evaluat ca persoană datorită trăsăturii dvs fizice?	645.0 Oarecare evaluare negativă	1185.0 Evaluare negativă moderată ca intensitate	180.0	-4,23	0.000023
Cât de negativ ați simțit că vă evaluează ceilalți ca persoană datorită trăsăturii dvs fizice?	741.0 Oarecare evaluare negativă din partea celorlalți	1089,0 Evaluare negativă moderată ca intensitate din partea celorlalți	276.0	-2,72	0.006575
Cât de atractiv fizic credeți că vă consideră ceilalți?	752.0 Atractiv, sau	959.0 Destul de	287.0	-2,27	0.023404

Tabelul nr.14: Itemii BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi					
Întrebare	Suma rangurilor		U	Z (corectat)	p-level (corectat)
	Lotul de control	Lotul de studiu			
	nu complet neatrăgător	neatrăgător			
Cât de frecvent ați evitat situațiile profesionale sau sociale alături de prieteni, rude sau cunoștințe deoarece nu vă simțeați confortabil cu trăsătura dvs fizică?	800.0 Nu am evitat situațiile sociale	1030.0 Uneori	335.0	-2.14	0.032
Cât de frecvent v-ați modificat poziția sau mișcările corpului pentru a vă ascunde trăsătura fizică sau a abate atenția celorlalți de la aceasta?	737.0 1-3 zile	1093.0 4-7 zile (o dată sau de două ori pe săptămână)	272.0	-2.82	0.004735
Cât de frecvent v-ați comparat imaginea fizică cu imaginea altor persoane din jurul dvs sau pe care le-ați văzut în magazine sau la televizor?	766.0 1-3 zile	1064.0 4-7 zile (m- am comparat cu ceilalți o dată sau de două ori pe săptămână)	301.0	-2.29	0.021800

Tabelul nr. 14 – Itemii chestionarului BDDE-SR la care s-au înregistrat diferențe între loturi

Diferențele semnificative la itemii de sinteză ai BDDE-SR sunt prezentate în tabelul nr.15.

Tabelul nr.15: Itemii de sinteză BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi					
Itemii	Suma rangurilor		U	Z (corectat)	p-level (corectat)
	Lotul de control	Lotul de studiu			
BDDE 1-15 Importanța acordată trăsăturii fizice care produce cel mai mare disconfort	735.5	1094.5	270.5	-2.65	0.0072
BDDE 17-25 Modificarea comportamentului datorită disconfortului produs de trăsătura fizică	788.5	1041.5	323.5	-1.87	0.061
BDDE 6,7, 8, 12,13 Importanța trăsăturii fizice care produce disconfort pentru valoarea persoanei (stima de sine)	704.0	1126.0	239.0	-3.13	0.0017
Scor total	756.5	1073.5	291.5	-2.344	0.0191

Tabelul nr. 15 – Itemii de sinteză ai chestionarului BDDE-SR la care s-au înregistrat diferențe semnificative între loturi

Media scorului total la scala BDDE-SR pentru lotul de studiu este de 47.46 puncte, iar pentru lotul de control de 31.97 puncte.

Din aceste răspunsuri se pot observă următoarele diferențe între subiecții din lotul de studiu și cei din lotul de control:

- Subiecții din lotul de studiu se gândesc mai des la aceea trăsătură fizică care îi deranjează, acordă o mai mare parte din timpul lor preocupării privind aspectul corporal și îndeosebi părților corpului care îi deranjează; totodată, aceste preocupări au și conotații afective (disconfort marcat);

- Subiecții din lotul de studiu tind să atribuie preocuparea și disconfortul lor privind trăsătura fizică și celorlalți;

- Pentru subiecții din lotul de studiu imaginea corporală este foarte importantă pentru modul în care privesc (se auto-evaluează) ca persoane; mai mult, ei tind să considere că și ceilalți oameni acordă aceeași importanță imaginii corporale;

- Importanța acordată imaginii corporale și sentimentul de disconfort față de o anumită trăsătură fizică duce chiar la modificarea comportamentului și evitarea situațiilor sociale.

Subiecții din lotul de studiu au o imagine despre sine și lume mult mai centrată pe corporalitate decât subiecții din lotul de control; leagă în mod intrinsec valoarea unei persoane (și pe a lor proprie) de aspectul corporal și tind să considere în mod implicit că și celelalte persoane împărtășesc acest mod de a privi lucrurile.

În acest context este de înțeles că aceste persoane sunt mai dispuse de a interveni activ asupra corporalității lor.

Conform datelor disponibile în literatura de specialitate, în ultima decadă cercetările s-au focusat îndeosebit asupra relației dintre TDC și intervențiile chirurgicale estetice [136]. A fost propus un model teoretic pentru a ilustra această legătură, sugerând faptul că insatisfacția cu imaginea corporală s-ar putea distinge ca factor motivațional principal în solicitarea repetată a intervențiilor chirurgicale estetice [137]. Pe scurt, respectivul model postulează faptul că poziționarea persoanei față de propriul corp are la bază două dimensiuni fundamentale: „valența” sau „investiția” – importanța acordată imaginii corporale în ceea ce privește nivelul stimei de sine – respectiv „valoarea” sau „evaluarea” – adică gradul de satisfacție sau insatisfacție cu propriul aspect exterior. Conform acestui model, persoanele la care nivelul stimei de sine se bazează considerabil pe imaginea corporală (cele cu nivele înalte ale „valenței” sau „investiției”), precum și cele care prezintă grade înalte ale insatisfacției legate de aspectul fizic (cele care își evaluează negativ propria imagine corporală) tind să fie mai predispuse la solicitarea intervențiilor chirurgicale estetice într-un mod repetitiv. Conform unor studii empirice, la nivelul pacienților din sfera chirurgiei

estetice s-au constatat grade mai mari de „investiție”, respectiv „insatisfacție” referitor la propria imagine corporală înainte de intervenția chirurgicală propriu-zisă [138, 139, 140]; alte cercetări au relevat anumite ameliorări în ceea ce privește imaginea corporală în perioada postoperatorie [141, 142, 143].

Deși în general se consideră că, în ceea ce privește pacienții din sfera chirurgiei estetice, sunt de așteptat grade crescute ale insatisfacției cu imaginea corporală, o anumită parte dintre acești pacienți apelează la aceste intervenții în baza unei profunde insatisfacții cu imaginea de sine, pe fondul TDC; astfel, prevalența persoanelor cu TDC în rândul pacienților de chirurgie estetică se plasează între 3% și 15% [144].

Anumite studii longitudinale asupra eficienței tratamentului chirurgical estetic la persoanele cu TDC au relevat faptul că, în perioada postoperatorie, peste 90% dintre acestea fie nu au simțit vreo schimbare pozitivă în aspect, fie au experimentat o înrăutățire la nivelul respectivului „defect” ca urmare a aplicării intervenției respective [88]. În concluzie, prezența la nivel clinic a simptomatologiei TDC reprezintă o contraindicație în aplicarea intervențiilor chirurgicale estetice [136, 144, 145].

Tabelul nr.16: Metodele de corectare utilizate de subiecții celor două loturi				
Metodă de corectare	Număr de subiecți care au recurs la metode de corectare a aspectului lor corporal		% de subiecți care au recurs la metode de corectare a aspectului lor corporal (din total număr de subiecți în lot)	
	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu
Regim alimentar	15	15	50.0	50.0
Exerciții fizice	13	15	43.3	50.0
Intervenții chirurgicale	0	30	0.0	100.0
Intervenții cosmetice	2	12	6.7	40.0
Intervenții stomatologice	6	4	20.0	13.3
Creme	4	6	13.3	20.0
Transplant păr	0	1	0.0	3.3
Proteze	2	2	6.7	6.7
Altele	2	3	6.7	10.0

Tabelul nr. 16 – Metodele corective utilizate de subiecții celor două loturi

Conform unui studiu comparativ realizat pe un lot de pacienți cu recomandare către chirurgie plastică fără cauze medicale și un lot egal de pacienți cu recomandare către chirurgie plastică, dar cu acuze medicale [135], reiese că pacienții din lotul de studiu prezentau grade mari de preocupări dismorfice și comorbidități cu patologie psihiatrică.

Stima de sine adecvată înseamnă a avea încredere în propria persoană, a ști că, deși nu este perfect, are valoare ca ființă umană unică.

Partea a doua a chestionarului BDDE-SR se referă la măsurile/mijloacele la care recurg subiecții pentru a remedia defectele percepute de ei în privința aspectului lor corporal. De asemenea, pe o scală de la 1 la 10 s-a cota intensitatea cu care subiecții au recurs la metodele respective pentru corectarea aspectului lor corporal. În tabelul nr.16 se prezintă comparativ numărul de subiecți care au recurs la aceste metode.

Diferențele cele mai mari între lotul de studiu și cel de control se înregistrează în ceea ce privește intervențiile chirurgicale. Fiecare subiect din lotul de studiu are cel puțin 2 intervenții chirurgicale, care sunt prezentate în tabelul nr.17.

Tabelul nr.17: Tipul de intervenții chirurgicale utilizate de subiecții lotului de studiu			
Tipul intervenției chirurgicale	Număr de subiecți cu intervenția chirurgicală respectivă efectuată 1 dată	Număr de subiecți cu intervenția chirurgicală respectivă efectuată de 2 ori	Număr de subiecți cu intervenția chirurgicală respectivă efectuată cel puțin o dată
Mamopexie	5	1	6
Lipoaspirație	14	2	16
Abdominoplastie	3	0	3
Augmentare mamară	20	3	23
Rinoplastie	6	2	8
Blefaroplastie	3	1	4
Ortoplastie	1	0	1
Lifting facial	2	1	3
Transplant de păr	0	1	2

Tabelul nr. 17 – Intervenții chirurgicale estetice la care au apelat subiecții din lotul de studiu

În total, cei 30 de pacienți au suferit un număr de 68 intervenții chirurgicale. Cel mai frecvent subiecții au recurs la : augmentare mamară (23 subiecți), urmate de lipoaspirație

(16 subiecți) și rinoplastii (8 subiecți). Numărul mediu de intervenții chirurgicale estetice pentru un pacient este de 2,26. Cele mai frecvent repetate intervenții sunt augmentările mamare, rinoplastiile și lipoaspirațiile.

Date obținute din studii pe loturi de pacienți diagnosticați cu TDC constată că trei pătrimi din pacienții cu TDC solicită intervenții chirurgicale la față și că o treime din acești pacienți au suferit proceduri multiple [42].

Conform unei statistici realizate de ASAPS în anul 2008, în SUA 92% din intervențiile de chirurgie estetică au fost efectuate la femei, cele mai solicitate fiind după cum urmează: augmentarea mamară (355671), lipoaspirația (309692), blefaroplastia (166426), abdominoplastia (143005), reduția mamară (139926). În ceea ce privește solicitările în rândul bărbaților, acestea au fost următoarele: lipoaspirația (40519), rinoplastia (32661), blefaroplastia (25004), tranplantul de păr (13064).

Conform aceleiași publicații, procedurile chirurgicale estetice au crescut cu 104% în anul 2008 față de anul 1997, iar intervențiile non-chirurgicale cu 233%, față de același an [146].

4.1.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal

Aplicarea testului statistic Cronbach alfa pentru validarea chestionarului propus în această lucrare, a dus la următoarele rezultate:

- Pe ansamblul scalei, coeficientul Cronbach alfa = 0.7526, peste pragul limită acceptat, deci chestionarul prezintă o consistență internă suficientă;
- Media per scală este de 9.983, dev.std. = 5.103, coeficientul de corelație inter-itemi mediu 0.0103

După cum se poate observa din tabelul nr.18, întrebările care contribuie cel mai mult la consistența chestionarului sunt întrebarea 4.2 (Vă rugăm să descrieți mijloacele la care ați apelat în ultimele 6 luni pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic) și întrebarea 5.2. (Considerați că în prezent sunteți: urât/dizgrațios, lipsit de sex-appeal/respingător fizic?). Întrebarea 2 (În ultimele 12 luni ați avut probleme de sănătate care să necesite tratament medical cu durata de peste 1 lună și care să vă afecteze aspectul corporal?) este cea care nu aduce nici o contribuție pozitivă la consistența chestionarului; dimpotrivă, dacă ar fi eliminată s-ar produce o creștere a consistenței acestuia.

Tabelul nr.18: Rezultatele testării consistenței interne a chestionarului screening					
Item chestionar	Media (dacă itemul este exclus)	Variația (dacă itemul este exclus)	Deviația standard (dacă itemul este exclus)	Corelația itemului cu valoarea totală	Valoare Cronbach alfa dacă itemul este exclus
Întrebarea 1	9,433333	23,97889	4,896824	0,285288	0,744937
Întrebarea 2	9,900000	26,09000	5,107837	-0,194796	0,762397
Întrebarea 3	9,38	24,84	4,98	0,11	0,75
Întrebarea 4.1	9,27	24,73	4,97	0,15	0,75
Întrebarea 4.2	9,20	17,93	4,23	0,67	0,70
Întrebarea 5.1	9,25	24,42	4,94	0,23	0,75
Întrebarea 5.2	9,70	22,88	4,78	0,31	0,74
Întrebarea 6a	9,45	24,81	4,98	0,11	0,76
Întrebarea 6b	9,68	24,58	4,96	0,18	0,75
Întrebarea 6c	9,57	24,18	4,92	0,25	0,75
Întrebarea 6d	9,78	24,80	4,98	0,16	0,75
Întrebarea 6e	9,82	24,68	4,97	0,21	0,75
Întrebarea 7	9,58	24,84	4,98	0,11	0,76

Tabelul nr. 18 – Indicii de consistență internă a chestionarului de screening

Faptul că chestionarul și modul de cotare al acestuia reușește să își atingă scopul propus, respectiv să identifice diferențe între persoanele care prezintă un interes crescut/neobișnuit și un disconfort privind aspectul lor corporal putând semnală astfel debutul unei probleme psihologice, este demonstrat prin faptul că testul Mann-Whitney indică existența unor diferențe semnificative statistic între cele două grupuri (de studiu și de control) în ceea ce privește scorul total mediu obținut la chestionar (vezi tabelul nr.19).

Tabelul nr.19: Comparația punctajului total la chestionarul screening între cele două loturi				
Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
1137.5	692.5	227.5	-3.349	p=0.001<0.05 Semnificativ statistic

Tabelul nr. 19 – Comparație inter-loturi la scorurile obținute la chestionarul de screening

Media punctajului la chestionar pentru grupul de studiu a fost de 4.57 puncte (dev.std.=1.77) iar la grupul de control de 2.967 puncte (dev.std.= 1.35).

Cele mai semnificative diferențe între punctajele pe itemi au fost obținute pentru întrebarea 4.2. (Vă rugăm să descrieți mijloacele la care ați apelat în ultimele 6 luni pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic) și întrebarea 1 (preocuparea pentru aspectul fizic în ultimele 12 luni) (vezi tabelul nr.20).

Tabelul nr.20: Comparația scorurilor itemilor chestionarului screening între cele două loturi			
Item chestionar	Media scorului la item		Diferență între medii
	Lot de studiu	Lot de control	
Întrebarea 1	0.700	0.400	0,300
Întrebarea 2	0.033	0.133	-0,100
Întrebarea 3	0.733	0.467	0,266
Întrebarea 4.1	0.700	0.633	0,067
Întrebarea 4.2	1.100	0.233	0,867
Întrebarea 5.1	0.733	0.733	0,000
Întrebarea 5.2	0.433	0.133	0,300
Întrebarea 7	0,500	0,300	0,200
Scor total	4,567	2,967	1,600

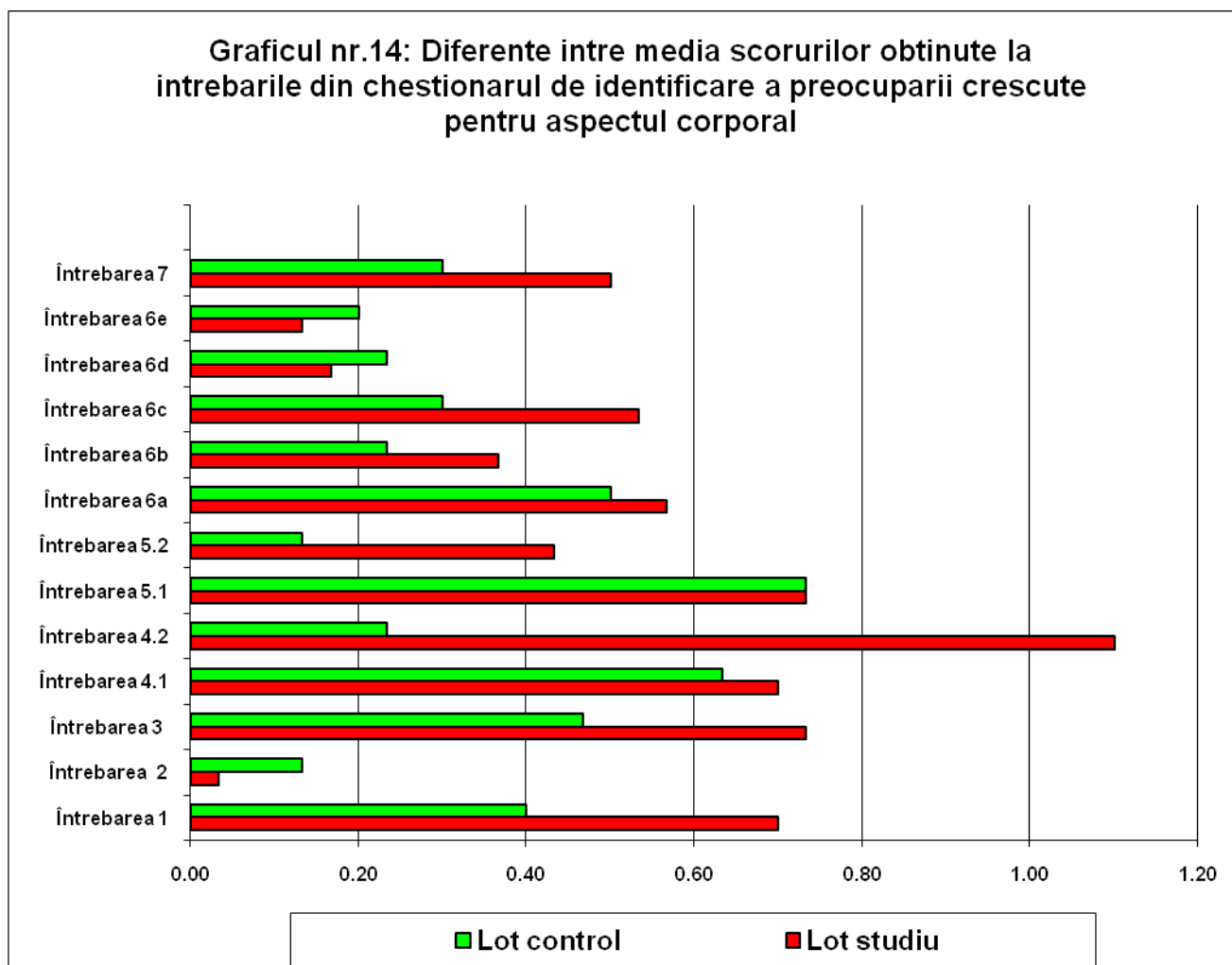
Tabelul nr. 20 – Comparația scorurilor obținute de subiecții celor două loturi la nivelul itemilor individuali

Corelații semnificative au fost identificate între următorii itemi (întrebări):

- 4a și 4b, indicând că o persoană care apelează la diete prelungite este mai înclinată să apeleze și la tratamente cosmetice speciale pentru corectarea aspectului fizic ($R = 0.482$, $p < 0.05$) și la exerciții fizice intense ($R = 0.553$, $p < 0.05$);

- 5. 1 (5a). și 7, indicând că persoanele care se consideră prea grase tind să evite situațiile sociale care implică expunerea corpului ($R = 0.314$, $p < 0.05$).

Aplicarea testului de comparație a frecvențelor χ^2 nu a identificat existența unor diferențe semnificative statistic între numărul de subiecți din lotul de studiu și lotul de control în ceea ce privește trăirea unor stări afective neplăcute.

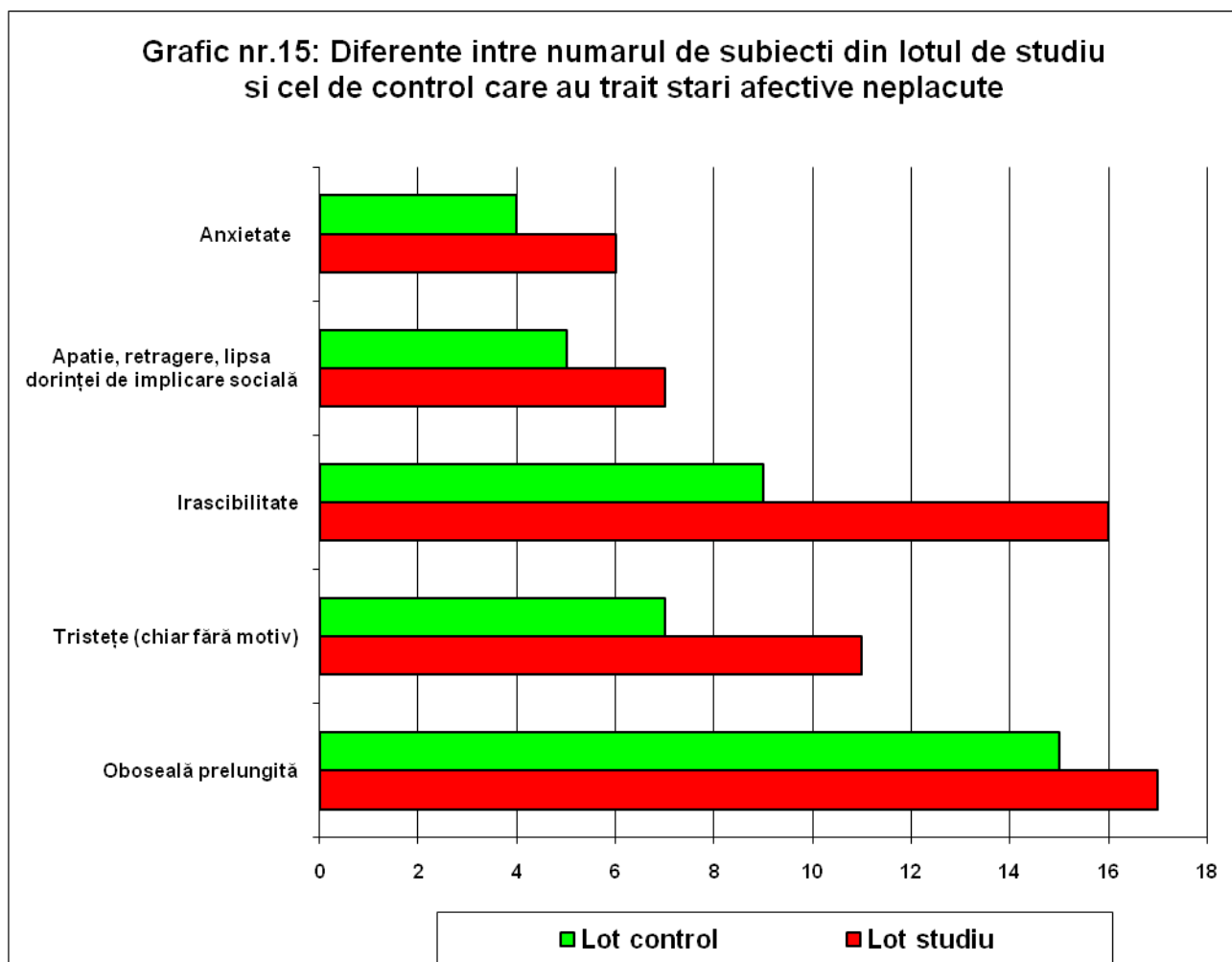


Graficul nr. 14 – Media scorurilor la subiecții celor două loturi – distribuție comparativă

Totuși, numărul subiecților din lotul de studiu care au resimțit o stare de oboseală prelungită, tristețe, irascibilitate, apatie și anxietate este mai mare decât a celor din lotul de control, după cum se poate vedea din tabelul nr.21.

Tabelul nr.21: Trăiri afective raportate la chestionarul screening de cele două loturi		
Stare afectivă generală	Număr de subiecți care au resimțit stările respective	
	Lot de studiu	Lot de control
Oboseală prelungită	17	15
Tristețe (chiar fără motiv)	11	7
Irascibilitate	16	9
Apatie, retragere, lipsa dorinței de implicare socială	7	5
Anxietate	6	4

Tabelul nr. 21 – Stări afective resimțite la nivelul celor două loturi



Graficul nr. 15 – Stări afective neplăcute la subiecții din cele două loturi – distribuție comparativă

În urma examinării rezultatelor obținute, putem spune că chestionarul proiectat are, în această primă formă, o validitate relativ bună, și reușește să își atingă scopul propus, respectiv de a identifica subiecții care prezintă un interes crescut pentru aspectul lor coroporal, urmând ca prin studii ulterioare să fie eliminate întrebările (itemii) care nu prezintă destulă relevanță și să fie crescută precizia (specificitatea) celorlalte întrebări.

4.1.6. Corelații între rezultatele obținute la scale și chestionare de subiecții din lotul de studiu (subiecți cu intervenții chirurgicale estetice repetate)

S-a utilizat testul de corelație Spearman R pentru a verifica existența unor corelații statistic semnificative între rezultatele obținute la scalele aplicate subiecților.

Rezultatele au indicat existența unor corelații statistic semnificative în ceea ce privește:

- scorul total la scala Beck de depresie și scala Hamilton de anxietate ($R = 0.493$, $p < 0.05$): subiecții cu intervenții chirurgicale repetate cu nivele mai ridicate de depresie, prezintă și nivele de anxietate mai ridicate;

- la subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate, nivelul de depresie este cu atât mai mare cu cât ei: se gândesc mai des la trăsătura fizică care îi nemulțumește cel mai tare ($R = 0.361$, $p < 0.05$); se rușinează din cauza acelei trăsături fizice atunci când sunt în locuri publice ($R = 0.510$, $p < 0.05$); se simți afectați de modul în care îi privesc ceilalți din cauza trăsăturii fizice care le produce disconfort ($R = 0.397$, $p < 0.05$); evită situații profesionale sau sociale alături de prieteni, rude sau cunoștințe din cauza trăsăturii fizice respective ($R = 0.490$, $p < 0.05$); din cauza respectivei trăsături evită stabilirea unor contacte fizice ($R = 0.497$, $p < 0.05$), evită activități fizice sau activitățile de recreere ($R = 0.415$, $p < 0.05$) și "ascund" prin machiaj, îmbrăcăminte ($R = 0.483$, $p < 0.05$) sau mișcări ale trupului ($R = 0.416$, $p < 0.05$) această trăsătură. De-altfel, preocuparea excesivă și comportamentul evitant duc la retragere socială, ceea ce este în mod obișnuit asociat cu depresia;

- un grad crescut de anxietate (scor la scala Hamilton) corelează pozitiv cu o frecvență crescută a comportamentului de evitare a prezentării corpului dezbrăcat ($R = 0.389$, $p < 0.05$): subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate a căror grad de anxietate indus de trăsătura fizică care le produce disconfort este mai mare au mai frecvent un comportament de evitare a prezentării corpului dezbrăcat.

4.1.7. Sinteza rezultatelor - partea I-a - Intervențiile chirurgicale estetice repetate și tulburarea dismorfofobică.

Pentru partea I-a a studiului au fost investigați un număr de 30 de subiecți care au avut în ultimii 2 ani cel puțin două intervenții chirurgicale pentru corectarea unor defecte estetice (considerate defecte de către subiect – percepție subiectivă). Aceste intervenții au avut loc în cadrul unei clinici particulare. Nici una din intervenții nu a fost realizată ca urmare a unui accident major, având la bază solicitarea directă a subiecților.

A fost realizat un lot de control format dintr-un număr egal (30) de subiecți selectați pe baza unor criterii de eșantionare (metoda în trepte).

1. In ceea ce privește nivelul de anxietate, rezultatele au indicat că în lotul cu intervenții chirurgicale estetice există o proporție mărită de subiecți cu anxietate medie (16.7% vs. 6.7%) și severă (3.3% vs. 0.0%) față de lotul de control. In ceea ce privește nivelul mediu al anxietății, nu există diferențe statistice semnificative între lotul de studiu și cel de control.

2. In ceea ce privește nivelul de depresie, la lotul de studiu cu intervenții chirurgicale estetice repetate valoarea medie a scorului pe scala Beck corespunde unei „depresii ușoare” și este semnificativ mai mare decât valoarea medie a scorului pe scala Beck la lotul de control (care corespunde absenței depresiei).

3. Chestionarul de personalitate a indicat pentru lotul subiecților cu intervenții chirurgicale estetice repetate predominanța trăsăturilor de personalitate de tip emotiv (83.3%), hiperperseverent și hipertim (66.7%) și hiperexact (63.3%) trăsături care se regăsesc (accentuate) la mai mult de 60% din totalul subiecților . Prin comparație, la lotul de control trăsăturile de personalitate de tip "emotiv" și "hipertim" se regăsesc și ele (accentuate) la peste 60% din subiecți; totuși, cu excepția tipului "hipertim" toate trăsăturile accentuate sunt mai puțin frecvente la lotul de control decât la lotul de studiu.

4. Chestionarul specific pentru identificarea tulburării dismorfofobice (BDDE-SR) a dus la identificarea următoarelor diferențe între subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate și cei din lotul de control:

- Subiecții din lotul de studiu se gândesc mai des la aceea trăsătură fizică care îi deranjează, acordă o mai mare parte din timpul lor preocupării privind aspectul corporal și îndeosebi părților corpului care îi deranjează; totodată, aceste preocupări au și conotații afective (disconfort marcat);

- Subiecții din lotul de studiu tind să atribuie preocuparea și disconfortul lor privind trăsătura fizică și celorlalți;

- Pentru subiecții din lotul de studiu imaginea corporală este foarte importantă pentru modul în care privesc (se auto-evaluează) ca persoane; mai mult, ei tind să considere că și ceilalți oameni acordă aceeași importanță imaginii corporale;

- Importanța acordată imaginii corporale și sentimentul de disconfort față de o anumită trăsătură fizică duce chiar la modificarea comportamentului și evitarea situațiilor sociale.

Subiecții din lotul de studiu au o imagine despre sine și lume mult mai centrată pe corporalitate decât subiecții din lotul de control; leagă în mod intrinsec valoarea unei persoane (și pe a lor proprie) de aspectul corporal și tind să considere în mod implicit că și celelalte persoane împărtășesc acest mod de a privi lucrurile.

In acest context este de înțeles că aceste persoane sunt mai dispuse de a interveni activ asupra corporalității lor.

5. In ceea ce privește chestionarul de tip screening pentru aspectul corporal propus de autor, rezultatele au indicat că chestionarul prezintă o consistență internă suficientă; de

asemenea, că chestionarul și modul de cotare al acestuia reușește să își atingă scopul propus, respectiv să identifice diferențe între persoanele care prezintă un interes crescut/neobișnuit și un disconfort privind aspectul lor corporal putând semnala astfel debutul unei probleme psihologice.

6. Alte rezultate interesante indică pentru subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate că:

- subiecții cu intervenții chirurgicale repetate cu nivele mai ridicate de depresie, prezintă și nivele de anxietate mai ridicate;

- la subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate, nivelul de depresie este cu atât mai mare cu cât ei: se gândesc mai des la trăsătura fizică care îi nemulțumește cel mai tare; se rușinează din cauza acelei trăsături fizice atunci când sunt în locuri publice; se simți afectați de modul în care îi privesc ceilalți din cauza trăsăturii fizice care le produce disconfort ; evită situații profesionale sau sociale alături de prieteni, rude sau cunoștințe din cauza trăsăturii fizice respective ; din cauza respectivei trăsături evită stabilirea unor contacte fizice, evită activități fizice sau activitățile de recreere și "ascund" prin machiaj, îmbrăcăminte sau mișcări ale trupului această trăsătură. De-altfel, preocuparea excesivă și comportamentul evitant duc la retragere socială, ceea ce este în mod obișnuit asociat cu depresia;

- un nivel crescut de anxietate este corelat cu creșterea comportamentului de evitare a prezentării corpului dezbrăcat: subiecții cu intervenții chirurgicale estetice repetate a căror grad de anxietate indus de trăsătura fizică care le produce disconfort este mai mare au mai frecvent un comportament de evitare a prezentării corpului dezbrăcat.

4.1.8. Concluzie I:

Persoanele care se prezintă la intervenții chirurgicale estetice repetate în scopul îmbunătățirii aspectului fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip emotiv și hiperexact; prezintă mai frecvent anxietate (deși de intensitate scăzută), precum și nivele mai ridicate de depresie (medie sau severă).

Ele se gândesc mai des la aceea trăsătură fizică care îi deranjează, acordă o mai mare parte din timpul lor preocupării privind aspectul corporal și îndeosebi părților corpului care îi deranjează; totodată, aceste preocupări au și conotații afective (disconfort marcat).

Pentru aceste persoane imaginea corporală este foarte importantă pentru modul în care privesc (se auto-evaluează) ca persoane; mai mult, ei tind să considere că și ceilalți oameni acordă aceeași importanță imaginii corporale; importanța acordată imaginii corporale și

sentimentul de discomfort față de o anumită trăsătură fizică duce chiar la modificarea comportamentului și evitarea situațiilor sociale.

Identificarea acestor caracteristici la o persoană care dorește să se supună unei intervenții chirurgicale estetice este un semnal de alarmă pentru efectuarea unor investigații mai amănunțite în vederea stabilirii existenței unei tulburări dismorfofobice incipiente.

4.2. Complexul Adonis și tulburarea dismorfofobică.

4.2.1. Prezentarea comparativă a eșantioanelor (de studiu și de control). Caracteristici socio-demografice.

Pentru studiu au fost selectați un număr de 30 bărbați cu vârste între 18 și 40 de ani, care frecventează în mod curent săli de sport (body-building) de cel puțin 3 ori pe săptămână, de cel puțin 1 an, și care dedică activităților sportive cel puțin 1 oră/zi, pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic (nu în scop competițional). Pentru aceștia s-a presupus existența unui "complex Adonis" în stadiu cel puțin incipient, considerat ca un posibil debut sau stadiu subclinic al unei tulburări dismorfofobice.

S-a format pentru comparație și un lot de control. În continuare, am denumit aceste loturi ca „lotul de studiu Adonis”, reprezentând lotul de studiu pentru complexul Adonis și „lotul de control Adonis”, reprezentând lotul de control pentru complexul Adonis.

Distribuția după sex.

Atât lotul de studiu, cât și cel de control au cuprins fiecare 30 de subiecți de sex masculin.

Vârsta medie și distribuția pe grupe de vârstă.

În lotul de studiu vârsta medie a fost de 22.9 ani (dev.std.= 3.67 ani), cu vârsta cea mai tânără de 19 ani și cea mai înaintată 40 ani. Vârsta medie în lotul de control a fost de 23.96 ani (dev.std. = 3.92 ani), cu subiectul cel mai tânăr având 19 ani și cel mai în vârstă 41 ani.

Conform unui studiu efectuat de Olivardia R. în anul 2000 [71] pe populația americană, a reieșit că perioada de debut a dismorfiei musculare este la 19,4 ani și în perioada de adult tânăr. De asemenea, preocuparea pentru musculatură este mai frecventă și mai

accentuată la bărbații tineri, comparativ cu cei cu vârste de peste 45 de ani la care această preocupare este prezentă într-o măsură mult mai mică.

Lotul de studiu din prezenta cercetare nu este constituit din subiecți diagnosticați cu dismorfie musculară, selecția subiecților făcându-se pe criteriul frecvenței în mod constant și susținut a sălilor de sport. În acest lot s-au identificat 3 subiecți cu vârsta sub 21 de ani, 26 de subiecți cu vârsta cuprinsă în intervalul 21-30 de ani și un subiect în vârstă de 40 de ani. Aceste rezultate sunt similare cu cele menționate mai sus privitoare la vârsta de debut a tulburării dismorfice musculare.

Lotul de control a fost constituit pe baza mai multor criterii, printre care și cel de vârstă, similar cu lotul de studiu.

Distribuția comparativă pe grupe de vârstă este prezentată în tabelul nr.22.

Tabelul nr.22: Distribuția comparativă pe grupe de vârstă a celor două loturi Adonis				
Grupa de vârstă	Lotul de studiu Adonis		Lotul de control Adonis	
	Nr. subiecți	%	Nr. subiecți	%
<21 ani	3	10.00	3	10.00
21-30 ani	26	86.67	26	86.67
31- 40 ani	1	3.33	1	3.33

Tabelul nr.22: Distribuția comparativă pe grupe de vârstă a celor două loturi Adonis

Distribuția procentuală pe grupe de vârstă a lotului de control corespunde cu distribuția procentuală pe grupe de vârstă a lotului de studiu, conform eșantionării stratificate.

Nivelul veniturilor

Nivelul veniturilor celor două loturi este prezentat în tabelul nr.23

Deoarece salariul mediu brut pe economie în anul 2010 (cf.Legii 12/2010 din Ianuarie 2010) a fost de 1836 lei, iar salariul mediu brut pe economie pe anul 2011 (Legea 287/2010 din Decembrie 2010) a fost stabilit la 2.022 lei, am considerat un venit mediu mai mare de 2.000 lei/lună ca reprezentând un venit ridicat.

Se poate observa că în lotul de studiu 20.0% dintre subiecți se încadrează în zona veniturilor mari; comparativ, în lotul de control doar 6.67% dintre subiecți se încadrează în această zonă.

Tabelul nr.23: Nivelul veniturilor lunare a persoanelor din cele două loturi Adonis				
Nivelul veniturilor (lei/lună)	Lotul de studiu Adonis		Lotul de control Adonis	
	Nr. subiecți	%	Nr. subiecți	%
Sub 500	2	6.67	1	3.33
500-1000	9	30.0	2	6.67
1001-1500	3	10.00	3	10.0
1501 - 2000	2	6.67	2	6.67
2001 - 2500	3	10.00	1	3.33
2501 - 3000	0	0.00	0	0.00
Peste 3000	3	10.00	1	3.33
Nu au răspuns	8	26.67	20	66.67

Tabelul nr.23: Nivelul veniturilor lunare a persoanelor din cele două loturi Adonis

În ceea ce privește persoanele aflate în întreținere, doar doi din subiecții din lotul de control au în întreținere una și respectiv două persoane; nici un subiect din lotul de studiu nu are persoane în întreținere.

Statutul ocupațional

Din punct de vedere al statutului ocupațional, în lotul de studiu avem: 24 subiecți sunt angajați cu normă întreagă (80.0%), 2 subiecți (6.7%) lucrează jumătate de normă, 1 subiect (3.3%) este student, 3 subiecți (10.0%) nu lucrează. În lotul de control, datorită alegerii ca și criteriu de eșantionare inclusiv a statutului ocupațional, avem aceeași distribuție a subiecților.

Dintr-un studiu efectuat pe un lot de 14 pacienți cu dismorfie musculară [147] s-a constatat că 5% dintre aceștia au avut perioade de o săptămână de izolare socială și un grad înalt de absenteism de la locul de muncă sau de la școală, din motivul simptomatologiei caracteristice tulburării dismorfice (185,6 zile în anul premergător studiului respectiv). Aceste rezultate indică faptul că în cazurile severe de bigorexie pacienții ajung să-și neglijeze sau abandoneze locul de muncă sau ruta de dezvoltare profesională pentru a putea să-și urmeze programul de exerciții fizice cât și dietele stricte

Din cercetările existente până în prezent cât și din descrierea tulburării dimorfice musculare reiese că aceste persoane petrec câteva ore în fiecare zi făcând exerciții fizice, consumă un anumit tip de alimentație (bogată în proteine, cu conținut redus de glucide și

lipide) și constant consumă suplimente nutritive, iar în cazuri extreme anabolizanți steroizi. Acest întreg comportament și conduită este costisitor din punct de vedere financiar.

Datorită acestor aspecte pacienții cu dismorfie musculară ajung să ducă o existență modestă din punct de vedere al confortului pe toate planurile.

Lotul de studiu este constituit din persoane cu o simptomatologie de tip dismorfic muscular la o intensitate subclinică și nu prezintă caracteristici similare cu loturi de pacienți diagnosticați, atât din punct de vedere al statutului ocupațional, cât și financiar. Subiecții din lotul de studiu investesc mai puțin timp și bani pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic pe care nu-l percep atât de problematic comparativ cu cei cu reversul anorexiei nervoase.

Faptul că un procent semnificativ de subiecți din lotul de studiu este în câmpul muncii (80% angajați cu normă întreagă, 6,7% angajați cu jumătate de normă) denotă că aceștia nu sunt afectați pe plan profesional de preocupările și nemulțumirile legate de aspectul fizic. De asemenea, faptul că majoritatea subiecților este angajată cu normă întreagă, poate fi un factor determinant în ceea ce privește gradul veniturilor, 20% dintre respondenți fiind în categoria cu venituri financiare mari.

Statutul marital

Din punct de vedere al statutului marital, în lotul de studiu avem: 24 subiecți (80.0%) sunt necăsătoriți, 5 subiecți (16.7%) sunt căsătoriți, 1 subiecți (3.3%) sunt divorțați. În lotul de control, datorită alegerii ca și criteriu de eșantionare inclusiv a statutului marital, avem aceeași distribuție a subiecților.

Printre datele demografice obținute dintr-un studiu pe 14 pacienți diagnosticați cu dismorfie musculară a reieși că 85,7% dintre aceștia nu sunt căsătoriți [147].

Având în vedere vârsta medie a subiecților din lotul de studiu (22,9 ani), respectiv a subiecților din lotul de control (23,96 ani), vârstă considerată de adult tânăr, se poate înțelege faptul că majoritatea este necăsătorită (80%), o mică parte este căsătorită (16,7%), și doar 3,3% este divorțată. Acest aspect s-ar putea datora vârstei foarte tinere a subiecților, vârstă la care a fi necăsătorit este un statut obișnuit, și doar într-o mică măsură preocupărilor legate de aspect care în cazul lotului de studiu nu sunt de intensitate clinică.

În ceea ce privește pacienții cu dismorfie musculară severă, relațiile de cuplu ale acestora riscă să fie afectate, uneori semnificativ. Acest aspect poate decurge din timpul pe care acești indivizi îl alocă programului de exerciții fizice (3-5 ore în fiecare zi) în defavoarea timpului destinat relației de cuplu. În cazurile în care se asociază consum de anablizante steroide, modificările dispoziționale și comportamentale secundare acestuia (iritabilitate,

irascibilitate, episoade hipomaniacale, tendințe și comportamente heteroagresive), pot determina o deteriorare a relațiilor de cuplu sau chiar destrămarea acestora.

Ținând seama de statutul marital și de vârsta subiecților respondenți în lotul de studiu, adică vârsta medie fiind 22,9 ani, 80% fiind necăsătoriți, concordă cu aspectul că nici un subiect nu are alte persoane în întreținere, iar din lotul de studiu doar doi subiecți au persoane în întreținere.

Nivelul de școlarizare.

Din punct de vedere al nivelului de școlarizare, în lotul de studiu avem: 1 subiect (3.3%) este student, 9 subiecți (30.0%) cu studii universitare, 15 subiecți (50.0%) cu studii liceale, 2 subiecți (6.7%) cu studii gimnaziale și 3 subiecți (10.0%) cu studii postuniversitare.

În lotul de control avem: 0 subiecți (0.0%) cu studii gimnaziale, 2 subiecți (6.7%) sunt studenți, 7 subiecți (23.3%) cu studii universitare, 14 subiecți (46.7%) cu studii liceale, 7 subiecți (23.3%) cu studii postuniversitare.

Prin corelarea rezultatelor demografice privitoare la vârstă cu intensitatea redusă a simptomatologiei astfel încât nu este afectată funcționarea pe plan profesional, fie că este vorba de locul de muncă sau de ruta de pregătire profesională, aspecte valabile atât la lotul de studiu cât și la lotul de control, se poate înțelege similitudinea din punct de vedere al gradului de școlarizare între cele două loturi.

4.2.2. Analiza parametrilor clinici generali.

Nivelul anxietății, determinat cu ajutorul scalei de anxietate Hamilton.

Scala Hamilton conține 14 itemi care evaluează dispoziția anxioasă, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia, comportamentul și simptomele gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, vegetative și tensiunea musculară. Fiecare item este evaluat pe o scală de 5 ancore de la 0 = nici un simptom până la 4 = simptome severe și dizabilitante. Scorul total se întinde de la 0 la 56. Un scor peste 14 indică o anxietate cu semnificație clinică; prin consens se consideră că scorurile de la 14-17 indică o anxietate ușoară, 18-24 anxietate medie și 25-30 anxietate severă.

- a) În tabelul nr.24 este prezentată distribuția cazurilor lotului de studiu în funcție de nivelul anxietății.

Tabelul nr.24: Distribuția subiecților lotului de studiu Adonis în funcție de nivelul anxietății				
Nivelul anxietății	Lot de studiu Adonis			
	Număr subiecți	Număr cumulat	Procent (%)	Procent cumulat (%)
Fără anxietate clinică (scor HAM <14)	25	25	83.3	83.3
Anxietate ușoară (scor HAM 14-17)	1	26	3.3	86.6
Anxietate medie (Scor HAM 18-24)	3	29	10.0	96.6
Anxietate severă (scor HAM 25-30)	1	30	3.4	100.0

Tabelul nr.24: Distribuția subiecților lotului de studiu Adonis în funcție de nivelul anxietății

Se poate observa că 13.4% din subiecții din lotul de studiu prezintă anxietate medie și severă.

b). In tabelul nr.25 este prezentată distribuția cazurilor lotului de control în funcție de nivelul anxietății.

Tabelul nr.25: Distribuția subiecților lotului de control Adonis în funcție de nivelul anxietății				
Nivelul anxietății	Lot de control Adonis			
	Număr subiecți	Număr cumulat	Procent (%)	Procent cumulat (%)
Fără anxietate clinică (scor HAM <14)	29	29	96.7	96.7
Anxietate ușoară (scor HAM 14-17)	1	30	3.3	100.0
Anxietate medie (Scor HAM 18-24)	0	30	0.0	100.0
Anxietate severă (scor HAM 25-30)	0	30	0.0	100.0

Tabelul nr.25: Distribuția subiecților lotului de control Adonis în funcție de nivelul anxietății

In lotul de control nici un subiect nu prezintă anxietate medie sau severă, și doar un subiect prezintă anxietate ușoară. 96.7% dintre subiecții din lotul de control nu prezintă anxietate.

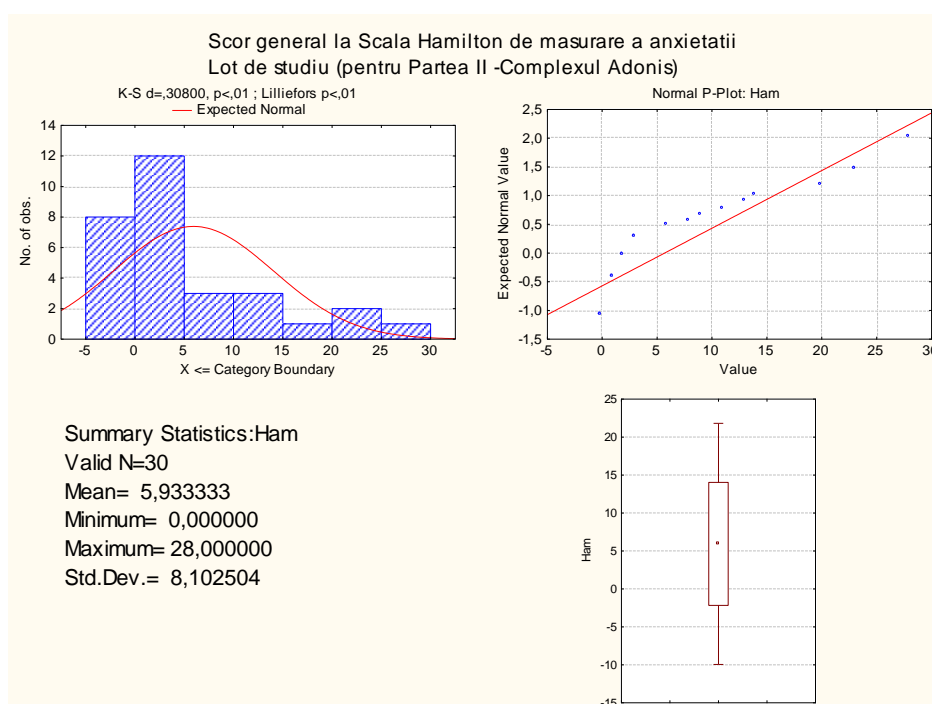
Diferența între cele două proporții (13.4% vs. 0.0%) este statistic semnificativă ($p=0.042$), prin urmare putem spune că în lotul de studiu proporția subiecților cu anxietate medie și severă este semnificativ mai mare decât proporția subiecților cu anxietate medie și severă din lotul de control.

In tabelul nr.26 sunt prezentate comparativ valorile medii ale scorurilor scalei Hamilton la cele două loturi.

Tabelul nr.26: Valorile medii ale scorurilor scalei Hamilton la lotul de studiu Adonis și lotul de control Adonis				
Lot	Valoarea medianei	Valoarea minimă	Valoarea maximă	Deviația standard
De control	3.0	0.0	14.0	4.36
De studiu	2.0	0.0	28.0	8.10

Tabelul nr.26: Valorile medii ale scorurilor scalei Hamilton la lotul de studiu Adonis și lotul de control Adonis

In graficul nr.16 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de anxietate obținute la Hamilton pentru lotul de studiu pentru Complexul Adonis.

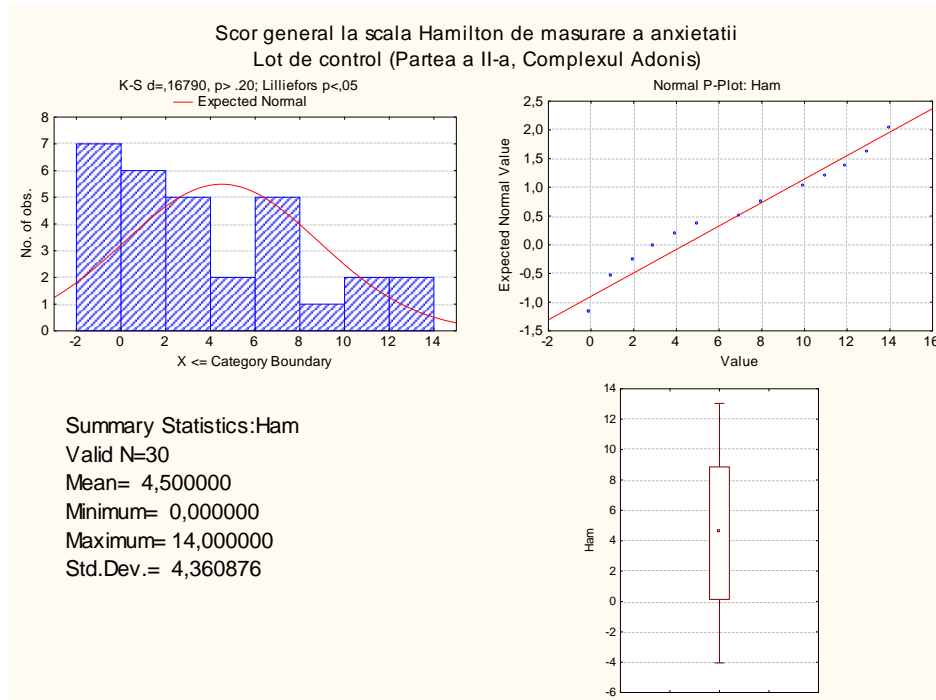


Graficul nr.16: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii HAM pentru lotul de studiu

Analizând histograma se observă la lotul de studiu o aglomerare a valorilor care corespund un scoruri Hamilton de 20-30, aglomerare de valori care iese de sub "clopotul" gaussian corespunzător unei distribuții normale; comparativ, la lotul de control pentru aceeași plajă de valori a scorurilor (20-30) se obține o distribuție mult mai apropiată de cea normală. Prin urmare, lotul de studiu (cu limitările impuse de numărul mic de cazuri) prezintă totuși un

număr de cazuri cu anxietate medie și mare care nu se înscrie într-o distribuție gaussiană corespunzătoare unei populații normale.

În graficul nr.17 sunt prezentate histograma, distribuția și valorile medii ale nivelelor de anxietate obținute la Hamilton pentru lotul de control pentru Complexul Adonis.



Graficul nr.17: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii HAM pentru lotul de control

Aplicarea testului de comparație non-parametric Mann-Whitney U nu relevă diferențe semnificative statistic între nivele medii de anxietate ale celor două loturi, așa cum rezultă din tabelul nr.27.

Tabelul nr.27: Rezultatele testului Mann-Whitney U de comparație a nivelelor de anxietate ale celor două loturi Adonis				
Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
900.5	929.5	435.5	-0.214	p=0.826>0.05 nesemnificativ statistic

Tabelul nr.27: Rezultatele testului Mann-Whitney U de comparație a nivelelor de anxietate ale celor două loturi Adonis

Diferențele nu sunt semnificative statistic, indicând faptul că per ansamblu, nivelul anxietății nu este semnificativ diferit între cele două grupuri. Acest lucru se poate datora însă numărului mic de cazuri luat în studiu.

Din punct de vedere al comorbidității, dismorfia musculară se asociază cel mai adesea cu tulburări ale dipozității (depresie sau tulburare afectivă bipolară), tulburări anxioase, tulburări de alimentație, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, tulburările de personalitate cuprinse în cluster-ul B [79].

Cât privește comorbiditatea cu tulburările anxioase sau apartenența dismorfiei musculare la categoria nosologică a tulburărilor de anxietate, acest aspect este discutabil și în prezent. Astfel, în cadrul acestei tulburări, indivizii trăiesc o stare de anxietate în legătură cu aspectul fizic ce se manifestă în special atunci când apare ridicul de a nu-și respecta riguros programul de antrenament fizic sau regimul alimentar. Conform literaturii de specialitate, tulburările anxioase sunt prezente la 29% din persoanele cu diagnosticul de dismorfie musculară [71]. De asemenea într-un studiu realizat pe 14 subiecți cu dismorfie musculară și tulburare dismorfică corporală, tulburarea de anxietate a fost prezentă la 78% dintre respondenți [147].

Având în vedere că subiecții lotului de studiu din cercetarea de față nu sunt diagnosticați cu dismorfie musculară, simptomatologia caracteristică acestei tulburări fiind, eventual, la o intensitate subclinică, s-a constatat că doar 13,4% dintre aceștia prezintă anxietate medie și severă. Această diferență ar putea fi justificată de faptul că la acești subiecți preocuparea pentru aspectul fizic, respectiv gradul de dezvoltare al musculaturii, este la nivelul unei preocupări accentuate, dar nu patologice, ca atare, anxietatea secundară acestor preocupări, a nevoii de respectare cu rigurozitate a unui anumit program de exerciții fizice și a unei diete selective, este mult mai mică decât cea constatată la pacienții cu dismorfie musculară.

În lotul de control preocuparea pentru aspectul fizic fiind mult mai redusă, implicit și pentru anumite comportamente sau conduite menite să îmbunătățească masa musculară, comparativ cu lotul de studiu, anxietatea este mai mică, 96,7% din acești subiecți ne reprezentând anxietate.

Nivelul depresiei, determinat cu ajutorul scalei Beck

Scala cuprinde un număr de 21 itemi, constituiți sub formă de afirmații. Pentru fiecare item sunt incluse 4 afirmații care caracterizează nivelul intensității unui simptom, de la absent la extrme de intens (0-3).

Scorul total pe scala Beck, calculat prin însumarea scorurilor la fiecare din cei 21 de itemi se împarte la 21 (numărul itemilor) obținându-se un scor mediu care se interpretează în felul următor:

- 0,5 - 1,2 → Depresie ușoară
- 1,2 - 2 → Depresie medie
- 2 - 2,5 → Depresie severă
- 2,5 - 3 → Depresie gravă cu risc suicidar

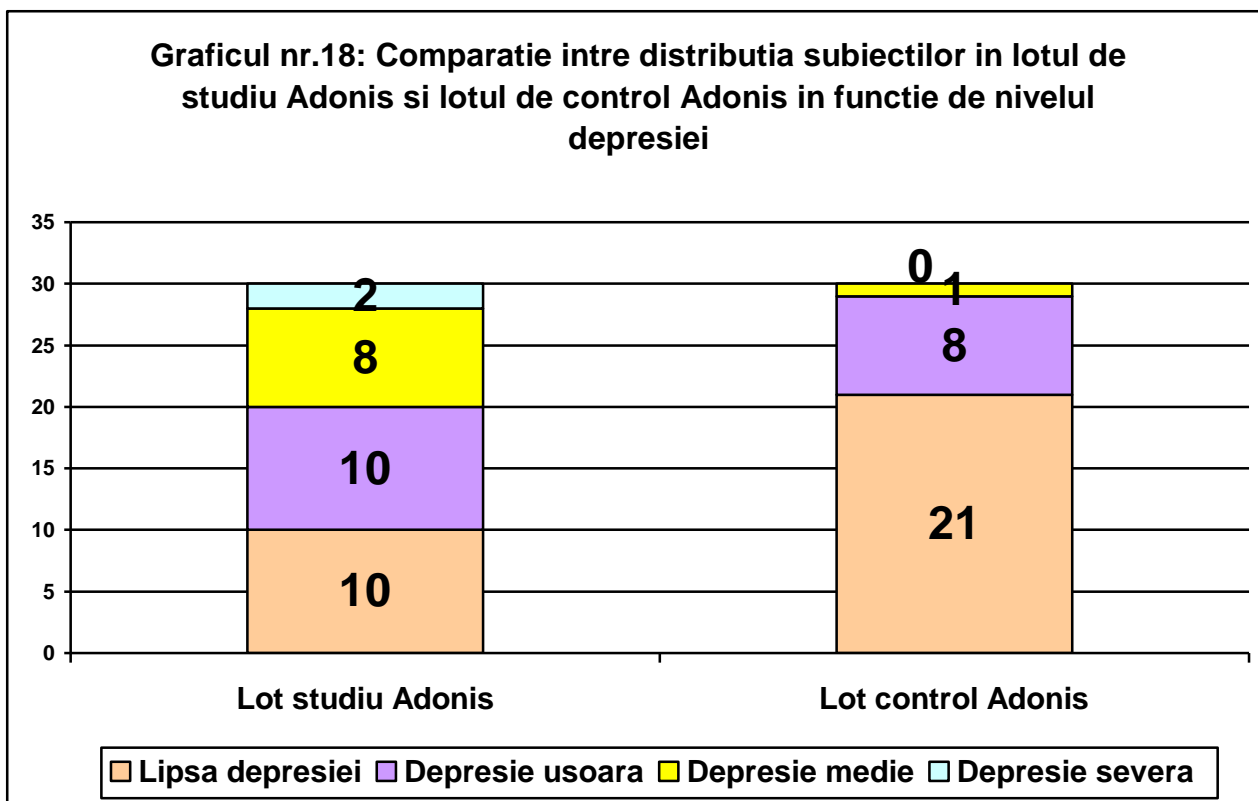
Distribuția numărului de subiecți în funcție de prezența și nivelele depresiei la cele două loturi considerate este prezentată în tabelul nr.28.

Tabelul nr.28: Distribuția numărului de subiecți în funcție de nivelul depresiei la cele două loturi Adonis				
Scor mediu ponderat pe scala Beck de depresie (complex Adonis)	Număr subiecți		Pondere subiecți (%)	
	Lot studiu	Lot control	Lot studiu	Lot control
<0.5 Lipsa depresiei	10	21	33.3	70.0
0.5-1.2 Depresie ușoară	10	8	33.3	26.7
1.2-2.0 Depresie medie	8	1	26.7	3.3
2.0-2.5 Depresie severă	2	0	6.7	0.0
2.5-3.0 Depresie severă cu risc suicidar	0	0	0.0	0.0

Tabelul nr.28: Distribuția numărului de subiecți în funcție de nivelul depresiei la cele două loturi Adonis

După cum se poate observa și din graficul nr.28, ponderea subiecților cu depresie este mai mare în lotul de studiu decât în lotul de control (66.7% dintre subiecții din lotul de studiu prezintă depresie – jumătate din aceștia – 33.4% din total – prezintă chiar depresie în formă medie și severă), pe când în lotul de control doar 30.0% prezintă depresie.

Diferența de distribuție a frecvențelor observată empiric este confirmată statistic prin testul chi pătrat ($\chi^2=11.57$, $p=0.009$; $p<0.05$ – semnificativ statistic).



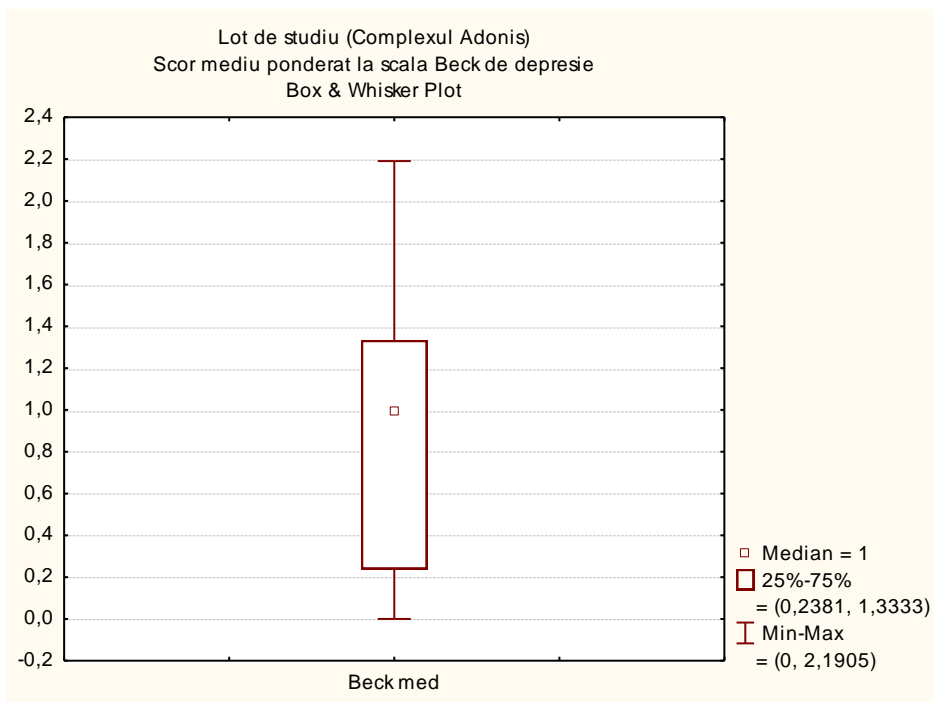
Graficul nr.18: Comparație între distribuția subiecților în lotul de studiu Adonis și lotul de control Adonis în funcție de nivelul depresiei

a). Nivelul depresiei la lotul de studiu

Valorile centrale și dispersia scorurilor Beck ale subiecților din cele două loturi sunt prezentate în tabelul nr.29 și graficele 19 și 20.

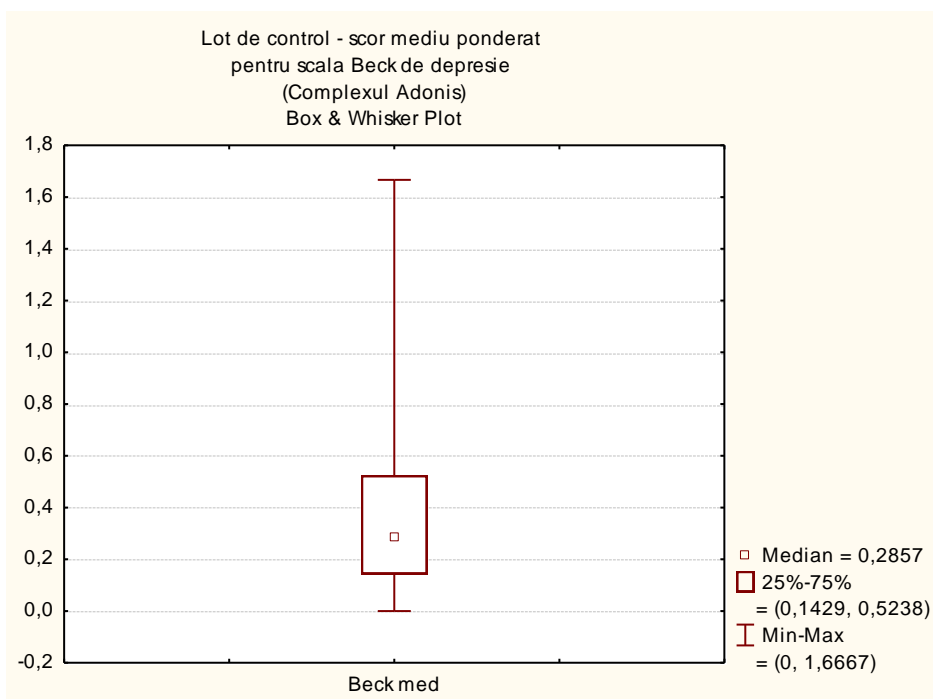
Tabelul nr.29: Valorile centrale și dispersia scorurilor Beck ale subiecților din cele două loturi Adonis				
Lot	Valoarea mediane	Valoarea minimă	Valoarea maximă	Deviația standard
De control	0.28	0.0	1.67	0.39
De studiu	1.0	0.0	2.19	0.65

Tabelul nr.29: Valorile centrale și dispersia scorurilor Beck ale subiecților din cele două loturi Adonis



Graficul nr.19: Valoarea centrală și dispersia valorilor la scala Beck pentru lotul de studiu Adonis

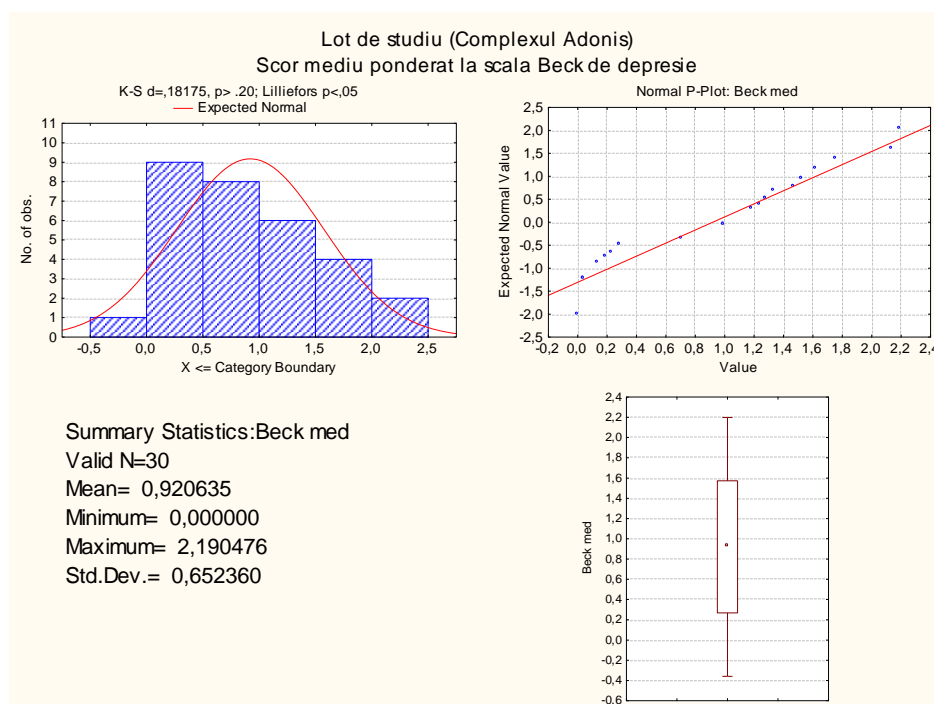
Nivelul mediu al scorurilor pentru lotul de studiu corespunde unui nivel de depresie ușoară.



Graficul nr.20: Valoarea centrală și dispersia valorilor la scala Beck pentru lotul de control Adonis

Nivelul mediu al scorului ponderat la lotul de control corespunde lipsei depresiei (<0.5).

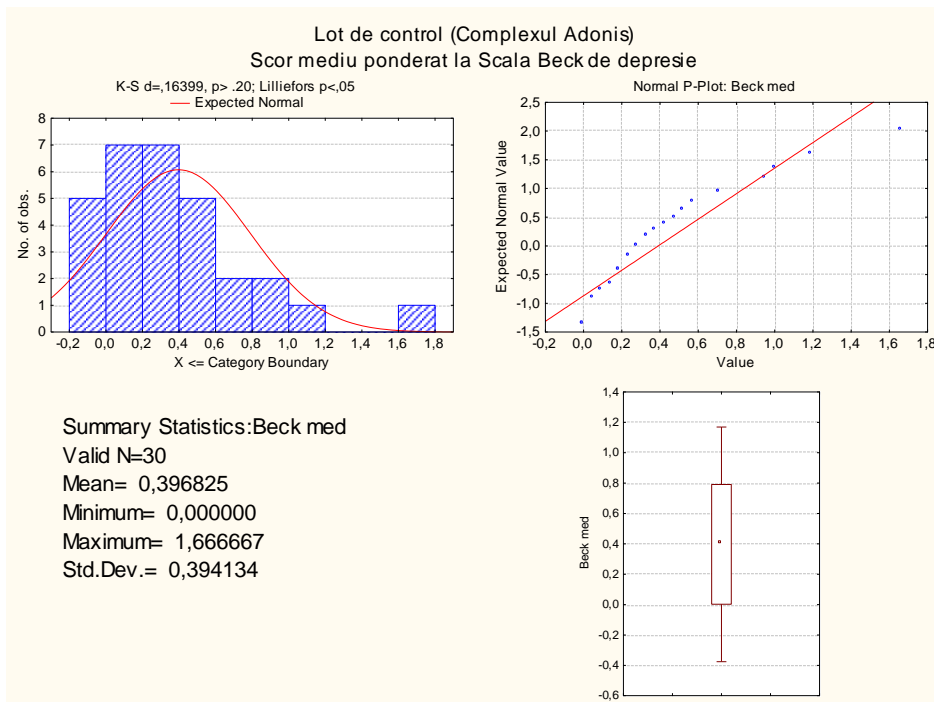
Histogramele, distribuția valorilor și valorile medii ale scorurilor obținute la scala Beck de subiecții celor două loturi sunt prezentate în graficele nr.21 și 22.



Graficul nr.21: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii Beck pentru lotul de studiu Adonis

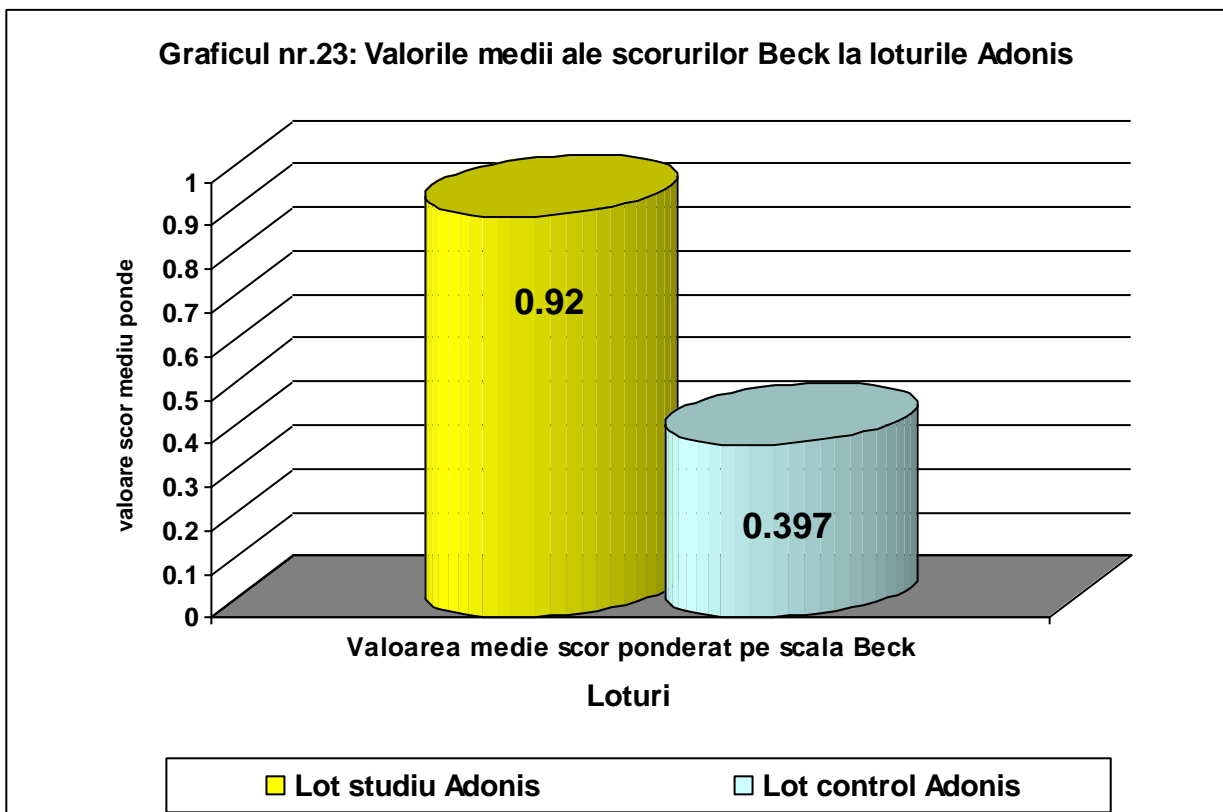
Deși distribuția este evident deviată la stânga comparativ cu distribuția normală, dacă luăm în considerare ca valoare de departajare valoarea de 0.5 (care corespunde prezenței depresiei), pentru lotul de studiu cea mai mare parte a valorilor sunt grupate în partea dreaptă a graficului, după valoarea de 0.5.

La lotul de control, distribuția este și mai intens deviată la stânga comparativ cu distribuția normală; dacă luăm în considerare ca valoare de departajare valoarea de 0.5 (care corespunde prezenței depresiei), pentru lotul de control cea mai mare parte a valorilor sunt grupate în partea stângă a graficului, sub valoarea de 0.5 (care indică lipsa depresiei).



Graficul nr.22: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii Beck pentru lotul de control Adonis

În graficul nr.23 sunt reprezentate comparativ mediile scorurilor ponderate Beck la cele două loturi.



Graficul nr.23: Valorile medii ale scorurilor Beck la loturile Adonis

Pentru a determina dacă diferențele menționate mai sus sunt semnificative statistic s-a utilizat testul de comparație non-parametric Mann-Whitney U, ale cărui rezultate sunt prezentate în tabelul nr.30.

Tabelul nr.30: Rezultatele aplicării testului de comparație non-parametric Mann-Whitney U pentru nivelele de depresie la lotul de control vs.lotul de studiu Adonis				
Suma rangurilor lotul de studiu Adonis	Suma rangurilor lotul de control Adonis	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
1118.0	712.0	247.0	3.00	p=0.002 <0.05 Semnificativ statistic

Tabelul nr.30: Rezultatele aplicării testului de comparație non-parametric Mann-Whitney U pentru nivelele de depresie la lotul de control vs.lotul de studiu Adonis

Diferența este semnificativă statistic, ceea ce indică faptul că nivelul general al depresiei în lotul de studiu este mai ridicat decât în lotul de control. Valoarea medie a scorului pe scala Beck la lotul de studiu (0.92) corespunde unui nivel ușor al depresiei.

Tulburările dispoziționale de modelul episoadelor depresive recurente sau tulburării afective bipolare (mai precis a episoadelor hipomaniacale în timpul consumului de steroizi) s-au evidențiat la 58% dintre pacienții diagnosticați cu dismorfie musculară [71].

Lotul de studiu din prezenta cercetare este alcătuit din subiecți ce nu au fost diagnosticați cu tulburarea dismorfică musculară, afirmativ fără consum de steroizi androgeni; un nivel de depresie este prezent la 66,7% din respondenți (33,4% depresie ușoară, 33,4% depresie medie și severă), prezența simptomatologiei depresive putând fi în legătură și nemulțumirea acestora cu aspectul fizic, cât și cu alte aspecte existențiale, simptomatologia caracteristică dismorfiei musculare fiind cel mult la intensitate subclinică.

În lotul de control doar 30% dintre subiecți prezintă un grad ușor de depresie; prezența acestei tulburări dispoziționale poate fi în legătură cu preocuparea sau nemulțumirea cu aspectul fizic sau în legătură cu alte aspecte existențiale.

4.2.3. Frecvența comparativă a trăsăturilor de personalitate accentuată la cele două loturi.

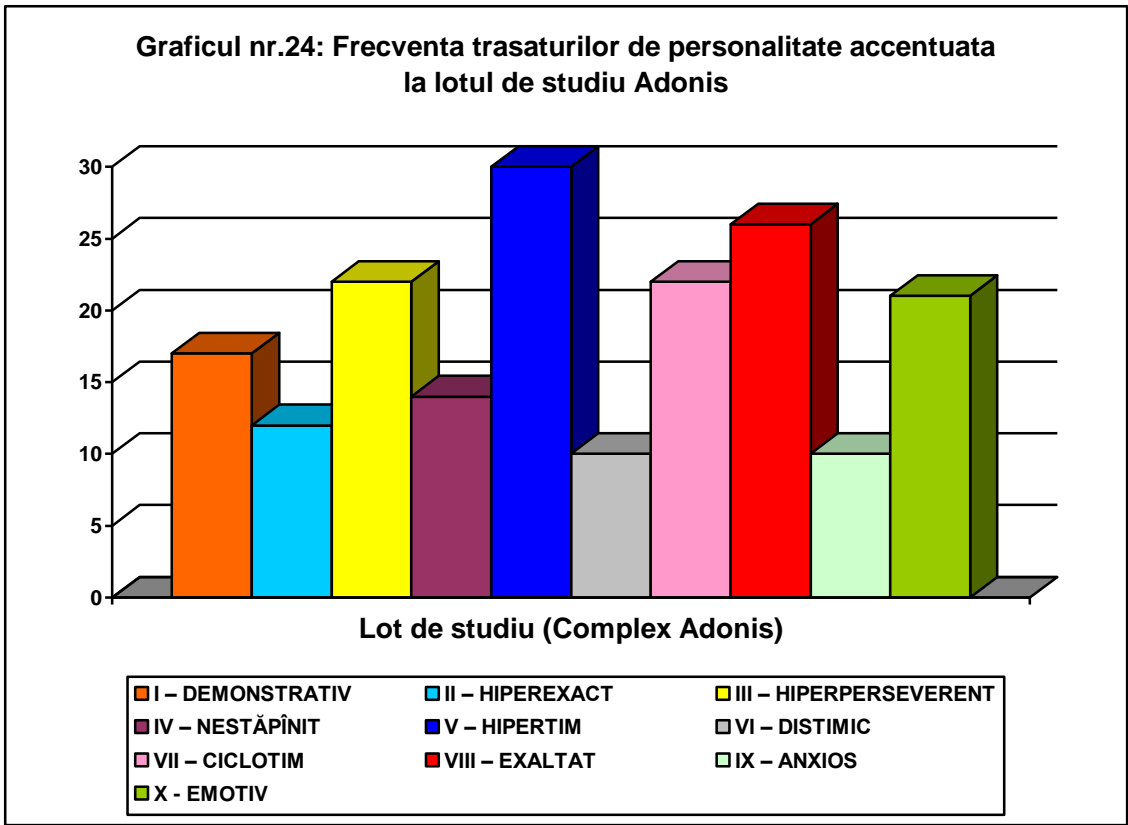
Având în vedere specificul de cotare și interpretare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate accentuată, s-a realizat o comparație a frecvenței cu care se regăsesc în lotul de studiu (și, respectiv, lotul de control) cele 10 tipuri de trăsături accentuate ale personalității.

S-a considerat că o trăsătură de personalitate se poate cota ca accentuată în cazul în care subiectul a confirmat prezența a cel puțin 50% din caracteristicile tipului respectiv de personalitate (i.e. o cotă de 50% sau mai mult conform modului de cotare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate).

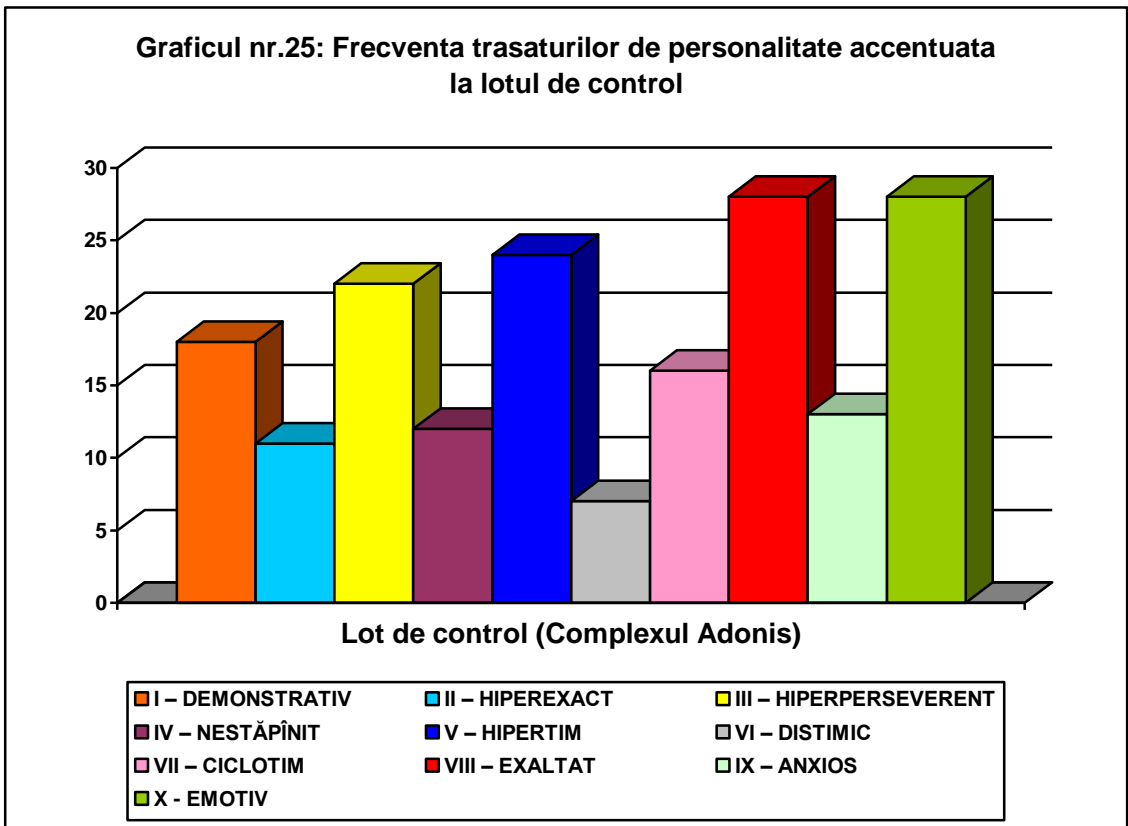
Tabelul nr.31: Distribuția persoanelor cu personalități accentuate în cele două loturi				
Adonis				
Trăsătură de personalitate	Lot de studiu		Lot de control	
	Număr de subiecți	%	Număr de subiecți	%
I – DEMONSTRATIV	17	56.7	18	60.0
II – HIPEREXACT	12	40.0	11	36.7
III – HIPERPERSEVERENT	22	73.3	22	73.3
IV – NESTĂPÎNIT	14	46.7	12	40.0
V – HIPERTIM	30	100.0	24	80.0
VI – DISTIMIC	10	33.3	7	23.3
VII – CICLOTIM	22	73.3	16	53.3
VIII – EXALTAT	26	86.7	28	93.3
IX – ANXIOS	10	33.3	13	43.3
X - EMOTIV	21	70.0	28	93.3

Tabelul nr.31: Distribuția persoanelor cu personalități accentuate în cele două loturi Adonis

În graficele nr.24 și 25 sunt reprezentate grafic profilurile pentru cele două loturi Adonis.



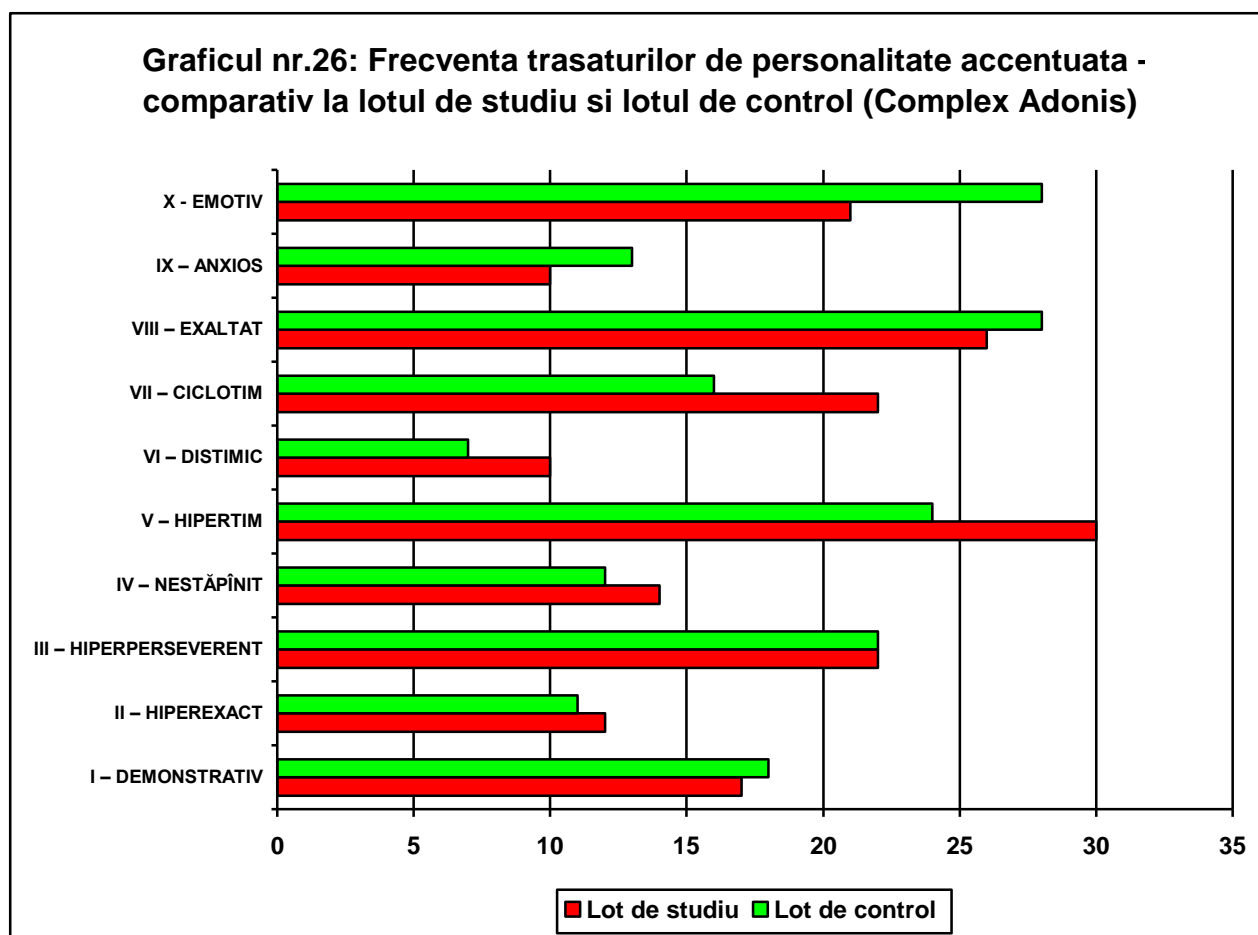
Graficul nr.24: Frecvența trăsăturilor de personalitate accentuată la lotul de studiu Adonis



Graficul nr.25: Frecvența trăsăturilor de personalitate accentuată la lotul de control

În lotul de studiu se observă predominanța trăsăturilor de personalitate de tip hipertim (100%), exaltat (86.7%), hiperperseverent și ciclotim (73.3%) trăsături care se regăsesc (accentuate) la mai mult de 60% din totalul subiecților din lotul de studiu.

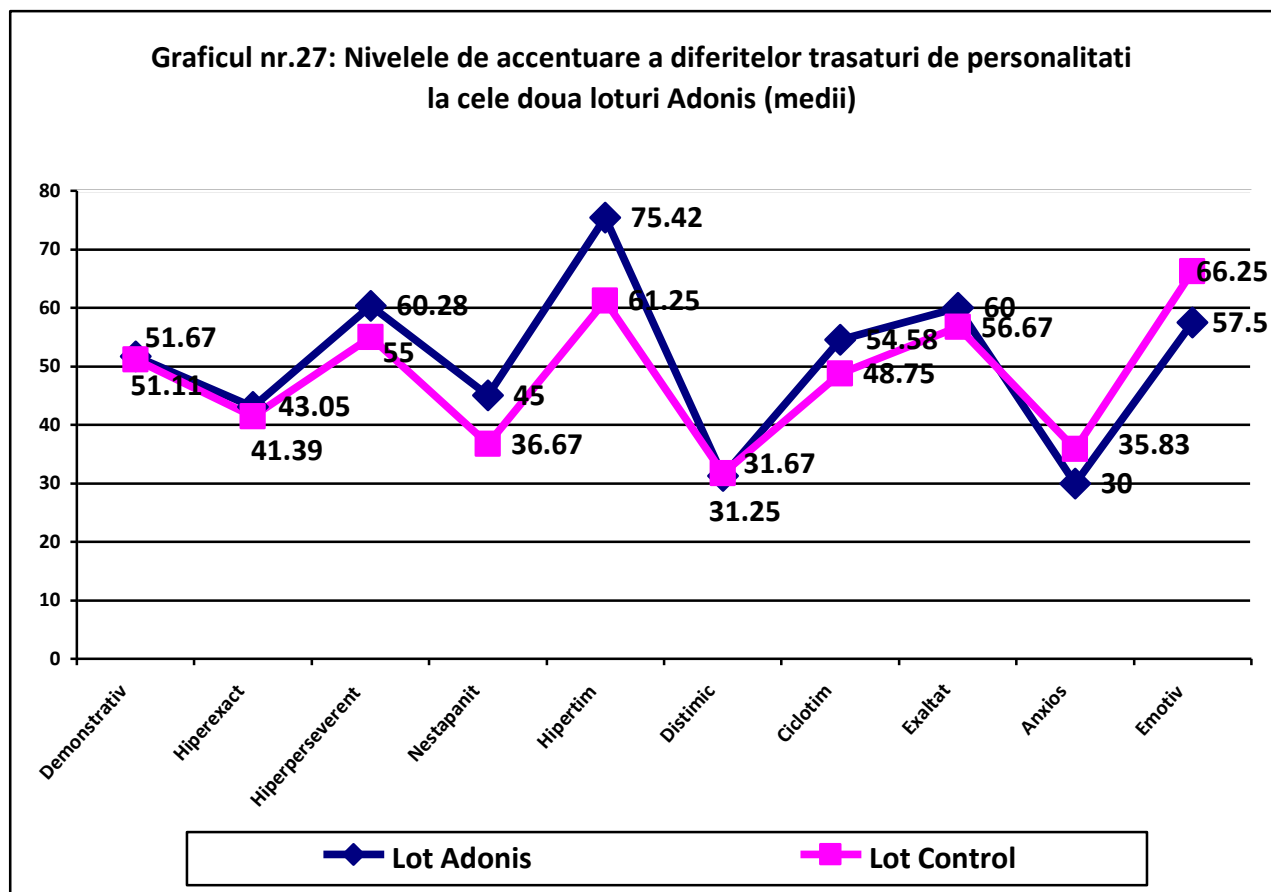
La lotul de control trăsăturile de personalitate de tip "hipertim", "exaltat" și "hiperperseverent" se regăsesc și ele (accentuate) la peste 60% din subiecți.



Graficul nr.26: Frecvența trăsăturilor de personalitate accentuată – comparativ la lotul de studiu și lotul de control (Complex Adonis)

Comparativ între cele două loturi se poate observa (vezi graficul nr.26), că trăsăturile de personalitate de tip "hipertim", "ciclotim", "distimic", "hiperexact" și "nestăpânit" sunt mai frecvente la lotul de studiu, iar trăsăturile de personalitate de tip "emotiv", "anxios", "exaltat" și "demonstrativ" sunt mai frecvente la lotul de control. Per ansamblu cele mai importante diferențe între frecvențe se înregistrează la trăsăturile de personalitate de tip "hipertim", predominante la lotul de studiu ($\chi^2=6,67$, $p=0.009$) și "ciclotim" (prezente la 73.3% dintre subiecții din lotul de studiu și doar la 53.3% din lotul de control, dar fără să atingă semnificația statistică ($\chi^2=2,58$, $p=0.10$) și o predominanță semnificativă a tipului „emotiv” în lotul de control ($\chi^2=5,45$, $p=0.02$).

Nivelele de accentuare ale diverselor trăsături de personalitate ale indivizilor din lotul de studiu și lotul de control sunt prezentate în graficul nr.27.



Graficul nr.27: Nivelele medii de accentuare a diferitelor trăsături de personalitate la cele două loturi Adonis

Conform modului de cotare a chestionarului, intensitatea prezenței caracteristicii este exprimată sub formă procentuală. Schmieschek - bazându-se pe unele date experimentale - avansează ideea că se poate vorbi de o “accentuare” în cazul în care numărul de răspunsuri DA trece de 50%, adică mai mult de jumătate din numărul de întrebări specifice fiecăreia din cele 10 grupe de simptome.

Conform acestei interpretări, pe ansamblul lotului de studiu Adonis putem vorbi de identificarea unor trăsături de personalitate de tip hipertim, hiperperseverent, exaltat, emotiv, ciocotim și demonstrativ, iar la lotul de control de trăsături de personalitate de tip emotiv, hipertim, hiperperseverent, demonstrativ și exaltat.

Pentru lotul de studiu este evidentă atât intensitatea crescută a trăsăturilor de personalitate de tip hipertim (75.4% vs. 61.25%) și hiperperseverent (60.28% vs. 55.0%) cât și ciclotim (54.58 vs 48.42%); de asemenea, trăsăturile de personalitate accentuate tip "hipertim", "ciclotim", "distimic", "hiperexact" și "nestăpânit" sunt mai frecvente la lotul de studiu.

Aplicarea testului de comparație Mann-Whitney relevă existența unor diferențe de intensitate statistic semnificative doar pentru trăsătura de personalitate de tip "hipertim" (vezi tabelul nr.32).

Tabelul nr.32: Rezultatele comparației nivelelor de accentuare a trăsăturilor de personalitate la cele două loturi Adonis (testul non-parametric Mann-Whitney)					
Trăsătură de personalitate	Suma rangurilor la lotul de studiu	Suma rangurilor la lotul de control	U	Z	p
I – DEMONSTRATIV	920,0	910,0	445,0	0,074	0,941
II – HIPEREXACT	933,0	897,0	432,0	0,266	0,790
III – HIPERPERSEVERENT	993,0	837,0	372,0	1,153	0,249
IV – NESTĂPÎNIT	1001,0	829,0	364,0	1,276	0,203
V – HIPERTIM	1121,0	709,0	244,0	3,047	0,002 Semnificativ statistic
VI – DISTIMIC	905,5	924,5	440,5	-0,140	0,883
VII – CICLOTIM	982,5	847,5	382,5	0,998	0,318
VIII – EXALTAT	969,5	860,5	395,5	0,806	0,424
IX – ANXIOS	858,5	971,5	393,5	-0,835	0,403
X - EMOTIV	803,5	1026,5	338,5	-1,648	0,099

Tabelul nr.32: Rezultatele comparației nivelelor de accentuare a trăsăturilor de personalitate la cele două loturi Adonis (testul non-parametric Mann-Whitney)

Putem spune așadar că subiecții din lotul de studiu (Complex Adonis) prezintă trăsături de personalitate de tip "hipertim" mai frecvent și la intensitate semnificativ mai mare decât subiecții din lotul de control.

În ce privește comorbiditatea între dismorfia musculară și tulburările de personalitate, s-au evidențiat atât asemănări cât și deosebiri în special cu tulburările incluse în cluster-ul B (în speță tulburarea de personalitate tip narcisic) [80]. La ambele categorii nosologice există,

pe de-o parte, îngrijorări legate de identitate și aspect fizic, relații interpersonale instabile, iar, pe de altă parte, în timp ce indivizii cu tulburare de personalitate de tip narcisic își doresc să fie în centrul atenției sau să aibă succes pe plan social, cei cu dismorfie musculară evită conștient și voluntar expunerea la situații sociale de teamă că va fi observată „musculatura subdezvoltată”. Cei cu dismorfie musculară practică un program de antrenament fizic în scopul de a fi acceptați de către ceilalți, nu pentru a-i influența într-o anumită direcție, așa cum se întâmplă de obicei la psihopatul narcisic. Comportamentele impulsive, caracteristice tulburărilor de personalitate arondate cluter-ului B nu se întâlnesc de regulă la indivizii suferinzi de dismorfie musculară, doar în cazul consumului de steroizi androgeni.

Hipertimul se caracterizează printr-o dispoziție predominant bună, spirit întreprinzător, activism înalt, fiind mereu în acțiune care poate fi un mecanism de descărcare a afectelor.

Caracteristicile de bază ale dismorfiei musculare sunt preocuparea pentru aspect, nevoia de a-și dezvolta cât mai mult masa musculară, comportamente și conduite ce deservește aceste intenții (exerciții fizice excesive ca frecvență, dificultate, durată, alimentație restrictivă și selectivă). De asemenea, după cum am menționat aceste persoane dezvoltă frecvent tulburări dispoziționale ca depresii recurente, episoade hipomaniacale, anxietate, iar activitatea fizică excesivă ar putea funcționa și ca mecanism psihologic de descărcare a acestor afecte.

Lotul de studiu din cercetarea actuală se caracterizează printr-o rată de depresie mai mică decât cea întâlnită la loturile formate din subiecți dignosticați cu bigorexie și mai mare decât cea prezentă la lotul de control. Acest aspect l-am corelat cu gradul de preocupare pentru aspectul corporal, cu nivelul de nemulțumire cu masa musculară și cu nevoia de dezvoltare a acesteia. Trăsăturile de personalitate de tip hipertim prezente mai frecvent și mai accentuat la lotul de studiu față de lotul de control, ar putea fi direct proporțional cu aceste aspecte, adică gradul de preocupare, respectiv nemulțumire cu aspectul fizic, nevoia de îmbunătățire a masei musculare, mai intense la lotul de studiu.

4.2.4. Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală („Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report”, prescurtat *BDDE-SR*, este un chestionar complex care urmărește identificarea gradului de satisfacție/insatisfacție a subiecților privind aspectul lor corporal.

Prima parte a chestionarului urmărește identificarea părților corporale al căror aspect produce cel mai mare discomfort subiectului.

A doua parte a chestionarului urmărește identificarea mijloacelor/măsurilor la care recurge subiectul pentru a modifica părțile corporale al căror aspect îl nemulțumeste sau aspectul corporal general.

Cea de-a treia parte a chestionarului urmărește identificarea gradului de insatisfacție a subiectului față de aspectul corporal.

Pentru prima parte a chestionarului am trecut în revistă numărul subiecților care s-au arătat nemulțumiți de aspectul corporal al diverselor părți ale corpului lor. În tabelul nr.33 am prezentat părțile corpului care se află pe primele 5 locuri a nemulțumirilor la subiecții celor două loturi pentru complexul Adonis.

Tabelul nr.33: Clasamentul părților corpului care produc cel mai mare disconfort pentru subiecții celor două loturi Adonis						
Lot:	Nr de subiecți care au plasat partea de corp pe:					
	Locul 1	Locul 2	Locul 3	Locul 4	Locul 5	
De studiu	Talie (12 sub)	Piept (9 sub)	Coapse (7 sub)	Braț (6 sub)	Gambe (6 sub)	
De control	Talie (13 sub)	Coapse (5 sub)	Piept (3 sub)	Fund (4 sub)	Gambe (5 sub)	

Tabelul nr.33: Clasamentul părților corpului care produc cel mai mare disconfort pentru subiecții celor două loturi Adonis

Cei mai mulți subiecți din ambele loturi par să fie cel mai nemulțumiți de aspectul taliei; în ceea ce privește subiecții din lotul de studiu, pieptul se situează pe al doilea loc ca importanță în "topul nemulțumirii" la cei mai mulți subiecți, pe când la lotul de control pieptul a fost plasat cel mai frecvent pe locul 3. De asemenea, la lotul de studiu, coapsele sunt pe locul 3 ca parte a corpului care produce cea mai mare nemulțumire, pe când la lotul de control coapsele sunt pe locul 2. Observăm o frecvență crescută la lotul de studiu a importanței acordată pieptului, iar la lotul de control o importanță crescută acordată coapselor.

Se poate observa că părțile corpului care provoacă cel mai frecvent discomfort subiecților din ambele loturi sunt: talia, pieptul, coapsele. Pentru aceste variabile s-a utilizat testul de comparație a frecvențelor χ^2 pentru identificarea diferențelor semnificative statistic. Rezultatele testului au indicat că nu există diferențe semnificative statistic între cele două loturi.

Tabelul nr.34: Itemii BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi Adonis					
Întrebare	Suma rangurilor		U	Z (corectat)	p-level (corectat)
	Lotul de control	Lotul de studiu			
Cât de nemulțumit sunteți de aspectul fizic general al dvs?	790.0 Nu sunt nemulțumit	1040.0 Sunt oarecum nemulțumit	325.0	1.976	0.048
Cât de des ați încercat să cereți celorlalți să vă asigure că respectiva trăsătură fizică nu este atât de anormală și gravă cum credeți dvs?	798.5 Nu am cerut	1031.5 1-3 zile	333.5	2.030	0.042
Cât de des v-a afectat faptul că cineva v-a făcut ceva sau a făcut ceva pentru dvs datorită trăsăturii dvs. fizice?	749.0 Nu am fost afectat (sau ceilalți nu m-au tratat diferit)	1081.0 Puțin afectat, când era vorba de anumite persoane	284.0	2.76	0.005
Cât de negativ v-ați evaluat ca persoană datorită trăsăturii dvs. fizice?	736.5 Nu m-am evaluat negativ	1093.5 Evaluare negativă moderată ca intensitate	271.5	2.78	0.005
Cât de atractiv fizic credeți că vă consideră ceilalți?	748.5 Oarecum neutragător	1081.5 Destul de neutragător	283.5	2.79	0.005
Cât de frecvent ați evitat spațiile publice deoarece nu vă simțeați confortabil cu trăsătura dvs. fizică?	795.0 Nu am evitat spațiile publice	1035.0 Am evitat spațiile publice uneori	330.0	2.29	0.022
Cât de frecvent ați evitat să vă priviți corpul, în special aceea trăsătură fizică, pentru a controla emoțiile legate de această trăsătură?	796.0 Nu am evitat să îmi privesc corpul	1034.0 1-3 zile	331.0	2.14	0.032

Tabelul nr.34: Itemii BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi Adonis

Totuși, se poate observa că la lotul de studiu predomină nemulțumirea față de aspectul taliei (40.0%), a pieptului (30.0%), și coapselor (23.3%), la lotul de control predomină nemulțumirea față de aspectul taliei (43.3%), coapselor (16.7%), și pieptului (10.0%).

Importanța acordată de subiecți trăsăturii corporale care le induce cel mai mare disconfort (plasată pe locul 1 în prima parte a scalei BDDE) este investigată în partea a III-a a scalei. Pentru itemii din această secțiune a scalei s-a utilizat testul Mann-Whitney U Test pentru a evidenția diferențele între cele două loturi sub acest aspect. Rezultatele semnificative sunt prezentate în tabelul nr.34. În paranteză este prezentat răspunsul corespunzător scorului brut mediu per lot.

Diferențele semnificative la itemii de sinteză ai BDDE-SR sunt prezentate în tabelul nr.35.

Tabelul 35: Itemii de sinteză BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi Adonis					
Itemi	Suma rangurilor		U	Z (corectat)	p-level (corectat)
	Lotul de control	Lotul de studiu			
BDDE 1-15 Importanța acordată trăsăturii fizice care produce cel mai mare disconfort	770.0	1060.0	305.0	2.14	0.03
Scor total	795.5	1034.5	330.0	1.76	0.045

Tabelul 35: Itemii de sinteză BDDE-SR cu diferențe semnificative între cele două loturi Adonis

Media scorului la scala BDDE-SR pentru lotul de studiu este de 37.7 puncte, iar media scorului pentru lotul de control este de 25.07 puncte.

Sintetizând, putem identifica următoarele diferențe între subiecții din lotul de studiu și cei din lotul de control:

- Subiecții din lotul de studiu se recunosc mai nemulțumiți de aspectul lor fizic decât subiecții din lotul de control; ei caută mai des confort afectiv prin reasigurări din partea celorlalți privind aspectul fizic;

- Subiecții din lotul de studiu sunt afectați în special (umiliți?) dacă cei din jur le acordă tratament special datorită trăsăturii lor fizice care îi deranjează;

- Subiecții din lotul de studiu se autoevaluează negativ și presupun din partea celorlalți același tip de evaluare negativă pe baza aspectului fizic;

- Subiecții din lotul de studiu adoptă un comportament evitant din cauza trăsăturii fizice care îi deranjează, tinzând să ocolească expunerea în public, dar și auto-examinarea;

- Subiecții din lotul de studiu par să fie afectați în special de modul în care sunt priviți și tratați de către ceilalți și se raportează la corporalitatea proprie prin ceilalți.

Ar fi interesant de investigat (poate într-un studiu ulterior) modul în care acești subiecți corelează aspectul fizic cu "masculinitatea" în sine și cu reușita în viață.

Partea a doua a chestionarului BDDE-SR se referă la măsurile/mijloacele la care recurg subiecții pentru a remedia defectele percepute de ei în privința aspectului lor corporal. De asemenea, pe o scală de la 1 la 10 s-a cota intensitatea cu care subiecții au recurs la metodele respective pentru corectarea aspectului lor corporal. În tabelul nr.36 se prezintă comparativ numărul de subiecți care au recurs la aceste metode.

Tabelul nr.36: Metodele de corectare utilizate de subiecții celor două loturi Adonis				
Metodă de corectare	Număr de subiecți care au recurs la metode de corectare a aspectului lor corporal		% de subiecți care au recurs la metode de corectare a aspectului lor corporal (din total număr de subiecți în lot)	
	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu
Regim alimentar	10	21	33.3	70.0
Exerciții fizice	11	30	36.7	100.0
Intervenții chirurgicale	0	0	0.0	0.0
Intervenții cosmetice	1	1	3.3	3.3
Intervenții stomatologice	7	6	23.3	20.7
Creme	2	1	6.7	3.3
Transplant păr	0	0	0.0	0.0
Proteze	0	0	0.0	0.0
Altele	0	0	0.0	0.0

Tabelul nr.36: Metodele de corectare utilizate de subiecții celor două loturi Adonis

Diferențele cele mai mari între lotul de studiu și cel de control se înregistrează în ceea ce privește exercițiile fizice și regimul alimentar. Fiecare subiect din lotul de studiu are un regim de exerciții fizice intense și regulate, acesta fiind practic criteriu de selecție în lotul de studiu Adonis.

Tabloul clinic al tulburării dismorfice musculare cuprinde o serie de simptome, printre care și următoarele (71):

- Insatisfacția constantă legată de forma și dimensiunea masei musculare
- Preocuparea pentru a desfășura cu regularitate și rigurozitate exerciții fizice intense și excesive (zilnic, câteva ore pe zi)
- Desfășurarea antrenamentului fizic chiar și în condițiile în care se produc leziuni fizice (rupturi musculare, întinderi ligamentare, de tendoane sau traumatisme articulare)
- Preocuparea intensă pentru un regim alimentar strict, bogat în proteine și lipsit de lipide și recurgerea la respectarea acestuia
- Consumul de suplimente nutritive cu conținut bogat de proteine
- Consumul de anabolizante steroide.

Lotul de studiu este constituit din subiecți cu o preocupare mai puțin intensă pentru aspectul fizic și pentru masa musculară față de subiecții cu tulburare dismorfică manifestă și mai accentuată față de subiecții lotului de control. Preocuparea și nemulțumirea legată de aspectul fizic și masa musculară sunt însoțite de comportamente și conduite menite să amelioreze aceste „deficiențe”, astfel frecvența, dificultatea și durata antrenamentelor executate este mult mai mare la lotul de studiu față de lotul de control, fără a avea alura celor desfășurate de cei cu dismorfie musculară.

4.2.5. Chestionar screening pentru aspectul corporal

Aplicarea testului statistic Cronbach alfa pentru validarea chestionarului propus în această lucrare pentru lotul de studiu (Complex Adonis) și lotul de control, a dus la următoarele rezultate:

- Pe ansamblul scalei, coeficientul Cronbach alfa = 0.759, peste pragul limită acceptat, deci chestionarul prezintă o consistență internă suficientă;
- Media per scală este de 10.35, dev.std. = 4.53, coeficientul de corelație inter-itemi mediu 0.167

Rezultatele testării consistenței interne a chestionarului screening sunt prezentate în tabelul nr.37.

Tabelul nr.37: Rezultatele testării consistenței interne a chestionarului screening					
Item chestionar	Media (dacă itemul este exclus)	Variația (dacă itemul este exclus)	Deviația standard (dacă itemul este exclus)	Corelația itemului cu valoarea totală	Valoare Cronbach alfa dacă itemul este exclus
Întrebarea 1	9,93	18,52	4,30	0,32	0,75
Întrebarea 2	9,43	20,31	4,50	-0,09	0,77
Întrebarea 3	9,95	18,08	4,25	0,44	0,75
Întrebarea 4.1	9,75	20,68	4,54	-0,17	0,78
Întrebarea 4.2	9,73	15,99	3,99	0,53	0,72
Întrebarea 5.1	9,73	18,99	4,35	0,22	0,75
Întrebarea 5.2	10,23	18,37	4,28	0,37	0,74
Întrebarea 6a	9,35	24,35	4,31	0,21	0,77
Întrebarea 6b	9,243	24,58	4,34	0,29	0,74
Întrebarea 6c	9,48	24,22	4,81	0,24	0,81
Întrebarea 6d	9,67	24,15	4,78	0,17	0,76
Întrebarea 6e	9,57	24,47	4,69	0,28	0,79
Întrebarea 7	10,17	18,54	4,30	0,44	0,74

Tabelul nr.37: Rezultatele testării consistenței interne a chestionarului screening

Întrebările care contribuie cel mai mult la consistența chestionarului sunt întrebarea 4.2 (Vă rugăm să descrieți mijloacele la care ați apelat în ultimele 6 luni pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic) și întrebarea 5.2. (Considerați că în prezent sunteți: urât/dizgrațios, lipsit de sex-appeal/respingător fizic?). Întrebarea 6c (referitoare la irascibilitate) nu aduce nici o contribuție pozitivă la consistența chestionarului; dimpotrivă, dacă ar fi eliminată s-ar produce o creștere a consistenței acestuia. Același lucru este valabil și pentru întrebările de la punctul 6 în general.

Faptul că chestionarul și modul de cotare al acestuia poate fi utilizat pentru identificarea diferențelor între persoanele care prezintă un interes crescut/neobișnuit și un disconfort privind aspectul lor corporal și în cazul persoanelor prezentând simptomele Complexului Adonis (sau simptome subclinice ale tulburării dismorfofobice) este demonstrat

prin faptul că testul Mann-Whitney indică existența unor diferențe semnificative statistic între cele două grupuri (de studiu și de control) în ceea ce privește scorul total mediu obținut la chestionar (vezi tabelul nr.38).

Tabelul nr.38: Comparația punctajului total la chestionarul screening între cele două loturi Adonis				
Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
1045.0	785.0	320.	1.961	p=0.049<0.05 Semnificativ statistic

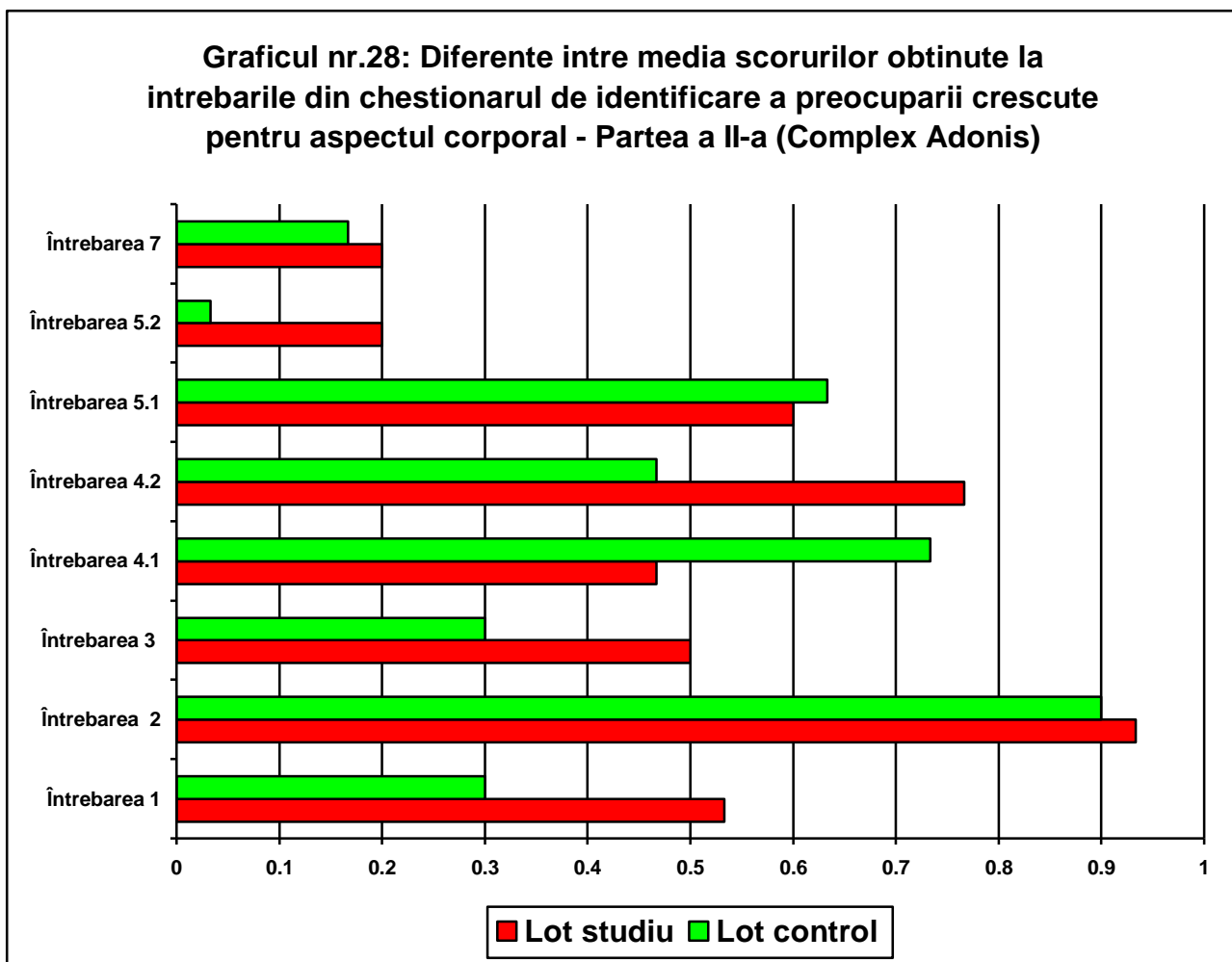
Tabelul nr.38: Comparația punctajului total la chestionarul screening între cele două loturi Adonis

Media punctajului la chestionar pentru grupul de studiu a fost de 4.20 puncte (dev.std.=1.65) iar la grupul de control de 3.53 puncte (dev.std.= 1.50).

Cele mai semnificative diferențe între punctajele pe itemi au fost obținute pentru întrebarea 4.2. (Vă rugăm să descrieți mijloacele la care ați apelat în ultimele 6 luni pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic) și întrebarea 1 (preocuparea pentru aspectul fizic în ultimele 12 luni) (vezi tabelul nr.39).

Tabelul nr.39: Comparația scorurilor itemilor chestionarului screening între cele două loturi			
Item chestionar	Media scorului la item		Diferență între medii
	Lot de studiu	Lot de control	
Întrebarea 1	0,5333	0,3000	0,23
Întrebarea 2	0,9333	0,9000	0,03
Întrebarea 3	0,5000	0,3000	0,20
Întrebarea 4.1	0,4667	0,7333	-0,27
Întrebarea 4.2	0,7667	0,4667	0,30
Întrebarea 5.1	0,6000	0,6333	-0,03
Întrebarea 5.2	0,2000	0,0333	0,17
Întrebarea 7	0,2000	0,1667	0,03

Tabelul nr.39: Comparația scorurilor itemilor chestionarului screening între cele două loturi



Graficul nr.28: Diferențe între media scorurilor obținute la întrebările din chestionarul de identificare a preocupării crescute pentru aspectul corporal – partea a II-a Complex Adonis

Corelații semnificative au fost identificate între următorii itemi (întrebări):

- 1 și 3, indicând că la lotul de studiu preocuparea crescută pentru aspectul corporal din momentul actual și cea din ultimele 12 luni se corelează, astfel încât intensitatea preocupării privind aspectul corporal crește cu trecerea timpului ($R = 0.534$, $p < 0.05$);

- 4c și 4.1, corelație inversă ($R = -0.464$, $p < 0.05$) indicând că cu cât subiecții fac exerciții fizice mai intense cu atât ei consideră că fac destul pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic. Prin urmare exercițiile fizice sunt văzute ca principala metodă de îmbunătățire a aspectului fizic;

- 5.1 și întrebarea 1, indicând că persoanele care se consideră prea grase/prea slabe au manifestat o preocupare crescută pentru aspectul fizic în cursul ultimei 12 luni ($R = 0.463$, $p < 0.05$);

- 5.2. și întrebarea 7, indicând că cu cât un subiect are o părere mai proastă despre aspectul său corporal, cu atât el tinde să evite să își expună corpul, chiar dacă acest lucru presupune neparticiparea la activități sociale ($R = 0.406$, $p < 0.05$).

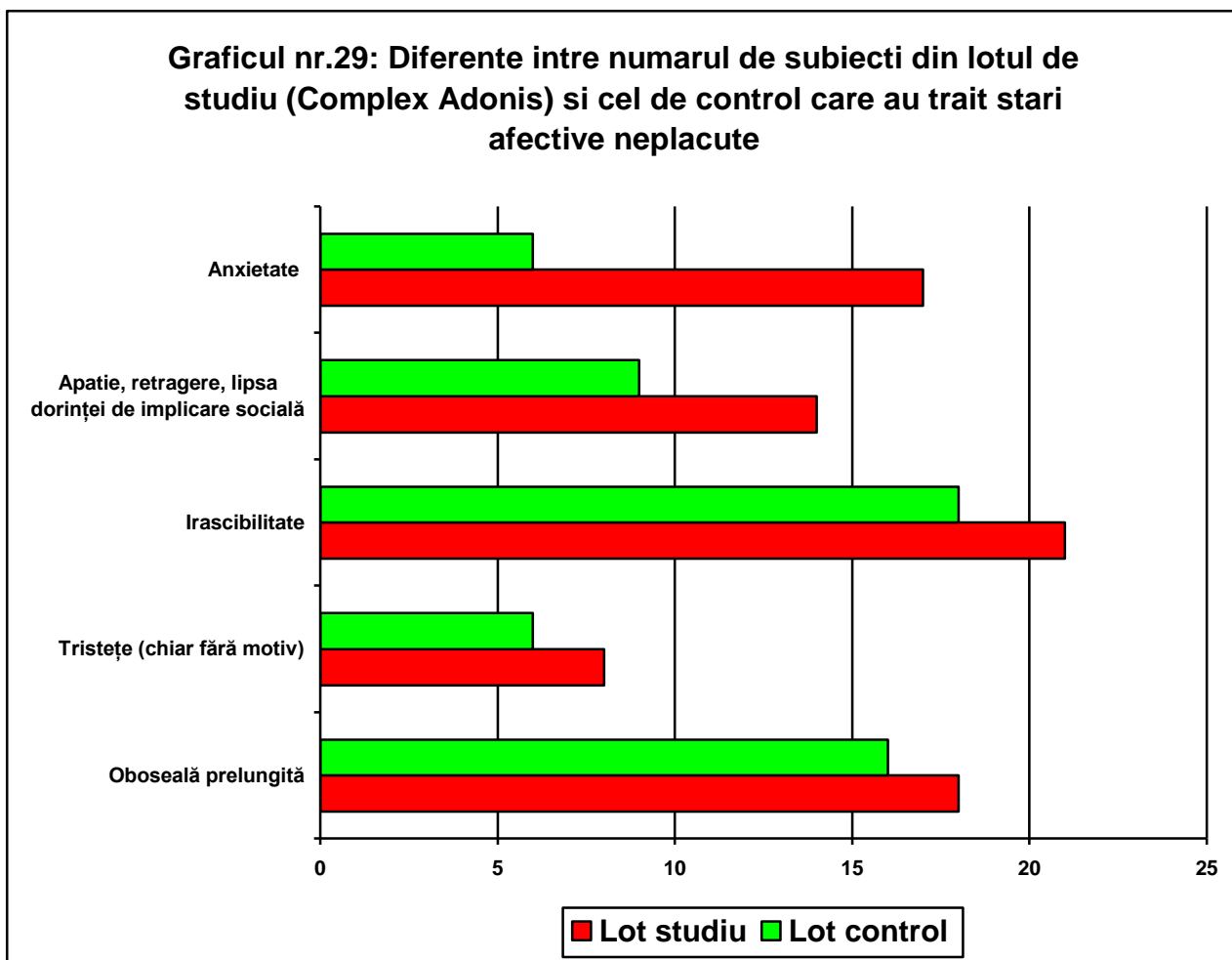
Aplicarea testului de comparație a frecvențelor χ^2 nu a identificat existența unor diferențe semnificative statistice între numărul de subiecți din lotul de studiu și lotul de control în ceea ce privește trăirea unor stări afective neplăcute.

Totuși, numărul subiecților din lotul de studiu care au resimțit o stare de oboseală prelungită, tristețe, irascibilitate, apatie și anxietate este mai mare decât a celor din lotul de control, după cum se poate vedea din tabelul nr.40.

Tabelul nr.40: Trăiri afective raportate la chestionarul screening de cele două loturi Adonis		
Stare afectivă generală	Număr de subiecți care au resimțit stările respective	
	Lot de studiu	Lot de control
Oboseală prelungită	18	16
Tristețe (chiar fără motiv)	8	6
Irascibilitate	21	18
Apatie, retragere, lipsa dorinței de implicare socială	14	9
Anxietate	17	6

Tabelul nr.40: Trăiri afective raportate la chestionarul screening de cele două loturi Adonis

În urma examinării rezultatelor obținute, putem spune că chestionarul proiectat are, în această primă formă, o validitate relativ bună, și reușește să își atingă scopul propus, urmând ca prin studii ulterioare să fie eliminate întrebările (itemii) care nu prezintă destulă relevanță și să fie crescută precizia (specificitatea) celorlalte întrebări.



Graficul nr.29: Diferențe între numărul de subiecți din lotul de studiu (Complex Adonis) și cel de control care au trăit stări afective neplăcute

4.2.6. Chestionar de evaluare pentru Complexul lui Adonis

Chestionarul cuprinde un număr de 13 întrebări, fiecare din acestea având un număr de 3 răspunsuri posibile. Răspunsurile sunt cotate crescător de la 1-3 (răspunsul a = 1, b = 2, c = 3), corespunzător creșterii frecvenței/intensității factorului pe care îl măsoară.

Aspectele investigate sunt:

- intensitatea preocupării subiectului privind aspectul fizic (măsurat ca și durata de timp/zi petrecută gândindu-se la această problemă), precum și sentimentele (afectivitatea) implicată;
- comportamentul evitant activ datorat preocupării pentru aspectul fizic;

- comportamentul activ al subiectului pentru corectarea problemei fizice pe care consideră că o are (timp dedicat exercițiilor, activităților de înfrumusețare, utilizarea unor mijloace precum diete, suplimente alimentare);

- implicațiile sociale ale comportamentului și convingerilor subiectului privind aspectul său fizic (venitul cheltuit, afectarea relațiilor sociale, a vieții sexuale, evitarea ocaziilor sociale);

- comportamentul de risc: efectul comportamentului subiecților asupra sănătății (consumul de substanțe, metode extreme).

S-a calculat un scor total prin însumarea tuturor scorurilor la itemi.

În tabelul nr.41 este prezentată frecvența răspunsurilor subiecților din lotul de studiu și comparativ din lotul de control la chestionarul Adonis.

Tabelul nr.41: Frecvența răspunsurilor la Chestionarul Adonis ale subiecților celor două loturi (de studiu și de control) Adonis						
Întrebare	Număr de subiecți care au răspuns:					
	rar sau deloc		uneori		frecvent	
	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control
A1. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile petreceți îngrijorându-vă pentru aspectul fizic	21 70.0%	28 93.3%	7 23.3%	2 6.7%	2 6.7%	0 0.0%
A2. Cât de des vă simțiți nefericit datorită preocupărilor legate de aspectul dvs. fizic?	19 63.3%	26 86.7%	11 36.7%	4 13.3%	0	0
A3. Cat de des evitați situațiile în care corpul dvs sau anumite părți corporale ar putea fi văzute de alt persoane?	25 83.3%	20 66.7%	5 16.7%	8 26.6%	0	2 6.7%
A4. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați activităților de înfrumusețare menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	23 76.7%	22 73.3%	5 16.7%	7 23.3%	2 6.7%	1 3.3%
A5. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați exercițiilor fizice menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	12 40.0%	23 76.7%	17 56.7%	6 20.0%	1 3.3%	1 3.3%
A6. Cât de des recurgeți la diete, la	15	17	10	10	5	3

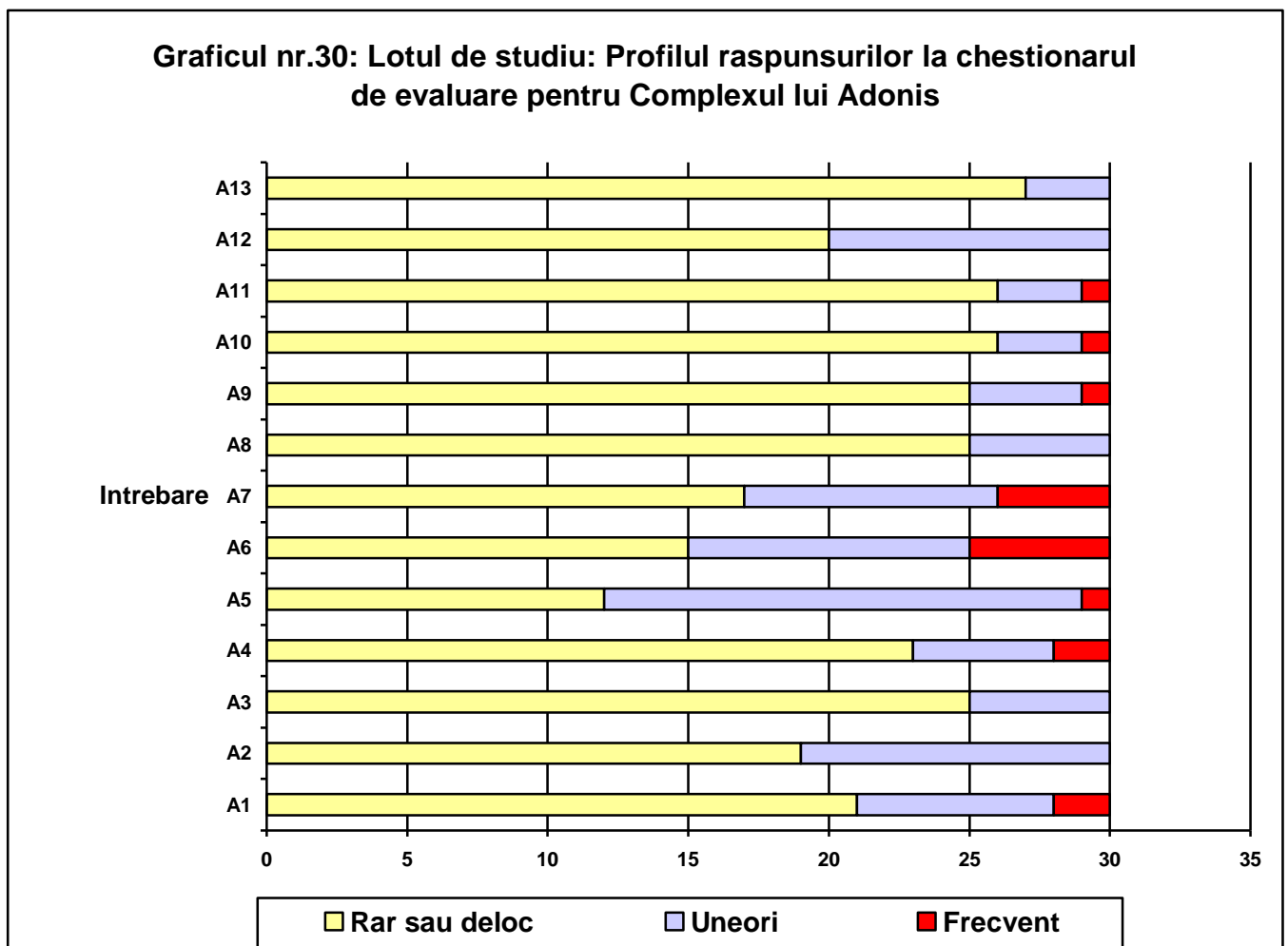
Tabelul nr.41: Frecvența răspunsurilor la Chestionarul Adonis ale subiecților celor două loturi (de studiu și de control) Adonis

Întrebare	Număr de subiecți care au răspuns:					
	rar sau deloc		uneori		frecvent	
	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control	Lot de studiu	Lot de control
consumul anumitor alimente sau la suplimente nutritive pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic?	50.0%	56.7%	33.3%	33.3%	16.7%	15.0%
A7.Cât de mult din venitul dvs. cheltuiți pe anumite articole menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	17 56.7%	21 70.0%	9 30.0%	9 30.0%	4 13.3%	0 0.0%
A8.Cât de mult au afectat preocupările legate de aspectul fizic relațiile dvs sociale?	25 83.3%	29 96.7%	5 16.7%	1 3.3%	0 0.0%	0 0.0%
A9.Cât de des vi s-a întâmplat ca preocupările legate de aspectul fizic să vă compromită viața sexuală?	25 83.3%	28 93.3%	4 13.3%	2 6.7%	1 3.3%	0 0.0%
A10.Cât de des s-a întâmplat ca preocupările dvs legate de aspectul fizic să vă compromită activitatea la serviciu sau cariera?	26 86.7%	28 93.3%	3 10.0%	2 6.7%	1 3.3%	0 0.0%
A11.Cât de des ați evitat să fiți văzut de ceilalți datorită grijii pentru aspectul dvs. fizic?	26 86.7%	27 90.0%	3 10.0%	3 10.0%	1 3.3%	0 0.0%
A12.Ați consumat vreodată orice fel de substanță - legală sau ilegală - pentru a vă crește masa musculară, a pierde în greutate sau pentru alte moduri de a vă îmbunătăți aspectul fizic?	20 66.7%	21 70.0%	10 33.3%	9 30.0%	0 0.0%	0 0.0%
A13.Cât de des ați recurs la metode extreme (altele decât consumul de substanțe)(pentru a vă modifica aspectul fizic, precum: exerciții fizice în exces, post, etc?	27 90.0%	27 90.0%	3 10.0%	3 10.0%	0 0.0%	0 0.0%

Tabelul nr.41: Frecvența răspunsurilor la Chestionarul Adonis ale subiecților celor două loturi (de studiu și de control) Adonis

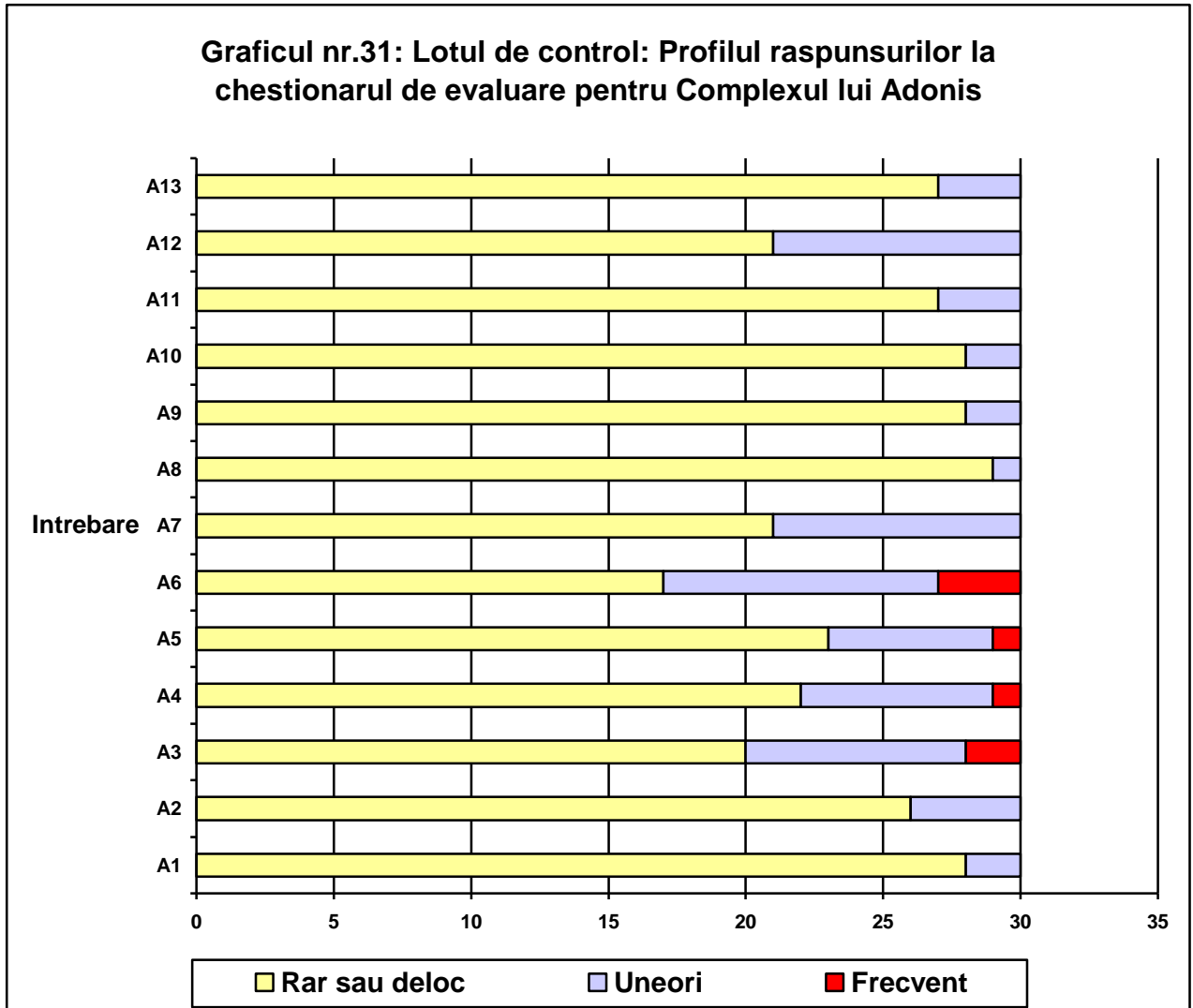
Aplicarea testului de comparație a frecvențelor χ^2 indică existența unor diferențe statistic semnificative între numărul de subiecți din lotul de studiu și cel de control care au răspuns "rar sau deloc", "uneori" sau "frecvent" la întrebarea A2 - Cât de des vă simțiți nefericit datorită preocupărilor legate de aspectul dvs. fizic? ($\chi^2 = 4.35$, $p = 0.036$), unde 36.7% subiecți din lotul de studiu au răspuns că se simt "uneori" și numai 13.3% subiecți din lotul de control au răspuns astfel; de asemenea și la întrebarea A5 - Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați exercițiilor fizice menite să vă îmbunătățească aspectul fizic? ($\chi^2 = 8.7$, $p = 0.012$), unde 56.7% subiecți din lotul de studiu au răspuns "60-120 de minute" și numai 20% dintre subiecții din lotul de control au răspuns astfel.

În graficele nr.30 și 31 este prezentat profilul răspunsurilor la chestionarul de evaluare pentru Complexul Adonis la lotul de studiu, respectiv lotul de control.



Graficul nr.30: Lotul de studiu: Profilul răspunsurilor la chestionarul de evaluare pentru Complexul Adonis

Se poate observa din acest grafic că cei mai mulți subiecți din lotul de studiu au răspuns cu "rar sau deloc" la întrebările A1, A2, A3, A4; A6-A13 și cu "60-120 minute" la întrebarea A5.



Graficul nr.31: Lotul de control: Profilul răspunsurilor la chestionarul de evaluare pentru Complexul Adonis

Se poate observa că la întrebarea A1, care se referă la „timpul petrecut îngrijorându-vă pentru aspectul fizic”, la lotul de studiu predomină răspunsurile de tip "30-60 minute", iar la lotul de control răspunsurile de tip "sub 30 de minute".

La întrebarea A2, care se referă la „cât de des vă simițiți nefericit datorită preocupărilor legate de aspectul dvs.fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile de tip

"rar sau deloc" dar răspunsurile de tip "uneori" sunt frecvente la lotul de studiu decât la lotul de control.

La întrebarea A3, care se referă la „cât de des evitați situațiile în care corpul dvs sau anumite părți corporale ar putea fi văzute de alte persoane?”, la ambele loturi predomină răspunsurile de tip "rar sau deloc".

La întrebarea A4, care se referă la „cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați activităților de înfrumusețare menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile de tip "sub 30 de minute", dar la lotul de studiu există mai multe răspunsuri de tip "peste 60 de minute" decât la lotul de control.

La întrebarea A5, care se referă la „cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați exercițiilor fizice menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?”, la lotul de studiu predomină răspunsurile de tip "60-120 de minute", iar la lotul de control cele de tip "sub 60 de minute".

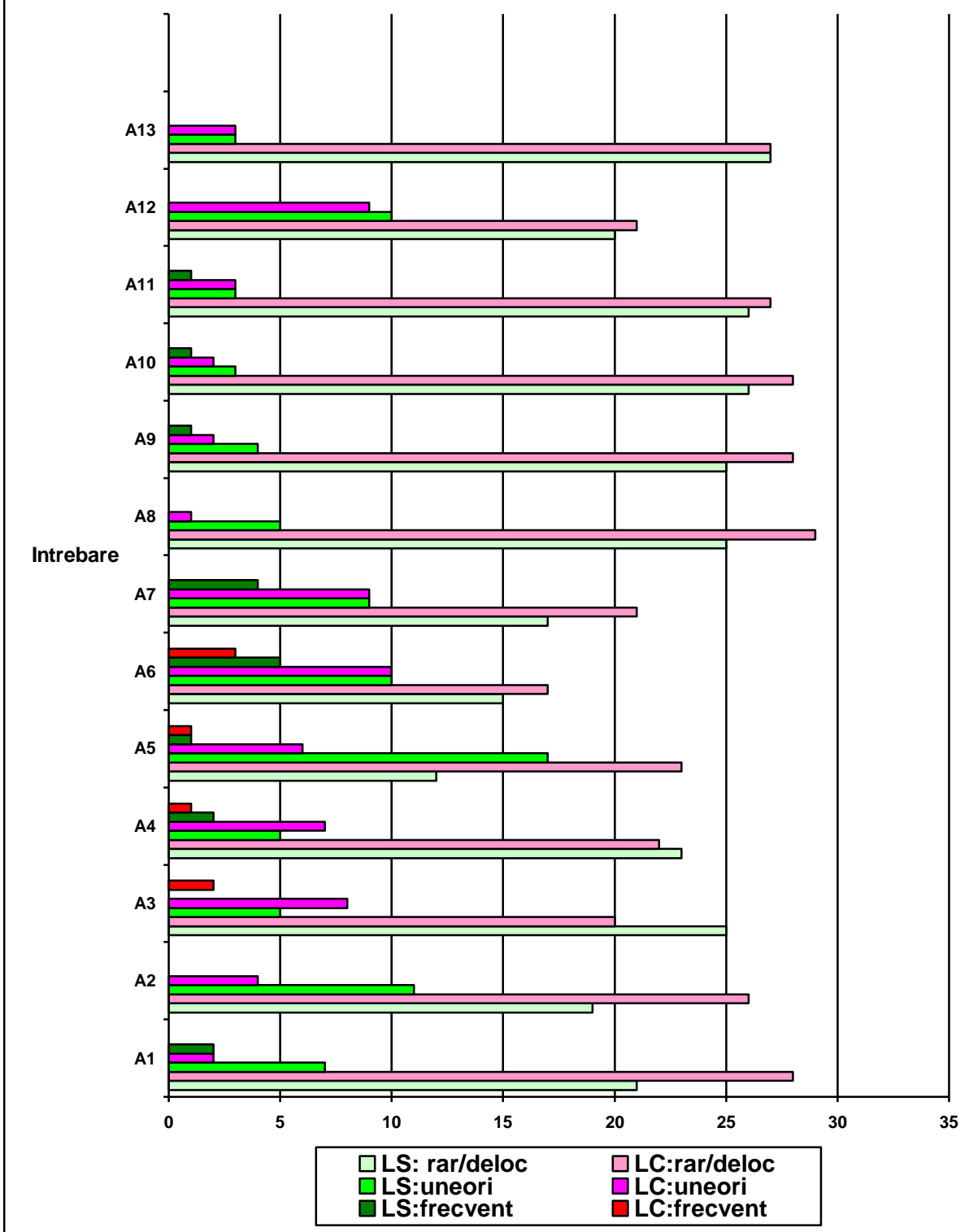
La întrebarea A6, care se referă la „Cât de des recurgeți la diete, la consumul anumitor alimente sau la suplimente nutritive pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile de tip "rar sau deloc" dar la lotul de studiu există mai multe răspunsuri de tip "frecvent" decât la lotul de control.

La întrebarea A7, care se referă la „Cât de mult din venitul dvs. cheltuiți pe anumite articole menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, dar la lotul de studiu apar și răspunsuri de tip „frecvent”, în timp ce la lotul de control nu sunt deloc astfel de răspunsuri, fiind, în schimb mai frecvente răspunsurile „rar sau deloc”.

La întrebarea A8, care se referă la „Cât de mult au efect preocupările legate de aspectul fizic în relațiile dvs.sociale ? De exemplu: s-a întâmplat ca activitățile sportive, dietele sau alte comportamente legate de aspectul fizic să compromită relațiile dvs. cu ceilalți?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, dar la lotul de studiu sunt mai frecvente răspunsurile de tip „uneori”.

La întrebarea A9, care se referă la „Cât de des vi s-a întâmplat ca preocupările legate de aspectul fizic să vă compromită viața sexuală?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, dar acestea sunt mai frecvente la lotul de control, în timp ce lotul de studiu are mai frecvente răspunsuri de „uneori” și câteva răspunsuri „frecvent”.

Graficul nr.32: Comparatie intre profilul raspunsurilor la lotul de studiu si lotul de control pentru chestionarul de evaluare Complexul lui Adonis



Graficul nr.32: Comparație între profilul răspunsurilor la lotul de studiu și lotul de control pentru chestionarul de evaluare a Complexului Adonis

La întrebarea A10, care se referă la „Cât de des s-a întâmplat ca preocupările dvs legate de aspectul fizic să vă compromită activitatea la serviciu sau cariera?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, dar acestea sunt mai frecvente la lotul de control, în timp ce la lotul de studiu prezintă mai frecvent răspunsuri de „uneori” și câteva răspunsuri „frecvent”.

La întrebarea A11, care se referă la „Cât de des ați evitat să fiți văzut de ceilalți datorită grijii pentru aspectul dvs. fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, dar lotul de studiu are și câteva răspunsuri „frecvent”.

La întrebarea A12, care se referă la dacă „Ați consumat vreodată orice fel de substanță - legală sau ilegală - pentru a vă crește masa musculară, a pierde în greutate sau pentru alte moduri de a vă îmbunătăți aspectul fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”, cu ușoară predominanță a acestora la lotul de control. Nici un răspuns de „frecvent” la nici unul din loturi.

La întrebarea A13, care se referă la „Cât de des ați recurs la metode extreme (altele decât consumul de substanțe) pentru a vă modifica aspectul fizic, precum: exerciții fizice în exces, post, etc?”, la ambele loturi predomină răspunsurile „rar sau deloc”. Există o egalitate de răspunsuri între loturile de control și lotul de studiu, probabil datorat faptului că persoanele din lotul de studiu nu percep exercițiile fizice efectuate de ei ca fiind excesive. Nu avem criteriu să stabilim dacă acestea sunt sau nu excesive.

În sinteză, există mai mulți subiecți în lotul de studiu decât în lotul de control care: petrec mai mult timp în cadrul fiecărei zile îngrijorându-se de aspectul fizic; se simt mai frecvent nefericiți datorită preocupărilor legate de aspectul fizic; alocă mai mult timp activităților de înfrumusețare; petrec mai mult timp cu exercițiile fizice în cadrul fiecărei zile și recurg mai frecvent la diete sau suplimente nutritive.

Aceste preocupări legate de aspectul fizic influențează și viața cotidiană a subiecților. Astfel, din graficul de mai sus se poate observa că mai mulți subiecți din lotul de studiu (13.3% vs. 0% în lotul de control) au recunoscut că cheltuielile făcute pentru îmbunătățirea aspectului fizic au cauzat frecvent probleme financiare.

La fel, mai mulți subiecți din lotul de studiu decât din lotul de control au recunoscut că preocupările legate de aspectul fizic le-a afectat "uneori" sau "frecvent" relațiile sociale, viața sexuală sau activitatea de serviciu, precum și activitățile sociale.

În ceea ce privește consumul de risc, răspunsurile au fost la ambele loturi de tip "niciodată/ rar sau deloc" sau "uneori", ponderile fiind comparabile.

Deși doar pentru două întrebări (A2 și A5) au putut fi identificate diferențe între frecvențe statistic semnificative, este decelabil un profil diferit al subiecților din lotul de studiu față de lotul de control, caracterizat prin preocupare crescută, uneori cu afectarea vieții sociale, pentru aspectul fizic și cu un comportament activ de remediare a situației axat pe dietă și exerciții fizice intense.

S-a utilizat testul de comparație Mann-Whitney pentru a verifica existența unor diferențe statistic semnificative între lotul de studiu și cel de control. Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul nr.42.

Tabelul nr.42: Diferențele între cele două loturi ale scorurilor pentru itemii Chestionarului Adonis și semnificația acestora					
Item	Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
Timp petrecut îngrijorându-vă pentru aspectul fizic	1022,00	808,00	343,00	2,35	0,02
Cât de des vă simțiți nefericit datorită preocupărilor legate de aspectul dvs. fizic?	1020,00	810,00	345,00	2,07	0,04
Cat de des evitați situațiile în care corpul dvs sau anumite părți corporale ar putea fi văzute de alte persoane?	835,00	995,00	370,00	-1,57	0,12
Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați activităților de înfrumusețare menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	904,50	925,50	439,50	-0,21	0,84
Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați exercițiilor fizice menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	1074,50	755,50	290,50	2,73	0,01
Cât de des recurgeți la diete, la consumul anumitor alimente sau la suplimente nutritive pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic?	955,00	875,00	410,00	0,66	0,51

Tabelul nr.42: Diferențele între cele două loturi ale scorurilor pentru itemii Chestionarului Adonis și semnificația acestora					
Item	Suma rangurilor lotul de studiu	Suma rangurilor lotul de control	U	Z (corectat)	p-level (corectat)
Cât de mult din venitul dvs. cheltuiți pe anumite articole menite să vă îmbunătățească aspectul fizic?	993,00	837,00	372,00	1,36	0,17
Cât de mult au afectat preocupările legate de aspectul fizic relațiile dvs sociale?	975,00	855,00	390,00	1,71	0,09
Cât de des vi s-a întâmplat ca preocupările legate de aspectul fizic să vă compromită viața sexuală?	961,00	869,00	404,00	1,22	0,22
Cât de des s-a întâmplat ca preocupările dvs legate de aspectul fizic să vă compromită activitatea la serviciu sau cariera?	946,00	884,00	419,00	0,88	0,38
Cât de des ați evitat să fiți văzut de ceilalți datorită grijii pentru aspectul dvs. fizic?	931,50	898,50	433,50	0,44	0,66
Ați consumat vreodată orice fel de substanță - legală sau ilegală - pentru a vă crește masa musculară, a pierde în greutate sau pentru alte moduri de a vă îmbunătăți aspectul fizic?	930,00	900,00	435,00	0,28	0,78
Cât de des ați recurs la metode extreme (altele decât consumul de substanțe)(pentru a vă modifica aspectul fizic, precum: exerciții fizice în exces, post, etc?	915,00	915,00	450,00	0,00	1,00
Scor total	1029,00	801,00	336,00	2,71	0,009

Tabelul nr.42: Diferențele între cele două loturi ale scorurilor pentru itemii Chestionarului Adonis și semnificația acestora

Testul Mann-Whitney indică existența unor diferențe statistic semnificative pentru întrebările A1, A2 și A5 și pentru scorul total. Întrebările se referă la intensitatea preocupărilor privind aspectul fizic și la recurgerea la exerciții fizice prelungite pentru remedierea aspectului fizic.

4.2.7. Corelații între rezultatele obținute la scale și chestionare de subiecții din lotul de studiu (subiecți cu Complex Adonis).

S-a utilizat testul de corelație Spearman R pentru a verifica existența unor corelații statistic semnificative între rezultatele obținute la scalele aplicate subiecților.

Rezultatele au indicat existența unor corelații statistic semnificative în ceea ce privește:

- scorul total la scala Beck de depresie și scala Hamilton de anxietate ($R = 0.599$, $p < 0.05$): subiecții cu complex Adonis cu nivele mai ridicate de depresie, prezintă și nivele de anxietate mai ridicate;

- la subiecții cu complex Adonis, cu cât nivelul de depresie este cu atât mai mare cu cât ei se gândesc mai rar că aspectul lor fizic este normal ($R = -0.644$, $p < 0.05$);

- cu cât nivelul de anxietate este mai ridicat, cu atât ei vor încerca să evite contactul fizic cu ceilalți ($R = 0.414$, $p < 0.05$); vor recurge la mai multe metode de îmbunătățire a aspectului corporal ($R = 0.375$, $p < 0.05$); se vor simți mai nefericiți datorită preocupărilor legate de aspectul fizic ($R = 0.421$, $p < 0.05$) și vor evita să fie văzuți de ceilalți ($R = 0.431$, $p < 0.05$).

4.2.8. Sinteza rezultatelor obținute - Partea a II-a - Complexul Adonis și tulburarea dismorfofobică

Pentru studiu au fost selectați un număr de 30 bărbați cu vârste între 18 și 40 de ani, care frecventează în mod curent săli de sport (body-building) de cel puțin 3 ori pe săptămână, de cel puțin 1 an, și care dedică activităților sportive cel puțin 1 oră/zi, pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic (nu în scop competițional). Pentru aceștia s-a presupus existența unui "complex Adonis" în stadiu cel puțin incipient, considerat ca un posibil debut sau stadiu subclinic al unei tulburări dismorfofobice.

S-a format pentru comparație și un lot de control.

Rezultatele au indicat:

1. In lotul de studiu proporția subiecților cu anxietate medie și severă este semnificativ mai mare decât proporția subiecților cu anxietate medie și severă din lotul de control.

2. Nivelul general al depresiei în lotul de studiu este mai ridicat decât în lotul de control. Valoarea medie a scorului pe scala Beck la lotul de studiu corespunde unui nivel ușor al depresiei, iar la lotul de control absenței depresiei.

3. In lotul de studiu se observă predominanța trăsăturilor de personalitate de tip hipertim (100%), exaltat (86.7%), hiperperseverent și ciclotim (73.3%) trăsături care se regăsesc (accentuate) la mai mult de 60% din totalul subiecților din lotul de studiu.

La lotul de control trăsăturile de personalitate de tip "hipertim", "exaltat" și "hiperperseverent" se regăsesc și ele (accentuate) la peste 60% din subiecți; totuși, cu excepția tipului "exaltat" toate trăsăturile accentuate sunt mai puțin frecvente la lotul de control decât la lotul de studiu.

Per ansamblu cele mai importante diferențe între frecvențe se înregistrează la trăsăturile de personalitate de tip "hipertim" (predominante la lotul de studiu, prezente la toți subiecții, și comparativ doar la 80.0% dintre subiecții din lotul de control), și "ciclotim" (prezente la 73.3% dintre subiecții din lotul de studiu și doar la 53.3% din lotul de control).

S-au putut identifica diferențe de intensitate statistic semnificative doar pentru trăsătura de personalitate de tip "hipertim": subiecții din lotul de studiu (Complex Adonis) prezintă trăsături de personalitate de tip "hipertim" mai frecvent și la intensitate semnificativ mai mare decât subiecții din lotul de control.

4. In ceea ce privește simptomele tulburării dismorfofice, aplicarea chestionarului specific (BDDE-SR) a indicat că:

- Subiecții din lotul de studiu se recunosc mai nemulțumiți de aspectul lor fizic decât subiecții din lotul de control; ei caută mai des confort afectiv prin reasigurări din partea celorlalți privind aspectul fizic;

- Subiecții din lotul de studiu sunt afectați în special (umiliți?) dacă cei din jur le acordă tratament special datorită trăsăturii lor fizice care îi deranjează;

- Subiecții din lotul de studiu se autoevaluează negativ și presupun din partea celorlalți același tip de evaluare negativă pe baza aspectului fizic;

- Subiecții din lotul de studiu adoptă un comportament evitant din cauza trăsăturii fizice care îi deranjează, tinzând să ocolească expunerea în public, dar și auto-examinarea.

Subiecții din lotul de studiu par să fie afectați în special de modul în care sunt priviți și tratați de către ceilalți și se raportează la corporalitatea proprie prin ceilalți.

5. In ceea ce privește chestionarul propus de autor pentru identificarea persoanelor care prezintă preocupare accentuată pentru aspectul corporal și pot prezenta risc de dezvoltare a tulburării dismorfofobice, s-a putut arăta că chestionarul și modul de cotare al acestuia poate fi utilizat pentru identificarea diferențelor între persoanele care prezintă un interes crescut/neobișnuit și un disconfort privind aspectul lor corporal și în cazul persoanelor prezentând simptomele Complexului Adonis (sau simptome subclinice ale tulburării dismorfofobice).

În urma examinării rezultatelor obținute, putem spune că chestionarul proiectat are, în această primă formă, o validitate relativ bună, și reușește să își atingă scopul propus, urmând ca prin studii ulterioare să fie eliminate întrebările (itemii) care nu prezintă destulă relevanță și să fie crescută precizia (specificitatea) celorlalte întrebări.

6. In ceea ce privește chestionarul de evaluare a Complexului Adonis, rezultatele au indicat că există mai mulți subiecți în lotul de studiu decât în lotul de control care: petrec mai mult timp în cadrul fiecărei zile îngrijorându-se de aspectul fizic; se simt mai frecvent nefericiți datorită preocupărilor legate de aspectul fizic; alocă mai mult timp activităților de înfrumusețare; petrec mai mult timp cu exercițiile fizice în cadrul fiecărei zile și recurg mai frecvent la diete sau suplimente nutritive.

Aceste preocupări legate de aspectul fizic influențează și viața cotidiană a subiecților. Astfel, din graficul de mai sus se poate observa că mai mulți subiecți din lotul de studiu (13.3% vs. 0.% în lotul de control) au recunoscut că cheltuielile făcute pentru îmbunătățirea aspectului fizic au cauzat frecvent probleme financiare.

La fel, mai mulți subiecți din lotul de studiu decât din lotul de control au recunoscut că preocupările legate de aspectul fizic le-a afectat "uneori" sau "frecvent" relațiile sociale, viața sexuală sau activitatea de serviciu, precum și activitățile sociale.

In ceea ce privește consumul de risc, răspunsurile au fost la ambele loturi de tip "niciodată/ rar sau deloc" sau "uneori", ponderile fiind comparabile.

Pentru scorul total al chestionarului s-au putut identifica diferențe statistice semnificative între media scorurilor la lotul de studiu și lotul de control.

Pentru două întrebări (A2 și A5) au putut fi identificate diferențe între frecvențe statistice semnificative, fiind decelabil un profil diferit al subiecților din lotul de studiu față de lotul de control, caracterizat prin preocupare crescută, uneori cu afectarea vieții sociale, pentru aspectul fizic și cu un comportament activ de remediere a situației axat pe dietă și exerciții fizice intense.

De asemenea s-a arătat că:

- subiecții cu complex Adonis cu nivele mai ridicate de depresie, prezintă și nivele de anxietate mai ridicate;
- la subiecții cu complex Adonis, cu cât nivelul de depresie este cu atât mai mare cu cât ei se gândesc mai rar că aspectul lor fizic este normal;
- un nivel de anxietate ridicat se corelează cu încercarea de a evita contactul fizic cu ceilalți ; recurgerea la mai multe metode de îmbunătățire a aspectului corporal; sentiment de nefericire cauzat de preocupările legate de aspectul fizic și un comportament de evitare.

4.2.9. Concluzii Partea a II-a:

Persoanele care susțin activități fizice intense și prelungite în scopul îmbunătățirii aspectului fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip hipertim și ciclotim; prezintă mai frecvent anxietate de intensitate medie și severă , precum și nivele mai ridicate de depresie.

Ele se recunosc mai nemulțumite de aspectul lor fizic decât subiecții din lotul de control; ei caută mai des confort afectiv prin reasigurări din partea celorlalți privind aspectul fizic. Se autoevaluează negativ și presupun din partea celorlalți același tip de evaluare negativă pe baza aspectului fizic; adoptă un comportament evitant din cauza trăsăturii fizice care îi deranjează, tinzând să ocolească expunerea în public, dar și auto-examinarea.

Aceste persoane par să fie afectați în special de modul în care sunt priviți și tratați de către ceilalți și se raportează la corporalitatea proprie prin ceilalți.

De asemenea, persoanele care susțin activități fizice intense și prelungite în scopul îmbunătățirii aspectului fizic prezintă risc mai accentuat de prezentare sau de dezvoltare a "Complexului Adonis" și/sau a tulburării dismorfofobice.

5. Verificarea ipotezelor

Ipoteze specifice:

1. Persoanele care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un nivel semnificativ mai înalt de anxietate (măsurat ca nivel de anxietate mediu pe scala Hamilton) decât persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a infirmat: deși un număr mai mare de subiecți cu intervenții chirurgicale estetice repetate prezintă anxietate medie și severă decât subiecții fără intervenții chirurgicale repetate, nivelul mediu al anxietății este comparabil.

2. Persoanele care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un grad semnificativ mai mare de depresie (exprimat ca scor mediu ponderat măsurat pe scala Beck de depresie) decât persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: valoarea medie a scorului de depresie măsurat pe scala Beck este semnificativ mai mare decât pentru lotul subiecților cu intervenții chirurgicale estetice repetate decât pentru lotul de control.

3. Cel puțin 80.0% dintre subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip emotiv. Trăsăturile de personalitate de tip emotiv sunt mai frecvente la subiecții care recurg la intervenții chirurgicale repetate decât la persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: 83.3% dintre subiecții din lotul cu intervenții chirurgicale repetate prezintă trăsături de personalitate de tip "emotiv" accentuate; în lotul de control aceste trăsături de personalitate sunt prezente (accentuat) la 76.7% dintre subiecți.

4. Cel puțin 50% dintre subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip hiperexact. Trăsăturile de personalitate de tip hiperexact sunt mai frecvente la subiecții care recurg la intervenții chirurgicale repetate decât la persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: 63.3% dintre subiecții din lotul cu intervenții chirurgicale repetate prezintă trăsături de personalitate de tip "hiperexact" accentuate; în lotul de control aceste trăsături de personalitate sunt prezente (accentuat) la doar 40.0% dintre subiecți.

5. Subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic se gândesc mai des la aceea trăsătură fizică care îi deranjează, acordă o mai mare parte din timpul lor preocupării privind aspectul corporal și îndeosebi părților corpului care îi deranjează; totodată, aceste preocupări au și conotații afective (disconfort marcat) decât subiecții care nu recurg la aceste mijloace.

Ipoteza s-a confirmat: media scorurilor BDDE-SR specifice este semnificativ mai mare la lotul de studiu decât la lotul de control.

6. Subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul screening pentru aspectul corporal decât subiecții fără aceste intervenții.

Ipoteza s-a confirmat.

7. La subiecții care recurg la intervenții chirurgicale estetice repetate pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic nivelul de depresie crește cu creșterea timpului petrecut gândindu-se la trăsătura fizică care le produce cel mai mare disconfort.

Ipoteza s-a confirmat. Există o corelație pozitivă statistic semnificativă între timpul petrecut timpului petrecut gândindu-se la trăsătura fizică care le produce cel mai mare disconfort și scorul Beck la scala de depresie.

8. Persoanele care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă mai frecvent un nivel semnificativ mai înalt de anxietate (măsurat ca nivel de anxietate pe scala Hamilton) decât persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: proporția subiecților cu anxietate medie și severă este semnificativ mai mare în lotul de studiu decât în lotul de control.

9. Persoanele care recurg la la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă un nivel general de depresie (exprimat ca scor mediu ponderat măsurat pe scala Beck de depresie) decât persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: valoarea medie a scorului de depresie măsurat pe scala Beck este semnificativ mai mare decât pentru lotul subiecților cu activități fizice intense și prelungite i decât pentru lotul de control.

10. Cel puțin 90.0% dintre subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip hipertim. Trăsăturile de personalitate de tip hipertim sunt mai frecvente la subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite decât la persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: Toți (100.0%) dintre subiecții din lotul cu activități fizice intense și prelungite prezintă trăsături de personalitate de tip "hipertim" accentuate; în lotul de control aceste trăsături de personalitate sunt prezente (accentuat) la 80.0% dintre subiecți.

11. Cel puțin 50% dintre subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă trăsături de personalitate accentuate de tip "ciclotim". Trăsăturile de personalitate de tip ciclotim sunt mai frecvente la subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru îmbunătățirea aspectului fizic decât la persoanele care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: 73.3% dintre subiecții din lotul cu activități fizice intense și prelungite prezintă trăsături de personalitate de tip "ciclotim" accentuate; în lotul de control aceste trăsături de personalitate sunt prezente (accentuat) la doar 53.3% dintre subiecți.

12. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic sunt mai nemulțumiți de aspectul lor fizic decât subiecții care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat: media scorurilor BDDE-SR specifice este semnificativ mai mare la lotul de studiu decât la lotul de control.

13. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul screening pentru aspectul corporal decât subiecții fără aceste intervenții.

Ipoteza s-a confirmat.

14. Subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic prezintă scoruri medii semnificativ mai mari la chestionarul de evaluare a "Complexului Adonis" decât subiecții care nu au acest comportament.

Ipoteza s-a confirmat.

15. La subiecții care recurg la activități fizice intense și prelungite pentru a-și îmbunătăți aspectul fizic nivelul de anxietate crescut este corelat cu încercarea de a evita contactul fizic cu ceilalți; recurgerea la mai multe metode de îmbunătățire a aspectului corporal; sentiment de nefericire cauzat de preocupările legate de aspectul fizic și un comportament de evitare.

Ipoteza s-a confirmat.

6. Concluzii și recomandări

Tulburarea dismorfofobică trebuie abordată atât dintr-o perspectivă medicală, cât și din una mai largă, medicală, psihologică și socială.

Chiar și în stadii incipiente sau pre-clinice, tulburarea dismorfofobică poate induce un comportament alterat al subiecților, care poate prezenta riscuri serioase pentru sănătatea acestora, cum ar fi intervenții chirurgicale estetice care nu sunt în realitate necesare, sau activități fizice prea intense și prelungite.

O tulburare dismorfofobică diagnosticată clinic este o tulburare greu de vindecat, chiar de ameliorat, și care este foarte probabil să fi produs deja efecte negative asupra sănătății și vieții pacientului. Din acest motiv, identificarea acelor semne și simptome care pot indica dezvoltarea unei astfel de tulburări este foarte importantă, iar realizarea unor screeninguri la nivelul grupurilor de risc este o necesitate.

În acest sens, considerăm ca recomandabil introducerea la nivelul cabinetelor și clinicilor de chirurgie estetică a practicii de realizare a unor astfel de screeninguri și chiar sesiuni de discuții și terapie psihologică cu persoanele care prezintă acest tip de simptome.

Studiul de față se constituie doar într-o primă încercare de abordare a acestor aspecte; este necesară o cercetare mai amănunțită și detaliată, pe grupuri mai mari de subiecți, pentru a putea defini un instrumentar de lucru clar și valid pentru populația românească, instrumentar care să poată fi utilizat în setinguri clinice.

7. Cazuri clinice

7.1. Cazul nr.1: L. M., necăsătorită, 22 de ani

Încă de la primele consultații, această pacientă prezenta o preocupare excesivă pentru aspectul fizic, cantonată la nivelul tenului și focalizată în deosebi pe pilozitatea feței.

Date anamnestice

Din afirmațiile pacientei, preocuparea a debutat în jurul vârstei de 17-18 ani, fără a putea preciza cu exactitate momentul debutului. Inițial era vorba despre o îngrijorare relativ minoră, aceasta devenind în scurt timp din ce în ce mai intensă și mai dizabilitantă. Deși preocuparea a devenit în scurt timp foarte intensă, pacienta nu a vorbit nimănui despre aceasta, fiind foarte jenată, rușinată de această problemă, mai ales că cei din jur percepeau aspectul ei ca fiind normal.

În general, petrecea între 1 și 3 ore în fiecare zi, gândindu-se la defectul respectiv, examinându-se în oglindă și/sau comparându-se cu alții.

La aproximativ 20 de ani s-a prezentat la un consult dermatologic pentru pilozitatea facială excesivă, pentru eliminarea căreia i s-au recomandat câteva aplicații cu zăpadă carbonică pe zonele cu probleme. Pacienta a continuat aceste aplicații pe o perioadă de aproximativ 2 ani, intervențiile fiind aproximativ săptămânale. Rezultatele nu au fost deloc satisfăcătoare, preocuparea și comportamentele secundare fiind la fel de intense ca înainte de inițierea acestui tratament.

De menționat ar fi faptul că tratamentul cu zăpadă carbonică nu este unul de elecție, nici măcar unul specific pentru a trata pilozitatea excesivă, ci reprezintă doar o alternativă prin care s-ar putea obține distrugerea foliculului pilos prin refrigerare. Diferitele reacții adverse, ca de pildă arsurile termice sau cicatricile hiperpigmentate, erau frecvente în cazul acestei paciente, în primul rând datorită utilizării acestei tehnici într-un mod abuziv; de asemenea, aceste efecte secundare au dus la multiple absentări de la locul de muncă, ajungând la o frecvență de circa 2-3 zile pe săptămână. În tot acest context, în paralel cu preocuparea pentru pilozitatea feței, pacienta a dezvoltat și o preocupare pentru aspectul tenului, pe care-l percepea ca fiind urât, prea pigmentat, cu pielea prea groasă. Această preocupare secundară nu a fost, însă, la fel de intensă ca prima.

În aceeași perioadă a vieții (la aproximativ 20 de ani), pacienta s-a prezentat la o clinică de dermato-cosmetologie pentru a beneficia de un tratament care viza epilarea definitivă prin electroliză. Zonele pe care le menționa ca fiind problematice erau: bărbia,

spațiul nazo-genian, partea inferioară a obrazilor. Deși acesta nu era necesar, L. M. a solicitat un tratament oarecum intensiv, ședințele fiind programate inițial cu o frecvență de 2-3 săptămâni; ulterior, frecvența acestora a scăzut, ședințele devenind lunare, În ultima jumătate de an ele desfășurându-se o dată la aproximativ 2-3 luni. Acest tratament s-a desfășurat pe o durată de 3 ani.

Pe toată perioada tratamentului prin electroliză, pacienta a continuat aplicațiile cu zăpadă carbonică, deși medicul dermatolog Îi indicase să le sisteze. Solicitarea acestor aplicații și supunerea repetată la aceste intervenții aveau un caracter compulsiv. Pe parcursul acestor 3 ani, pacienta a dezvoltat o altă preocupare, și anume pentru părul din interiorul nasului, pe care Îl pensa la 2-3 zile printr-o manevră dureroasă de Întoarcere a aripilor nazale. În continuare, pacienta nu era deloc mulțumită de rezultatele obținute prin electroliză În ceea ce privește pilozitatea feței. Din afirmațiile pacientei, aceasta s-a prezentat și la un consult de chirurgie plastică pentru a solicita grefarea pielii de pe față, dar solicitarea ei a fost refuzată.

Tabloul clinic. Simptomatologie

În tot acest timp, la nivelul tabloului clinic, pacienta prezenta o preocupare foarte intensă pentru pilozitatea facială, zilnic petrecând 2-3 ore pentru a-și examina defectul perceput la nivelul aspectului exterior. De asemenea, activitatea profesională era afectată prin faptul că pacienta decidea să nu părăsească domiciliul În unele zile, În special atunci când defectul i se părea mult prea vizibil. De asemenea, planul relației personale era afectat, prin faptul că L. M. contramanda adesea Întâlnirile romantice, preponderent datorită aspectului feței. Relațiile sociale erau afectate pentru că de cele mai multe ori evita orice modalitate de socializare, tot din cauza aspectului „Îngrozitor” al feței.

De asemenea, la nivel afectiv, pacienta descria episoade depresive repetitive, dominate de: sentimente de disperare, stimă de sine scăzută, tendințe la retragere sau izolare socială, tulburări mnezico-prosexice, anxietate, tensiune intrapsihică, tulburări de somn și apetit alimentar.

7.2. Cazul nr.2: D. L., căsătorită, 50 ani

Încă de la primele consultații, această pacientă prezenta o preocupare excesivă pentru aspectul fizic, cantonată la nivelul maxilarului inferior, preocuparea fiind dublată atât de o senzație algică foarte intensă, cât și de convingerea delirantă că i se modifică osatura facială.

Date anamnestice

Din afirmațiile pacientei, preocuparea a debutat în jurul vârstei de 40 de ani, când a fost prima oară internată în Clinica de Maxilo-Faciale, afirmativ „pentru o durere de măsea”. Pentru remedierea acesteia, pacienta a fost supusă unei intervenții chirurgicale de rezecție de nerv în partea inferioară a mandibulei. Din spusele pacientei, în perioada postoperatorie au debutat durerile la nivelul maxilarului inferior, acestea devenind în scurt timp din ce în ce mai intense. Totodată, a debutat preocuparea pentru acest aspect, în sensul în care pacienta aloca din ce în ce mai mult timp ideții legate de felul în care simțea că i se modificase maxilarul inferior. Deși preocuparea a devenit în scurt timp foarte intensă, pacienta nu a vorbit nimănui despre aceasta, fiind foarte jenată, rușinată de această problemă, mai ales că cei din jur (în special soțul) percepeau aspectul ei ca fiind normal.

În general, petrecea între 2 și 4 ore în fiecare zi, gândindu-se la defectul respectiv, examinându-se în oglindă și/sau comparându-se cu alții.

Timp de aproximativ 10 ani, pacienta a încercat 12 proteze dentare, în scopul remedierii defectului resimțit, nefiind mulțumită de nici una dintre acestea. De asemenea, în tot acest timp, a apelat frecvent la serviciile Clinicii de Maxilo-Faciale, pentru a beneficia de infiltrații în scopul ameliorării senzației de durere. Afirmativ, după ce s-a supus la circa 5-6 asemenea proceduri, a renunțat la această metodă, datorită ineficienței acesteia.

În această perioadă, pacienta a încercat un alt tratament, utilizând un aparat magnetic pe care îl aplica la nivelul mandibulei, intervențiile fiind aproximativ săptămânale. Rezultatele nu au fost deloc satisfăcătoare, preocuparea și comportamentele secundare fiind la fel de intense ca înainte de inițierea acestui tratament.

În decurs de 10 ani, simptomatologia a câștigat în intensitate, actualmente pacienta afirmând că se gândește la defectul perceput pe parcursul întregii zile, iar aceste gânduri sunt însoțite de o stare depresivă de fond, fatigabilitate și senzații algice intense; de asemenea, agravarea acestei simptomatologii a dus la decizia pacientei de a se interna în

Spitalul de Psihiatrie din Gătaia. Din spusele pacientei, după 2 internări și respectarea tratamentului medicamentos, durerea nu s-a ameliorat, ci, dimpotrivă, a devenit mai intensă.

După ultima externare, pacienta a continuat să apeleze la serviciile Clinicii de Maxilo-Faciale, solicitând o nouă intervenție chirurgicală la nivelul mandibulei, deși medicii specialiști îi refuzaseră în repetate rânduri cererile. Solicitarea acestei intervenții avea un caracter compulsiv. În continuare, secundar acestei preocupări excesive și detresei marcate resimțite la nivel intrasubiectiv, pacienta a dezvoltat un comportament de evitare a situațiilor sociale, treptat retrăgându-se din cadrul social și izolându-se în interiorul căminului propriu. Actualmente, conform propriilor afirmații, D. L. nu părăsește apartamentul neînsoțită.

Tabloul clinic. Simptomatologie

În tot acest timp, la nivelul tabloului clinic, pacienta prezenta o preocupare foarte intensă pentru maxilarul inferior, zilnic petrecând între 10 și 15 ore pentru a-și examina defectul perceput la nivelul aspectului exterior. De asemenea, funcționarea socială era afectată prin faptul că pacienta decidea să nu părăsească domiciliul neînsoțită, în special atunci când defectul i se părea mult prea vizibil și când simțea că durerea se intensifică. De asemenea, planul relației personale era afectat, prin faptul că D. L. sista adesea comunicarea cu soțul său, preponderent datorită defectului perceput. Relațiile sociale erau afectate pentru că de cele mai multe ori evita orice modalitate de socializare, tot din cauza aspectului „îngrozitor” al feței.

În timp, simptomatologia a devenit de intensitate delirantă, pacienta susținând că simte diferite modificări la nivelul maxilarului, fie în sensul percepției unei excrescențe („parcă crește ceva înăuntru”, „osul a ieșit în exterior de-a lungul celor 10 ani”), fie în sensul negării unei părți din mandibulă („parcă simt o gaură care e tot mai mare”).

De asemenea, la nivel afectiv, pacienta descria episoade depresive repetitive, dominate de: sentimente de disperare, stimă de sine scăzută, tendințe la retragere sau izolare socială, tulburări mnezico-prosexice, anxietate, tensiune intrapsihică, fatigabilitate, tremor, senzații de vertij, astenie, tulburări de somn și apetit alimentar.

BIBLIOGRAFIE

1. **Matthews E**, *Body subjects and disorderd mind*, Oxford University Press; 2007
2. **Merlean-Ponty M**, *Phenomenology of Percection*, London: Routledge & Kegan Paul; 2002
3. **Stangellini G**, *Disembodied spirits and deanimated bodies*, Oxford University Press; 2004
4. **Lăzărescu M**, *Bazele Psihopatologiei Clinice*, București: Editura Academiei Române; 2010
5. **Lăzărescu M**, *Psihopatologia corpului trăit*, Psihiatru.ro, 2008;14:36-39
6. **Morris K**, *The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis*, in **Fulford B, Morris K, Sadler J, Stangellini G**, *Nature and Narrative*, Oxford University Press; 2003:171-187
7. **Jaspers K**, *General Psychopathology*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997
8. **L'Hermite J**, *L'image de notre corps*, Paris:Nouvelle Revne Critque; 1939
9. **Colby CL**, *Spatial Cognition*, in **Squire L et al.**, *Fundamental Neuroscience*, Amsterdam, Boston, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Francisco, Singapore, Sydney, Tokio, Elsevier Science; 2008:1229-1249
10. **Kinsbourne M**, *The Brain and Body Awareness*, In **Pruzinski T, Cash TF**, *Body Image*, New York London: The Guilford Press; 2004:22-29
11. **Pruzinsky T, Cash TF**, *Understanding Body Images: Historical and Contemporany Perspectives* in **Pruzinski T, Cash TF**, *Body Image*, New York London: The Guilford Press; 2004:3-12
12. **Tatossian A**, *The Phenomenology of Psychoses*, Paris: Masson; 1979
13. **Oyebode F**, *Sims'Symptoms in the mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology*, Saunders/Elsevier; 2008
14. **Hollander E**, *Obsessive-compulsive related disorders*, Washington DC: American Psychiatric Press; 1993
15. **Lăzărescu M, Bumbea O**, *Patologie Obsesivă*, București: Editura Academiei Române; 2008

16. **Halmi KA**, *Anorexia nervosa and Bulimia nervosa*, In **Martin A, Lewis M, Volkman FR**, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, Philadelphia: Wolker Kluver/Lippicott William&Wilkins; 2007:592-602
17. **Morselli E**, *Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia*, Bolletino della R Accademia di Genova. 1886; 6:110-119
18. **Gelder M, Gath D, Mayou R**, editori, *Tratat de Psihiatrie Oxford, Ed. a II-a*, București: Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România. 1994:328-329
19. **Phillippopoulos GS**, *The analysis of case of dysmorphophobia*, Can J Psychiatry. 1990; 24:297-329
20. **Janet P**, *Les obsession et la psychasthenie*, Paris: Felix Alcan; 1903
21. **Kraepelin EJ**, *Psychiatrie*, 8th edition. Leipzig: JA Barth; 1909
22. **Freud S**, *From the History of an Infantile Neurosis*, In: **Strachey J**, editor, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 1918:272-295
23. **Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E**, *Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity*, British J Plast Surg. 1961 Jan;27(1):83-84
24. **Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE**, *The "insatiable" cosmetic surgery patient*, Plast Reconstr Surg. 1967 Sept;40(3):285-289
25. **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third ed.-Revised*, Washington DC: American Psychiatric Association; 1987
26. **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed.*, Washington DC: American Psychiatric Association; 1994
27. **Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Hudson JI, Pope Jr**, *A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 Cases*, Psychopharmacology Bulletin. 1994; 30(2):179-186
28. **Sobanski E, Schmidt M**, *Body dysmorphic disorder. A review of the current knowledge*, Child Psychology and Psychiatry Review. 2000; 5(1):17-2
29. **Thomas C**, *Dysmorphophobia: A Question of Definition*, British J Psychiatry. 1984; 144:513-516
30. **WHO ICD-10**, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: World Health Organization; 1992

31. **Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA**, *Body Image Concerns of Reconstructive Surgery Patients: An Under-Recognized Problem*, *Ann Plast Surg.* 1998; 40:404-407
32. **Sarwer DB, Crerand CE, Didier ER**, *Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients*, *Facial Plast Surg.* 2003 Feb; 19(1):113-122
33. **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fourth Ed.-Revised*, Washington DC: American Psychiatric Association; 2000
34. *******, *The International Classification of Diseases (ICD-9) – Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva, WHO, 1976
35. **Fitts S, Gibson P, Reding C et al**, *Body Dysmorphic Disorder: Implications for Its Validity as a DSM-III-R Syndrome*, *Psychol Rep.* 1989; 64:655-658
36. **Kaplan and Sadock**, *Manual de buzunar de psihiatrie clinică. Ed. a III-a*, București: Editura Medicală; 2001
37. **Bumbea O**, În *Patologie Obsesivă*, **Lăzărescu M, Bumbea O**, București: Editura Academiei Române; 2008
38. **Dehelean M**, *Curs de psihiatrie generală*, Timișoara: Lito UMFVBT; 1988
39. **Munro A, Chmara J**, *Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder*, *Can J Psychiatry.* 1982; 27:374-376
40. **Brotman A, Jenike M**, *Dysmorphophobia and monosymptomatic hypochondriasis*, *Am J Psychiatry.* 1985 Sept; 142:1121
41. **Sclafani AP, Kyle SC**, *Psychological aspects of plastic surgery*, [Internet], 2005, [accesat 2010 Mar 10]; Disponibil pe: <http://emedicine.medscape.com/article838030-overview>
42. **Phillips KA**, *Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness*, *World Psychiatry.* 2004 Feb; 3(1):12–17
43. **Phillips KA, McElroy SL**, *Insight, Overvalued Ideation, and Delusional Thinking in Body Dysmorphic Disorder: Theoretical and Treatment Implications*, *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1993 Nov; 181: 699-702
44. **Phillips KA**, *The Broken Mirror*, New York: Oxford University Press; 2005
45. **Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI**, *Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness*, *Am J Psychiatry.* 1993; 150:302-308
46. **Phillips KA, Taub SL**, *Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder*, *Psychofarmacology Bulletin*, 1995; 31:279-288

47. **Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB**, *Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals with BDD*, *Psychosomatics*. 2005 ; 46 (4): 317-325
48. **Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA**, *Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing?*, *MJA*. 2002; 177(8):461-462
49. **Gunstad J, Phillips KA**, *Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder*, *Comprehensive Psychiatry*. 2003 Jul-Aug; 44(4):270-276
50. **Phillips KA, Grant JD, Albertini RS**, *Retrospective Follow-up Study of Body Dysmorphic Disorder. New Research Program and Abstracts*, American Psychiatric Association 152nd Annual Meeting. Washington DC: American Psychiatric Association. 1999; 151
51. **Veale D, Bookcock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J**, *Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases*, *British Journal of Psychiatry*. 1996; 169:196-201
52. **Phillips KA, Diaz S**, *Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder*, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997 Sept; 185 (9):570-577
53. **Neziroglu FA, McKay D, Todaro J, Yaryura-Tobias JA**, *Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnoses*, *Behavior Therapy*. 1996; 27(1):67-77
54. **Phillips KA, McElroy SL**, *Personality disorder and traits in patients with body dysmorphic disorder*, *Comprehensive Psychiatry*. 2000; 41(4):229-236
55. **Phillips KA**, *The broken mirror*, New York: Oxford University Press; 1996
56. **Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM et al**, *Effectiveness of Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder: A Chart-Review Study*, *J Clin Psychiatry*. 2001; 62:721-727
57. **Phillips KA**, *Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: A review of empirical data and a proposed treatment algorithm*, *Psychiatry Clinics in North America*. 2000; 7:59-82
58. **Hollander E, Liebowitz M, Winchel R, Klumker A, Klein DF**, *Treatment of BDD with Serotonin Reuptake Blockers*, *Am J Psychiatry*. 1989; 146(6):768-770
59. **Phillips KA**, *Pharmacologic Treatment of Body Dysmorphic Disorder: Review of the Evidence and a Recommended Treatment Approach*, *CNS Spectrums*. 2002; 7:453-460

60. **Rosen JC, Reiter J & Orosan P**, *Cognitive-Behavioral Body Image Therapy For Body Dysmorphic Disorder*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63(2):263-269
61. **Gomez Perez JC, Marks IM & Gutierrez Fisac JL**, *Dysmorphophobia: Clinical Features and Outcome with Behavior Therapy*, *European Psychiatry*. 1994; 9:229–235
62. **McKay D**, *Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder*, *Behavior Modification*. 1999; 23:620-629
63. **Veale D**, *Cognitive behavior therapy for body dysmorphic disorder*, in: ***Disorder of Body Image***, Edited by **Castle DJ, Phillips KA**, Hampshire, England: Wrightson Biomedical. 2002
64. **Neziroglu F, Khemlani-Patel S**, *A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder*, *CNS Spectrums* 2002; 7:464-471
65. **Neziroglu FA, Yaryura-Tobias JA**, *Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder*, *Behavior Therapy*. 1993; 24:431-438
66. **Veale D, Riley S**, *Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder*, *Behavior Research and Therapy*. 2001; 39:1381-139
67. **McBride H**, *Obsessed with size: 'Bigorexia' sufferers develop unhealthy compulsion to exercise*, [Internet] 2006 [Accessed 2dec2010], disponible pe: [HTTP://WWW.EATING-DISORDER.COM/EATING-TREATMENT/EATING-DISORDERS/MUSCLEDYSMORPHIA-BIGOREXIA.HTM](http://www.eating-disorder.com/eating-treatment/eating-disorders/muscledysmorphia-bigorexia.htm)
68. **Morgan R**, *The Men In The Mirror. More male students report body-image and eating problems*, [Internet] 2002 [accessed 2dec 2009] Disponible pe: <http://charmandrigor.com/clips/chronicle-mirror.html>
69. **Olivardia R**, *Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia*, *Harvard Review of Psychiatry*. 2001 Oct; 9(5):254–259
70. **Olivardia R**, *Why now? How male body image is closely tied to masculinity and changing gender roles*, *Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin*. 2001; 6(4):11–12
71. **Pope HG Jr, Phillips KA, Olivardia R**, *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*, New York: The Free Press; 2000
72. **Olivardia R, Pope HG Jr, Hudson JI**, *Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study*, *Am J Psychiatry*, 1995 Aug; 157:1291–1296

73. **Frith M, Gleeson K**, *Clothing and embodiment. Man managing body image and appearance*, *Psychology of Man and Masculinity*. 2004; 5:40-48
74. **Gerzon M**, *A Choice of Heroes: The changing face of American manhood*, Boston: Houghton Mifflin; 1982
75. **Thompson JK, Dolce JJ**, *The discrepancy between emotional vs. rational estimates of body size, actual size, and ideal body ratings: Theoretical and clinical implications*, *Journal of Clinical Psychology*.1989 May; 45(3):473-478
76. **Thompson JK, Spana RE**, *The Adjustable Light beam Method for the assessment of Size estimation accuracy: Description, Psychometrics, and Normative Data*, *International Journal of Eating Disorders*.1988 Jul; 7(4):521-526
77. **Pope HG JR, Katz DL**, *Psychiatric effects of exogenous anabolic-androgenic steroids*, in *Psychoneuroendocrinology: The Scientific Basis of Clinical Practice*, edited by **Wolkowicz OM, Rothschild AJ**, Washington DC, American Psychiatric Publishing. 2003: 331-358
78. **Pope HG Jr, Kouri EM, Hudson JI**, *Effects of supraphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men: a randomized controlled trial*, *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:133-140
79. **Phillips KA**, *Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness*, *Am J Psychiatry*. 1991;148:1138–1149
80. **Perez-Lopez MS, Petretic P**, *The etiology and maintenance of body image dissatisfaction in men and women: A review of the literature*, in **Shohov SP** editor, *Advances in Psychology Research (vol.28, The etiology and maintenance of body image dissatisfaction in men and women; vol.28)*, Huntington, New York(NY): Nova Science Publisher; 2004.p. 57-102
81. **Connan F**, *Machismo nervosa: An omnibus variant of bulimia nervosa*, *European Eating Disorder Review*. 1998 Sep; 6(3):154–159
82. **Dawes J, Mankin T**, *Muscle Dysmorphia*, *Strength and Conditioning Journal*. 2004 Apr; 26(2):24-25
83. **Leone JE, Sedory EJ, Gray KA**, *Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders*, *J Athl Train*. 2005 Oct–Dec; 40(4):352–359
84. *******, *Plastic Surgery Addicts*, [Internet] 2007 [accesat 16 Febr 2001] disponibil pe : <http://www.medicalnewstoday.com/articles/87751.php>

85. **Sarwer DB, Infeld AL, Baker JL**, *Two-Year Results of a Prospective Multi-Site Investigation of Patient Satisfaction and Psychosocial Status Following Cosmetic Surgery*, *Aesthetic Surgery Journal*. 2008 May
86. **Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ**, *A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery*, *Plast Reconstr Surg*. 2004 Apr 1; 113(4):1229-1237
87. **Grossbart TA, Sarwer DB**, *Cosmetic surgery: Surgical tools –Psychosocial goals*, *Cosmetic Surgery*. 1999 Jun; 18(2):101-111
88. **Crerand CE, Phillips KA, Menard W**, *Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder*, *Psychosomatics*. 2005 Nov-Dec; 46:549-555
89. *******, *Plastic Surgery news articles. Cosmetic Surgery*, [Internet] [accesat 2Feb 2011] disponibil pe: <http://www.plasticsurgeryeditorials.com/node/909>
90. **Preidt R**, *Cosmetic Surgery Not a Help for Body Dysmorphic Disorder*, *Annals of Plastic Surgery*. 2010 Jul; 65(1):11-16. [Internet] disponibil pe: <http://www.healthfinder.gov/new/newsstory.aspx?docID642142>
91. **Veale D**, *Outcome of cosmetic surgery and ‘DIY’ surgery in patients with body dysmorphic disorder*, *The Psychiatrist* .2000; 24:218-220
92. **Phillips KA**, *Suicidality in Body Dysmorphic Disorder*, *Primary Psychiatry*. 2007; 14 (12):58-66
93. *******, *Body Dysmorphic Disorder*, [Internet] 2009 [accesat 20 Mar 2011] disponibil pe: http://plasticsurgery.about.com/od/psychologyethics/a/BDD_2.htm
94. *******, *Body Image. Cosmetic Surgery*, [Internet] 2008 [accesat 24 Feb 2011] disponibil pe: <http://www.womenhealth.gov/bodyimage/index.cfm>
95. **Veale D, De Haro L, Lambrou C**, *Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder*, *An International Journal of Surgical Reconstruction*. 2003 Sep; 56(6):546-551
96. **Knorr NJ**, *Feminine Loss of Identity in Rhinoplasty*, *Arch Otolaryngol*.1972;96(1):11-15
97. **Ambro BT, Wright RJ**, *Psychological Consideration in Revision Rhynoplasty*, *Facial Plast Surg*. 2008; 24(3):288-292
98. **Edgerton MT, Webb WL, Slaughter R**, *Mechanism of psychosocial adjustment in patient looking for “face-lift” operation*, *Psychosom Med*. 1963;27(2):183-192
99. **Goin MK, Goin JM**, *Psychological effects of aesthetic facial surgery*, *Adv Psychosom Med*. 1986; 15:14-22

100. **Gotzamanis BL, Aouizerate B, Martin-Guehl C**, *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: assessment of 24 subjects with minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery*, Presse Med. 2009 Jul-Aug;38(7-8):1062-7
101. **Hamilton M**, *A rating scale for depression*, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1960,23:56-62
102. **Hamilton M**, *Assessment of change in psychiatric state by means of rating scales*, Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1966,59(Suppl.1):10-13
103. **Hamilton M**, *Development of a rating scale for primary depressive illness*, British Journal of Social and Clinical Psychology, 1967,6:278-96
104. **Hamilton M**, *Standardised assessment and recording of depressive symptoms*, Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, 1969,72:201-205
105. **Hamilton M**, *Rating depressive patients*, Journal of Clinical Psychiatry, 1980,41:21-24
106. *HDRS-17: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* in [Official website of Servier](#). Retrieved June 30, 2008
107. **Maier W, Philipp M, Heuser I, Schlegel S, Buller R, Wetzel H**, *Improving depression severity assessment, I: reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales*, J Psychiatr Res 1988; 22:3–12[[Medline](#)]
108. **Lehrer PM, Woolfolk RL**, *Self-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities*, in Behavioral Assessment, Vol 4(2), Spr 1982, 167-17
109. **Beck AT, Steer RA**, *Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients*, Journal of Anxiety Disorders, 1991, 5, 213-223
110. **Ladea M**, *Validarea Scalei de Anxietate și Depresie (HADS) pe o populație de pacienți psihiatrici din țara noastră*, [Internet] 2009 disponibil pe <http://www.e-psihiatrie.ro/articol/validarea-scalei-de-anxietate-si-depresie-hads-pe-o-populatie-de-pacienti-psihiatrici-din-tara-noastr-maria-ladea>
111. **Beck AT, Ward C, Mendelson M**, *Beck Depression Inventory (BDI)*, Arch Gen Psychiatry, 1961,4: 561–571
112. **Beck AT**, *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2006
113. **Beck AT, Steer RA, Brown GK**, *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996

114. **Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W**, *Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients*, Journal of personality assessment, dec, 1996, 67 (3): 588–97, [Internet] disponibil pe: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
115. **Steer RA, Ball R, Ranieri WF, Beck AT**, *Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients*, Journal of clinical psychology, Jan, 1999, 55 (1): 117–28
116. **Storch EA, Roberti JW, Roth DA**, *Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory-Second Edition in a sample of college students*, Depression and anxiety, 2004, 19 (3): 187–9
117. **Leonhard K**, *Personalitati accentuate in viata si in literatura*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1979
118. **Constantin T, Hojbota AM, Niculescu A, Iarcuczewicz I, Amariei C**, *Este modelul „personalitaților accentuate” un model valid? Strategii de construcție a unui chestionar standardizat de evaluare a trasaturilor accentuate*, in Revista Psihologia Resurselor Umane, Nr 1 / 2008, Cluj Napoca (sub tipar)
119. **Constantin T, Hojbotă AM, Rusu A, Haivas S, Fraseniuc A**, *Dimensiunile accentuate și relațiile lor cu principalii factori ai personalității*, Analele Științifice ale Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Psihologie, Editura Universității „Al I. Cuza”, Tomul XVIII. 2009
120. **Minulescu M**, *Teorie si practica în psihodiagnoza. Testarea Intelectului*, Ed. România de Mâine, Bucuresti, 2004 (reeditare 2006)
121. **Rosen JC, Reiter J**, *BDDE - SR*, Unveröffentlichtes Manuskript Und Unveröffentlichte Daten, Dept of Psychology, University of Vermont, Burlington, VT 05405 USA, 1993
122. **Rosen JC, Reiter J**, *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination*, Behaviour Research and Therapy, 1996, 34(9), 755-766
123. **Rosen JC, Ramirez E**, *A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment*, J Psychosom Res, 1998, 44, 441 – 449
124. **Reichart T**, *Entwicklung Und Validierung Des BDDE - SR (Munich Version) – Ein Screening Instrument Für Die Erfassung Körperdysmorphen Verhaltens*, 2007, Unveröffentlichtes Manuskript

125. **Pope HG, Phillips K, Olivardia R**, *The Adonis Complex: How to Identify, Treat, and Prevent Body Obsession in Men and Boys*, A Touchstone Book published by Simon & Schuster, NY 10020, 2000
126. **Radu I, Miclea M, Albu M și al**, *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Cluj, Editura Sincron, 1993
127. **Didie ER, Menard W, Stern AP, Phillips K**, *Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder*, *Comprehensive Psychiatry*, Vol.49, Issue 6, Nov-Dec 2008:561-569, [Internet] disponibil pe: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&_method=add&_udi=B6WCV-4SWP248-1&_acct=C000050221&_version=1&_userid=10&_ts=1303721519&_md5=8496c922a86447007bc491140cfdba7f
128. **Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB**, *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*, *Plast Reconstr Surg* 2006; 118:167e–180e
129. **Phillips KA, Grant JD, Siniscalchi J, Albertini RS**, *Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder*, *Psychosomatics* 42:504-510, December 2001
130. **Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A**, *The Mirror Lies: Body Dysmorphic Disorder*, *Am Fam Physician*. 2008 Jul 15;78(2):217-222
131. **Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E**, *The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey*, *Psychological Medicine*, Cambridge University Press (2006), 36: 877-885
132. **Lăzărescu M**, *Psihiatrie, antropologie, sociologie*, Editura Brumar, Timișoara, 2002
133. **Semiz U, Basoglu C, Cetin M, Ebrinc S**, *Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma*. Issue - *Acta Neuropsychiatrica*, Feb 2008, Vol.20, Issue 1:33–40
134. **Aşki R, Cilli AS**, *Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: diagnosis, other psychiatric diagnosis, demographic and clinical correlates*, *Turk Psikiyatri Derg*, 2002 Autumn;13(3):197-203
135. **Cohen LJ, Kingston P, Bell A, Kwon J, Aronowitz B, Hollander E**, *Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder*, Department of Psychiatry, Beth Israel Medical Center, New York, NY 10003, USA
136. **Sarwer DB, Crerand CE**, *Body image and cosmetic medical treatments*, *Body Image* 2004; 1:99–111

137. **Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA**, *The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization*, Clin Psychol Rev 1998; 18:1–22
138. **Didie ER, Sarwer DB**, *Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery*, J Womens Health 2003; 12:241–253
139. **Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA**, *Body image concerns of breast augmentation patients*, Plast Reconstr Surg, 2003 Jul; 112(1):83-90
140. **Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA**, *Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients*, Plast Reconstr Surg 1998; 101:1644–1649
141. **Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA**, *An investigation of changes in body image following cosmetic surgery*, Plast Reconstr Surg 2002; 109:363–369
142. **Cash TF, Duel LA, Perkins LL**, *Women's psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel-filled implants: a 2-year prospective study*, Plast Reconstr Surg 2002; 109:2112–2121
143. **Sarwer DB, Gibbons LM, Magee L, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH, Jewell ML, LaRossa D, Nahai F, Young VL**, *A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery*, Aesthetic Surgery J 2005; 25:263–269
144. **Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB**, *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*, Plast Reconstr Surg 2006; 118:167e–180e
145. **Sarwer DB**, *Psychological assessment of cosmetic surgery patients*, in *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery: Empirical, Clinical, and Ethical Issues*. Edited by **Sarwer DB, Pruzinsky T, Cash TF, Goldwyn RM, Persing JA, Whitaker LA**, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006:267–283
146. [Internet] disponibil la: http://www.cosmeticplasticsurgerystatistics.com/statistics.html#2009_FACTS]
147. **Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA**, *Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder*, Body Image.2005 Dec; 2(4):395-400

ANEXA I

Scala de evaluare a anxietății Hamilton

N r.	Item	absentă	ușoară	moderat	severă	foarte severă/ gravă
0 1	Griji, anticiparea unor supărări, presimțiri înspăimântătoare, iritabilitate.	0	1	2	3	4
0 2	Sentimente de tensiune, fatigabilitate, răspuns speriat, tendința de a lăcrima ușor, tremurat, sentimente de neliniște, imposibilitatea de a se relaxa.	0	1	2	3	4
0 3	Frica de întuneric, de necunoscuți, de a fi părăsit singur, de animale, de trafic, de mulțime.	0	1	2	3	4
0 4	Dificultăți la adormire, somn interrupt, somn nesatisfăcător, oboseală la trezire, vise, coșmaruri, teroare nocturnă.	0	1	2	3	4
0 5	Dificultăți de concentrare, memorie săracă	0	1	2	3	4
0 6	Lipsa de interes, lipsa de plăcere în ceea ce constituia hobby-ul, tristețe, trezire devreme, oscilații diurne ale dispoziției.	0	1	2	3	4
0 7	Dureri somatice, muscular, ticuri nervoase, crispări, tresăriri muscular, clănțanitul dinților, voce nesigură, creșterea tonusului muscular.	0	1	2	3	4
0 8	Senzația de înțepenire, înțețosare a vederii, valuri de cald și de frig, senzații de slăbiciune, înțepături.	0	1	2	3	4
0 9	Tahicardie, palpitații, dureri în piept, perceperea vibrației vaselor, senzații de leșin, impresia de oprire a inimii.	0	1	2	3	4
1 0	Presiune sau constricție în piept, senzații de înecare-înăbușire, oftaturi și dispnee.	0	1	2	3	4
1 1	Dificultăți de deglutiție, meteorism, dureri abdominal, arsur, balonarea abdominal, greață, vărsături, borborisme, absența tranzitului, constipație sau diaree, pierderea în greutate.	0	1	2	3	4
1 2	Creșterea frecvenței micțiunilor, senzație de necesitate imperioasă de a uria, amenoree, metroragie, dezvoltare de frigiditate sau impotență, ejaculare precoce, absența libidoului.	0	1	2	3	4
1 3	Gura uscată, flush, paloare, tendință la transpirație, zăpăceală, tensiune, cefalee, “piele de gâscă”.	0	1	2	3	4
1 4	Neastâmpăr, agitație, neliniște sau placiditate, tremor al mâinilor, frunte încrețită, față încordată, tahipnee, paloare facial, deglutiție în gol, răgăituri, contracture ale tendoanelor, pupile dilatate, exoftalmie.	0	1	2	3	4

Morbiditate totală:

Anxietate psihică:

Anxietate somatică:

ANEXA II

SCALA BECK (21 ITEMI)

Chestionarul conține afirmații grupate. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare grup de afirmații. Alegeți din fiecare grup cea afirmație care descrie cel mai bine starea dvs., începând cu săptămâna trecută și până astăzi (inclusiv). Încercuiți numărul afirmației alese. Dacă credeți că vi se potrivesc mai multe afirmații dintr-un grup, încercuiți-le pe toate. Vă rugăm să citiți cu atenție toate afirmațiile unui grup, înainte de a alege.

- 1 0 – nu sunt trist
 1 – sunt trist sau am o dispoziție apăsătoare
 2 a – tot timpul sunt trist și nu pot ieși din starea asta
 2 b – mă simt atât de trist și de nefericit încât nu mai pot să suport

- 2 0 – viitorul nu mă sperie în mod deosebit
 1 – viitorul mă sperie
 2 a – simt că nu pot să aștept nimic de la viitor
 2 b – cred că viitorul meu este fără speranță și că situația mea nu se va schimba

- 3 0 – nu simt că aș fi eșuat
 1 – am impresia că am mai multe nereușite decât alții
 2 a – am impresia că am acumulat foarte puține lucruri valabile / având o oarecare semnificație
 2 b – făcând un bilanț al vieții mele, îmi văd șirul eșecurilor
 3 – ca om, consider că am eșuat total.

- 4 0 – lucrurile mă mulțumesc la fel de mult ca altădată
 1 a – sunt nemulțumit cea mai mare parte de timp
 1 b – nu știu să profit în mod adecvat de circumstanțe
 2 – ca să fiu sincer, nimic nu mă mai mulțumește
 3 – nu sunt nemulțumit sau indiferent față de toate

- 5 0 – nu mă învinovățesc în mod deosebit
 1 – mă simt rău sau indignat o bună parte din timp
 2 a – mă simt vinovat
 2 b – aproape întotdeauna mă învinovățesc pentru ceva
 3 – tot timpul mă învinovățesc și am impresia că nimic nu merge

- 6 0 – nu mă simt vinovat în mod deosebit
 1 – simt că poate am meritat o pedeapsă
 2 – simt că mi-am meritat pedeapsa
 3 – aș vrea să fiu pedepsit

- 7 0 – nu m-am dezamăgit pe mine însumi
 1 a – sunt dezamăgit de mine
 1 b – nu mă plac (nu mă iubesc)
 2 – propria persoană mă dezgustă
 3 – mă urăsc
- 8 0 – nu simt că aş fi mai rău decât oricare altul
 1 – mă judec pentru greşelile si slăbiciunile mele
 2 a – întotdeauna mă acuz pentru greşelile mele
 2 b – mă acuz pentru toate relele care s-au întâmplat (am sentimentul de a fi comis foarte multe fapte grave)
- 9 0 – nici nu mă gândesc să-mi fac vreun rău
 1 – mă gândesc câteodată la sinucidere, dar nu pot să o fac
 1 a – cred că moartea mă va elibera
 2 b – am planuri precise pentru a mă sinucide
 2 c – am impresia că familia mea va fi eliberata dacă eu voi fi mort
- 10 0 – nu plîng mai mult decît de obicei
 1 – în ultimul timp, plîng mai mult decît de obicei
 2 – in ultimul timp, plîng tot timpul
 3 – cîndva, puteam să plîng; acum nu mai pot, nici dacă aş vrea.
- 11 0 – nu sunt mai irascibil decît de obicei
 1 – nu mă supăr mai repede sau nu devit iritat mai repede decît de obicei
 2 – în ultimul timp, sunt mereu iritat.
- 12 0 – interesul meu faţă de alţii nu a scăzut
 1 – acum ceilalţi mă interesează mai puţin decît înainte
 2 – interesul meu faţă de ceilalţi a scăzut simţitor
 3 – mi-am pierdut tot interesul faţă de ceilalţi ş ei îmi sunt total indiferenţi
- 13 0 – mă decid la fel de repede ca altădată
 1 – în ultimul timp îmi amân deciziile
 2 – fată de altădată, mă decid foarte greu
 3 – nu mai pot lua decizii în nimic
- 14 0 – nu cred că arăt mai rău ca înainte
 1 – mă tem că arăt bătrîn si urât
 2 – simt că m-am schimbat în rău şi sunt mai puţin atrăgător
 3 – cred că sunt urât

- 15 0 - lucrez la fel de bine ca altădată
1 a – este un efort deosebit pentru mine să mă apuc de ceva
1 b – nu mai lucrez la fel de bine ca altădată
2 – este un efort foarte mare pentru mine să fac orice
3 – nu mă simt în stare de nimic
- 16 0 – dorm la fel de bine ca altădată
1 – nu dorm la fel de bine ca altădată (dimineața mă trezesc mai obosit ca altădată)
2 – mă trezesc cu 2-3 ore mai repede decât de obicei și readorm greu
3 – mă trezesc cu mai multe ore mai repede decât de obicei și nu mai pot să readorm
- 17 0 – nu obolesc mai repede decât înainte
1 – obolesc mai repede decât înainte
2 – aproape orice fac, mă obosește
3 – sunt mult prea obosit ca să mai fac ceva
- 18 0 – mănânc la fel de bine ca înainte
1 – nu mai am așa pofta de mâncare ca înainte
2 – în ultimul timp, mi-a scăzut simțitor pofta de mâncare
3 – nu mai am deloc pofta de mâncare
- 19 0 – nu am slăbit mai mult decât altădată
1 – am slăbit mai mult de 2 kg în ultimele 2 luni
2 – am slăbit mai mult de 4-5 kg în ultimele luni
3 – am slăbit mai mult de 7-8 kg în ultimele 2 luni
- 20 0 – nu mă preocupă sănătatea mai mult decât de obicei
1 – mă îngrijorez din cauza problemelor cu stomacul sau a durerilor
2 – sunt foarte îngrijorat din cauza problemelor mele medicale și mi-e greu să mă gândesc la altceva
3 – sunt atât de îngrijorat de problemele mele medicale și mi-e greu să mă gândesc la atceva
- 21 0 – nu am observat nici o schimbare importanta în ceea ce privește apetitul meu sexual
1 – sexul mă preocupă mai mult decât înainte
2 – în ultimul timp sexul mă preocupă mai puțin decât înainte
3 – mi-am pierdut cu totul apetitul sexual

ANEXA III

CHESTIONAR P.A.

1. În general, sunteți un om voios și fără griji? *Da/Nu*
2. Suneți sensibil(ă) la jigniri *Da/Nu*
3. Vă dau, uneori, repede lacrimile? *Da/Nu*
4. După ce ați terminat cu bine o treabă oarecare, vi se întâmplă, totuși, să vă îndoiiți că ați făcut bine și nu aveți linște până când nu vă convingeți încă o dată? *Da/Nu*
5. În copilărie ați fost tot atât de îndrăzneț (îndrăzneată) ca și ceilalți de o vârstă dumneavoastră? *Da/Nu*
6. Dispoziția dumneavoastră este schimbătoare – de la mare bucurie la mare deprimare? *Da/Nu*
7. De obicei, într-o reuniune amicală, sunteți în centrul atenției celorlalți? *Da/Nu*
8. Sunt zile în care, fără motiv aparent, sunteți îmbufnat(ă) și iritat(ă), încât este mai bine să nu vi se adreseze nimeni? *Da/Nu*
9. Credeți că sunteți o persoană serioasă? *Da/Nu*
10. Sunteți în stare să vă entuziasmați puternic? *Da/Nu*
11. Sunteți foarte întreprinzător? *Da/Nu*
12. Uitați ușor când cineva v-a jignit? *Da/Nu*
13. Sunteți foarte milos? *Da/Nu*
14. Atunci când puneți o scrisoare la cutia poștală, obișnuiți să controlați, cu mâna, dacă scrisoarea a intrat cu adevărat? *Da/Nu*
15. Aveți ambiția ca, la locul de muncă, să faceți parte din cei mai buni? *Da/Nu*
16. Vă este frică (sau v-a fost, când erați copil) de furtună și de câini? *Da/Nu*
17. Cred despre dumneavoastră, unii oameni, că sunteți puțin pedant(ă)? *Da/Nu*
18. Dispoziția dumneavoastră depinde de întâmplările prin care treceți? *Da/Nu*
19. Sunteți totdeauna agreat(ă), simpatizat(ă) de către cunoscuții dumneavoastră? *Da/Nu*
20. Aveți, uneori, stări de neliniște și de tensiune (încordare) puternice? *Da/Nu*
21. De obicei, vă simțiți apăsător(ă) de ceva, deprimat(ă)? *Da/Nu*
22. Ați avut, până acum, crize de plans sau crize nervoase (șoc nervos)? *Da/Nu*
23. Vă vine greu să stați pe scaun timp mai îndelungat? *Da/Nu*

24. Când cineva v-a făcut o nedreptate, luptați energic pentru interesele dumneavoastră?
Da/Nu
25. Sunteți în stare să tăiați un animal?
Da/Nu
26. Vă supără faptul că, acasă, perdeaua sau fața de masă sunt puțin cam strâmbe și le îndreptați imediat?
Da/Nu
27. Când erați copil, vă era frică să rămâneți seara singur(ă) în casă?
Da/Nu
28. Vi se schimbă des dispoziția fără motiv?
Da/Nu
29. În activitatea dumneavoastră profesională, sunteți totdeauna printer cei mai capabili?
Da/Nu
30. Vă înfuriați repede?
Da/Nu
31. Puteți fi, câteodată, cu adevărat exuberant(ă), voios (voioasă)?
Da/Nu
32. Puteți, uneori, să trăiți un sentiment de fericire deplină?
Da/Nu
33. Ați fi de accord să fiți invitat(ă) la o reuniune veselă?
Da/Nu
34. De obicei, spuneți oamenilor în mod deschis părerea dumneavoastră?
Da/Nu
35. Vă impresionează dacă vedeți sânge?
Da/Nu
36. Vă place o activitate cu mare răspundere personală?
Da/Nu
37. Sunteți înclinat(ă) să interveniți pentru oameni cărora li s-a făcut o nedreptate?
Da/Nu
38. Vă este teamă să vă duceți într-o pivniță (cămară) întunecoasă?
Da/Nu
39. Vă plac mult activitățile care trebuie făcute încet și foarte exact – în locul celor care pot fi făcute repede și fără migală?
Da/Nu
40. Sunteți o persoană foarte sociabilă?
Da/Nu
41. La școală, vă plăcea (vă place) să recitați poezii?
Da/Nu
42. Ați fugit vreodată de acasă când erați copil?
Da/Nu
43. Vi se pare viața grea?
Da/Nu
44. Vi s-a întâmplat să fiți atât de tulburat(ă) de conflicte sau de supărări încât v-a fost imposibil să vă mai duceți la lucru?
Da/Nu
45. S-ar putea spune despre dumneavoastră că, în general, nu vă pierdeți prea repede buna dispoziție atunci când aveți un insucces (când nu vă reușește ceva)?
Da/Nu
46. Dacă v-a jignit cineva, faceți primul pas spre împăcare?
Da/Nu
47. Vă plac animalele?
Da/Nu
48. Vă întoarceți, uneori, din drum ca să vă convingeți că – acasă sau la locul de muncă – totul este în regulă și că nimic nu se poate întâmpla?
Da/Nu

49. Sunteți câteodată chinuit(ă) de o frică nelămurită că dumneavoastră sau rudelor
dumneavoastră li s-ar putea întâmpla ceva rău? *Da/Nu*
50. Credeți că dispoziția dumneavoastră depinde de starea vremii? *Da/Nu*
51. V-ar displace cumva să vă urcați pe o scenă și să vorbiți în față publicului? *Da/Nu*
52. Când cineva vă necăjește rău de tot și cu intenție, ați fi în stare să vă ieșiți din fire și
să vă încăierăți? *Da/Nu*
53. Vă plac mult petrecerile? *Da/Nu*
54. Vă simțiți adânc descurajat(ă) când aveți decepții? *Da/Nu*
55. Vă place o muncă unde dumneavoastră trebuie să vă ocupați îndeosebi de partea
organizatorică? *Da/Nu*
56. În mod obișnuit, urmăriți cu tărie scopul pe care vi l-ați propus, chiar dacă întâmpinați
rezistență? *Da/Nu*
57. Poate să vă influențeze într-atât un film tragic încât să vă dea lacrimile? *Da/Nu*
58. Vi se întâmplă să adormiți cu greutate, pentru că vă gândiți la problemele zilei sau ale
viitorului? *Da/Nu*
59. Ca școlar, ați suflat colegilor sau i-ați lăsat să copieze după dumneavoastră? *Da/Nu*
60. V-ar displace să treceți prin cimitir, în întuneric? *Da/Nu*
61. Sunteți peste măsură de grijuliu ca, acasă la dumneavoastră, fiecare lucru să aibă un
loc al lui? *Da/Nu*
62. Vi se întâmplă să mergeți seara la culcare și dimineața să vă sculați prost dispus(ă) și
apăsas(ă), stare care să dureze câteva ore? *Da/Nu*
63. Puteți să vă adaptați ușor la situațiile noi? *Da/Nu*
64. Aveți uneori dureri de cap? *Da/Nu*
65. Râdeți des? *Da/Nu*
66. Față de oamenii pentru care nu aveți considerație, vă puteți purta prietenos, încât ei să
nu observe adevărata dumneavoastră părere despre ei? *Da/Nu*
67. Sunteți o persoană vioaie, plină de viață? *Da/Nu*
68. Suferiți mult din pricina nedreptății? *Da/Nu*
69. Sunteți un categoric prieten al naturii? *Da/Nu*
70. Întrucât nu sunteți chiar atât de sigur(ă), aveți obiceiul ca, atunci când plecați de acasă
sau mergeți la culcare, să controlați totdeauna încă o dată strea unor lucruri (de
exemplu, dacă gazul este închis, dacă aparatele electrice sunt scoase din priză, dacă
ușile sunt încuiate, etc.)? *Da/Nu*

71. Sunteți sperios (sperioasă)? *Da/Nu*
72. Vi se poate schimba dispoziția în urma consumării alcoolului? *Da/Nu*
73. Colaborați sau ați colaborat cu plăcere, în tinerețea dumneavoastră, la cercuri teatrale de amatori? *Da/Nu*
74. Vă este câteodată foarte dor de depărtări? *Da/Nu*
75. În mod obișnuit, priviți viitorul cu pessimism? *Da/Nu*
76. Vi se poate schimba atât de puternic dispoziția, încât să aveți, uneori, un mare sentiment de bucurie, pentru ca apoi să cădeți într-o stare grea de amărăciune? *Da/Nu*
77. Vă vine ușr să creați bună dispoziție într-o societate, într-o reuniune? *Da/Nu*
78. De obicei, rămâneți multă vreme supărat(ă)? *Da/Nu*
79. Sunteți foarte puternic impresionat(ă) de suferința altor oameni? *Da/Nu*
80. În mod obișnuit, în caietele de școală, scriați încă o dată o pagină dacă se întâmpla să faceți o pată de cerneală? *Da/Nu*
81. Se poate spune că, în general, vă arătați față de oameni mai mult prudent(ă) și bănuitor (bănuitoare) decât încrezător (încrezătoare)? *Da/Nu*
82. Aveți vise cu spaime? *Da/Nu*
83. Sunteți, câteodată, terorizat de gândul că, fiind pe peronul unei gări, să vă atuncați înaintea trenului împotriva voinței dumneavoastră? Sau, când priviți la o fereastră, la etaj, să vă aruncați în gol? *Da/Nu*
84. În mod obișnuit, deveniți vessel(ă) într-un loc plăcut? *Da/Nu*
85. În general, vă debarasați ușor de problemele apăsătoare și nu vă mai gândiți la ele? *Da/Nu*
86. Când consumați alcool, deveniți – de obicei – impulsiv(ă)? *Da/Nu*
87. In discuții sunteți mai degrabă zgârcit(ă) la vorbă decât vorbăreț(vorbăreață)? *Da/Nu*
88. Dacă ați fi pus în situația să colaborați la o reprezentație teatrală, ați putea să vă însușiți atât de bine și cu atâta dăruire rolul, încât pe scenă să uitați complet că sunteți un altul? *Da/Nu*

DACA ATI TERMINAT, NU REVENITI ASUPRA INTREBARILOR, CI
 PREDATI IMEDIAT MATERIALUL!

ANEXA IV

Chestionarul auto-aplicat pentru Tulburarea Dismorfică Corporală

Partea I

1. În prima coloană de mai jos vă rugăm să bifați maxim 5 părți corporale care v-au plăcut cel mai mult (sau cu care nu ați fost mulțumit(ă) pe deplin) în ultima lună. Fiți cât mai concret(ă) cu putință, alegând termenul care descrie cel mai bine partea corporală la care vă gândiți.
2. În cea de-a doua coloană descrieți ce vă nemulțumește la acea parte a corpului dvs. (de exemplu, dacă “nasul” a fost bifat în prima coloană, puteți scrie că “este prea mare”). Dacă există mai multe motive de nemulțumire vă rugăm să le enumerați (de exemplu, copasele pot fi “prea mari” sau pot avea “zone de celulită/grăsime”).
3. În cea de-a treia coloană vă rugăm să acordați fiecărei părți corporale bifate câte o notă, în ordinea importanței lor. Acordați nota 1 părții corporale care vă nemulțumește cel mai mult, nota 2 părții corporale care vă nemulțumește mult, etc. Vă rugăm să nu notați mai mult de 5 părți corporale.

Bifați 5 părți corporale cu care nu sunteți mulțumit(ă)	Ce nu vă place la această parte a corpului dvs.?	Acordați câte o notă fiecărei părți corporale de care nu sunteți mulțumit(ă): 1=cel mai nemulțumit
Picioarele (tălpile)		
Gambele		
Coapsele		
Întregul picior		
Fundul		
Șoldurile		
Întreaga parte inferioară a corpului		
Talia, abdomenul		
Pieptul		
Sâni		
Spatele		
Umerii		
Întreaga parte superioară a corpului		

Antebrațele		
Brațele		
Mâinile		
Întregul corp		
Gâtul		
Organele genitale		
Bărbia		
Obrajii		
Gura		
Dinții		
Nasul		
Ochii		
Sprâncenele		
Urechile		
Părul facial		
Întreaga față		
Părul de pe corp		
Părul de pe cap		
Alte părți corporale	Vă rugăm să descrieți	
Alte părți corporale	Vă rugăm să descrieți	

Partea a doua

Mai jos sunt enumerate câteva dintre metodele la care oamenii apelează pentru a-și modifica sau a-și îmbunătăți imaginea fizică. Vă rugăm să bifați orice metodă pe care ați încercat-o până acum pentru a vă îmbunătăți imaginea acelei părți corporale pe care ați notat-o cu 1 în lista precedent (adică partea de care sunteți cel mai nemulțumit). Enumerați toate metodele pe care le-ați încercat, nu doar ce ați încercat în ultima lună. Estimați de câte ori ați utilizat metoda respectivă. NU includeți un remediu la care ați apelat pentru a vă îmbunătăți o parte corporală pe care NU ați notat-o cu 1 (d.e. Nu includeți chirurgia plastic pentru nas (rinoplastia) dacă nu ați cotate nasul cu 1).

De câte ori ați utilizat remediul	Remediul
	Un regim alimentar specific pentru a vă îmbunătăți imaginea fizică
	Un anumit program de exerciții fizice pentru a vă îmbunătăți imaginea
	Intervenții chirurgicale pentru a reduce greutatea (d.e. Capsarea stomacului sau bypass)
	Chirurgie cosmetic (d.e. Liposucție, reducerea sânilor sau implant, rinoplastie, acoperirea cicatricilor, liftin facial, collagen pentru mărirea buzelor)
	Intervenții stomatologice non-chirurgicale (d.e.aparat dentar, albirea dinților)
	Crème sau tratamente (pentru afecțiuni ale pielii sau calviție)
	Transplant de păr
	Proteze (d.e.picior artificial; bifați doar dacă motivul pentru care ați achiziționat proteza este îmbunătățirea imaginii fizice)
	Alte remedii (vă rugăm descrieți-le mai jos, inclusive frecvența cu care le-ați utilizat)

Partea a treia

1. Înainte de a răspunde la aceste întrebări, asigurați-vă că ați parcurs partea 1 și 2 a formularului de răspuns BDDE-SR.
2. Următoarele întrebări vă vor cere să vă gândiți la “trăsătura fizică” – aceasta se referă la acea parte a corpului pe care ați notat-o cu 1 în lista precedentă. Răspundeți în funcție de ultimele 4 săptămâni.
3. Pentru a răspunde la întrebări puteți alege orice număr, de la 0 la 6, chiar dacă nu există o descriere în dreptul cifrei. Notați răspunsurile pe formularul de răspuns.

În decursul ultimelor 4 săptămâni:

1. Cât de des ați simțit că oamenii de aceeași vârstă și de același sex au o trăsătură fizică la fel cu cea pe care credeți că o aveți?

- 0– toată lumea are această trăsătură
- 1–
- 2– mulți oameni au această trăsătură
- 3–
- 4– puțini oameni au această trăsătură
- 5–
- 6– nimeni nu are această trăsătură (sau această problemă nu este atât de gravă la alții)

2. Cât de frecvent v-ați verificat trăsătura fizică (d.e. dacă v-ați uitat la ea, ați palpat-o sau ați palpat-o sau ați măsurat-o în vreun fel) pentru a determina cât de gravă este problema?

- 0– 0 zile (nu am verificat)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (aproape în fiecare zi)

3. Cât de nemulțumit sunteți de trăsătura fizică?

- 0– nu sunt nemulțumit
- 1–
- 2– sunt oarecum nemulțumit (fără a fi nefericit)
- 3–
- 4– sunt nemulțumit (oarecum nefericit)
- 5–
- 6– sunt extrem de nemulțumit (extrem de nefericit, mă simt cât se poate de afectat și nemulțumit)

4. Cât de nemulțumit sunteți de aspectul fizic general al dvs.?

- 0– nu sunt nemulțumit
- 1–
- 2– sunt oarecum nemulțumit (fără a fi nefericit)
- 3–
- 4– sunt nemulțumit (oarecum nefericit)
- 5–
- 6– sunt extrem de nemulțumit (extrem de nefericit, mă simt cât se poate de nemulțumit)

5. Cât de des ați încercat, ați cerut celorlalți să vă asigure că respective trăsătură fizică nu este atât de anormală și gravă precum credeți dvs.?

- 0– 0 zile (nu am cerut acest lucru)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (am cerut acest lucru o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (am cerut acest lucru din două în două zile)

- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (am cerut acest lucru aproape în fiecare zi)

6. Cât de des v-ați gândit la trăsătura dvs. fizică și v-ați simțit afectat de acest lucru?

- 0– 0 zile (nu mă gândesc la trăsătură și aceasta nu mă supără)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (mă gândesc la trăsătură o dată sau de două ori pe săptămână și mă supără acest lucru)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (mă gândesc la trăsătură din două în două zile și mă supără acest lucru)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (mă gândesc la trăsătură aproape în fiecare zi și mă supără acest lucru)

7. Cât de mult v-ați îngrijorat sau v-ați simțit rușinat de trăsătura fizică atunci când erați în spații publice, cum ar fi: mall-uri, magazine alimentare, străzile orașului, restaurant, cinematografe, autobuze sau avioane, stând la coadă, în parcuri sau pe plajă, în toaletele publice sau în alte spații unde existau cel puțin trei oameni pe care nu îi cunoșteți? (în timp ce răspundeți gândiți-vă în câte din aceste situații vă îngrijați și cât de intensă este starea de îngrijorare).

- 0– nu simt îngrijorare sau rușine
- 1–
- 2– oarecum îngrijorat sau rușinat
- 3–
- 4– îngrijorat și rușinat
- 5–
- 6– extrem de îngrijorat și rușinat

8. Cât de mult v-ați îngrijorat sau v-ați simțit rușinat de trăsătura dvs. fizică în timp ce vă aflați în cadre sociale alături de colegi, cunoștințe, prieteni sau membri ai familiei (d.e. la serviciu, petreceri, întruniri familiale, întâlniri, discuții în grup, întâlniri amoroase, discuții cu șeful sau supervizorul)?

- 0– nu simt îngrijorare sau rușine
- 1–
- 2– oarecum îngrijorat sau rușinat
- 3–
- 4– îngrijorat și rușinat
- 5–
- 6– extrem de îngrijorat și rușinat

9.a. Cât de des ați simțit că alții observau sau acordau atenție trăsăturii dvs. fizice? (inclusiv momentele în care credeți că doar v-ați imaginat acest lucru)

- 0– 0 zile (nu niciodată)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (aproape în fiecare zi)

9.b. Cât de mult v-a afectat faptul că ați simțit că alții observau sau acordau atenție trăsăturii dvs.fizice? (gândiți-vă dacă vă simțiți diferit în funcție de cine este persoana care observau)

- 0– nu m-a afectat sau alții nu observă
- 1– puțin afectat atunci când anumiți oameni observă
- 2– puțin afecta, indiferent de cine observă
- 3– afectat când anumiți oameni observă
- 4– afectat indiferent de cine observă
- 5– extreme de afectat atunci când anumiți oameni observă
- 6– extrem de afectat indiferent de cine observă

10.a. Cât de des s-a întâmplat ca cineva să facă un comentariu pozitiv sau negative în legătură cu trăsătura dvs.fizică? (includeți doar comentarii spontane, nu comentarii pe care ați încercat să le obțineți de la persoana respectivă)

- 0– 0 zile (nu s-a întâmplat)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (s-a întâmplat o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (s-a întâmplat aproximativ o dată la două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (s-a întâmplat aproape în fiecare zi)

10.b. Cât de afectat ați fost atunci când cineva a făcut un comentariu pozitiv sau negative în legătură cu trăsătura dvs.fizică? (când răspundeți gândiți-vă dacă vă simțiți diferit în funcție de cine este persoana care face acel comentariu)

- 0– nu am fost afectat (sau ceilalți nu au făcut nici un comentariu)
- 1– puțin afectat doar atunci când anumite persoane au făcut comentarii
- 2– puțin afectat, indiferent de cine a făcut comentarii
- 3– afectat atunci când anumite persoane au făcut comentarii
- 4– afectat indiferent de cine a făcut comentarii
- 5– extrem de afectat atunci când anumite persoane au făcut comentarii
- 6– extreme de afectat indiferent de cine a făcut comentarii

11.a. Cât de des v-a făcut cineva ceva sau a făcut pentru dvs.ceva datorită trăsăturii dvs.fizice?

- 0– 0 zile (nu s-a întâmplat)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (s-a întâmplat o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (s-a întâmplat aproximativ o dată la două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (s-a întâmplat aproape în fiecare zi)

11.b. Cât de des v-a afectat faptul că cineva v-a făcut ceva sau a făcut ceva pentru dvs.datorită trăsăturii dvs.fizice? (când răspundeți gândiți-vă dacă vă simțiți diferit în funcție de cine este persoana în cauză).

- 0– nu am fost afectat (sau ceilalți nu m-au tratat diferit)
- 1– puțin afectat atunci când era vorba de anumite persoane
- 2– puțin afectat indiferent de cine erau persoanele respective
- 3– afectat atunci când era vorba de anumite persoane

- 4– afectat indiferent de cine erau persoanele respective
- 5– extrem de afectat atunci când era vorba de anumite persoane
- 6– extreme de afectat indiferent de cine erau persoanele respective

12. Cât de important este imaginea dvs.fizică pentru modul în care vă evaluați ca persoană? Înainte de a răspunde, gândiți-vă la modul în care alte aspect vă influențează modul în care vă evaluați, ca de pildă: personalitatea, inteligența, performanțele la școală sau la serviciu, calitatea relațiilor cu ceilalți, diverse aptitudini în alte domenii etc. În comparație cu aceste subiecte (și posibil și cu altele), cât de multă importanță acordați imaginii fizice atunci când vă autoevaluați?

- 0– nici o importanță
- 1–
- 2– oarecare importanță (imaginea este un aspect al autoevaluării)
- 3–
- 4– importanță moderată (imaginea este unul dintre aspectele principale ale autoevaluării)
- 5–
- 6– extreme de multă importanță (nimic nu este mai important în autoevaluare decât imaginea)

13. Cât de negativ v-ați evaluat ca persoană datorită trăsăturii dvs.fizice? Acest item nu vă întreabă dacă credeți că trăsătura dvs.fizică este atrăgătoare sau neatrăgătoare. Dimpotrivă, se referă la cât de mult v-a determinat trăsătura dvs.fizică să simțiți că aveți un defect personal sau că sunteți indezirabil sau inadecvat într-un mod non-fizic (care nu se referă la imaginea dumneavoastră).

- 0– nici o autoevaluare negativă ca rezultat al trăsăturii fizice
- 1–
- 2– oarecare autoevaluare negativă
- 3–
- 4– evaluare negativă moderată ca intensitate
- 5–
- 6– autoevaluare extrem de negativă datorită acelei trăsături fizice sunteți incapabil în a găsi calități pozitive în propria persoană

14. Cât de negativ ați simțit că vă evaluează ceilalți ca persoană datorită trăsăturii dvs.fizice? Din nou, acest item nu vă întreabă cât de atrăgător sau neatrăgător vă găsesc ceilalți. Dimpotrivă, vă întreabă cât de mult credeți că imaginea dvs.fizică i-a determinat pe ceilalți să considere indezirabil sau inadecvat într-un mod non-fizic (care nu se referă la aspectul dvs.exterior).

- 0– nici o evaluare negativă din partea celorlalți datorită trăsăturii dvs.fizice
- 1–
- 2– oarecare evaluare negativă din partea celorlalți
- 3–
- 4– evaluare negativă moderată ca intensitate din partea celorlalți
- 5–
- 6– evaluare extrem de negativă din partea celorlalți; datorită trăsăturii dvs.fizice ceilalți sunt incapabili în a găsi calități pozitive la/în persoana dvs.

15. Cât de atractiv fizic credeți că vă consideră ceilalți? (Dacă prietenii vă văd altfel decât necunoscuții, cât de atractiv fizic credeți că vă consider oamenii în general?)

0– atractiv, sau cel puțin nu complet neatrăgător

1–

2– oarecum neatrăgător

3–

4– destul de neatrăgător

5–

6– extreme de neatrăgător

16.a. V-ați gândit vreodată la faptul că trăsătura dvs.fizică s-ar putea să nu fie atât de gravă precum credeți de obicei sau au existat momente în care v-ați simțit mai bine în legătură cu trăsătura dvs.fizică?

Da _____

Nu _____

16.b. În ultima lună ați simțit vreodată că trăsătura dvs.fizică este, de fapt, normală?

Da _____

Nu _____

17. Cât de frecvent ați evitat spațiile publice deoarece nu vă simțeați confortabil cu trăsătura dvs.fizică? (D.e.mall-uri, magazine alimentare, străzile orașului, restaurant, cinematografe, cluburi, autobuze sau avioane, așteptarea la coadă, parcuri sau plaje, toalete publice și alte zone în care există oameni pe care nu îi cunoașteți).

0– nu am evitat spațiile publice

1–

2– am evitat spațiile publice destul de frecvent

3–

4– am evitat spațiile publice

5–

6– am evitat spațiile publice foarte frecvent

18. Cât de frecvent ați evitat situațiile profesionale sau sociale alături de prieteni, rude sau cunoștințe, deoarece nu vă simțeați confortabil cu trăsătura dvs.fizică? Situațiile sociale pot include: mersul la școală sau la serviciu, petreceri, întruniri familiale, întâlniri, discuții în grup, purtarea unei conversații, socializarea cu colegii de serviciu, întâlniri amoroase sau ieșiri în oraș cu ceilalți, conversații cu șeful sau supervisorul.

0– nu am evitat situațiile sociale

1–

2– am evitat situațiile sociale destul de frecvent

3–

4– am evitat situațiile sociale frecvent

5–

6– am evitat situațiile sociale foarte frecvent

19. Cât de frecvent ați evitat contactul fizic intim cu ceilalți datorită trăsăturii dvs.fizice? Acest item se referă la contactul sexual, dar și la alte forme de contact fizic, cum ar fi:

strângerea mâinii, îmbrățișări, sărutări sau dansul în care partenerii sunt aproape unul de celălalt.

- 0– nu am evitat contactul fizic
- 1–
- 2– am evitat contactul fizic destul de frecvent
- 3–
- 4– am evitat contactul fizic frecvent
- 5–
- 6– am evitat contactul fizic foarte frecvent

20. Atunci când stabiliți contact fizic cu ceilalți (d.e.contact sexual, îmbrățișări, strângerea mâinii, sărutări, dans), cât de des ați încercat să limitați acest contact (de pildă, schimbându-vă poziția, limitându-vă mișcările sau blocând contactul celuilalt cu anumite părți corporale ale dvs.)?

- 0– nu am limitat niciodată contactul în mod deliberat
- 1–
- 2– am limitat contactul în mai puțin de jumătate dintre ocazii
- 3–
- 4– am limitat contactul aproximativ în jumătate dintre ocazii
- 5–
- 6– am limitat contactul în fiecare (sau aproape fiecare) ocazie

21. Cât de frecvent ați evitat activități fizice (sportive) sau activități de recreere în aer liber deoarece nu vă simțeați confortabil datorită trăsăturii dvs.fizice?

- 0– nu am evitat activități fizice
- 1–
- 2– am evitat activitățile fizice destul de frecvent
- 3–
- 4– am evitat activitățile fizice frecvent
- 5–
- 6– am evitat activitățile fizice extreme de frecvent

22. Cât de frecvent v-ați îmbrăcat, machiat sau aranjat excesiv și în mod deliberat pentru a vă ascunde trăsătura fizică sau a abate atenția de la aceasta? Acest lucru se numește “camuflare”. (Această întrebare poate să includă și evitarea anumitor haine sau produse cosmetice).

- 0– 0 zile (nu am camuflat sau nu am evitat anumite haine/cosmetice)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (am camuflat o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (am camuflat aproximativ din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (am camuflat în fiecare sau aproape în fiecare zi)

23. Cât de frecvent v-ați modificat poziția sau mișcările corpului pentru a vă ascunde trăsătura fizică sau a abate atenția celorlalți de la aceasta? (D.e.v-ați schimbat modul în care stați sau ședeți, locul unde așezați mâinile, modul în care vă deplasați, partea corpului pe care o arătați celorlalți etc.)

- 0– 0 zile (nu mi-am schimbat poziția sau mișcările corporale)
- 1– 1-3 zile

- 2– 4-7 zile (mi-am schimbat poziția sau mișcările corporale o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (mi-am schimbat poziția sau mișcările corporale aproximativ din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (mi-am schimbat poziția sau mișcările corporale în fiecare sau aproape în fiecare zi)

24. Cât de frecvent ați evitat să vă priviți corpul, în special trăsătura dvs.fizică, pentru a controla emoțiile legate de această trăsătură? Aceasta se referă la a evita să vă priviți corpul îmbrăcat sau dezbrăcat, în mod direct sau reflectat în oglinzi sau vitrine, geamuri etc.

- 0– 0 zile (nu am evitat să-mi privesc corpul)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (am evitat să-mi privesc corpul o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (am evitat să-mi privesc corpul aproximativ din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (am evitat să-mi privesc corpul în fiecare sau aproape în fiecare zi)

25. Cât de frecvent ați evitat posibilitatea ca alți oameni să vă vadă corpul dezbrăcat, deoarece nu vă simțeați confortabil cu trăsătura dvs.fizică? Aceasta se referă la a nu-I permite soțului/soției, partenerului(ei), colegului(ei) de cameră etc.să vă vadă dezbrăcat(ă), sau la a nu permite altor oameni în spații publice (dușuri commune sau vestiare) să vă vadă dezbrăcat(ă).

- 0– nu am evitat posibilitatea ca ceilalți să mă vadă dezbrăcat(ă)
- 1–
- 2– am evitat destul de frecvent posibilitatea ca ceilalți să mă vadă dezbrăcat(ă)
- 3–
- 4– am evitat frecvent posibilitatea ca ceialalți să mă vadă dezbrăcat(ă)
- 5–
- 6– am evitat extreme de frecvent posibilitatea ca ceialalți să mă vadă dezbrăcat(ă)

26. Cât de frecvent v-ați comparat imaginea fizică cu imaginea altor personae din jurul dvs.sau pe care le-ați văzut în magazine sau la televizor? Luați în considerare atât comparațiile pozitive, cât și pe cele negative.

- 0– 0 zile (nu m-am comparat cu ceilalți)
- 1– 1-3 zile
- 2– 4-7 zile (m-am comparat cu ceilalți o dată sau de două ori pe săptămână)
- 3– 8-11 zile
- 4– 12-16 zile (m-am comparat cu ceilalți aproximativ din două în două zile)
- 5– 17-21 zile
- 6– 22-28 zile (m-am comparat cu ceilalți în fiecare sau aproape în fiecare zi)

După ce ați citit întrebările, încercuiți acele răspunsuri care vi se potrivesc cel mai bine.

1.	0	1	2	3	4	5	6
2.	0	1	2	3	4	5	6
3.	0	1	2	3	4	5	6
4.	0	1	2	3	4	5	6
5.	0	1	2	3	4	5	6
6.	0	1	2	3	4	5	6
7.	0	1	2	3	4	5	6
8.	0	1	2	3	4	5	6
9.a.	0	1	2	3	4	5	6
9.b.	0	1	2	3	4	5	6
10.a.	0	1	2	3	4	5	6
10.b.	0	1	2	3	4	5	6
11.a.	0	1	2	3	4	5	6
11.b.	0	1	2	3	4	5	6
12.	0	1	2	3	4	5	6
13.	0	1	2	3	4	5	6
14.	0	1	2	3	4	5	6
15.	0	1	2	3	4	5	6
16.a.	Da		Nu				
16.b.	Da		Nu				
17.	0	1	2	3	4	5	6
18.	0	1	2	3	4	5	6
19.	0	1	2	3	4	5	6
20.	0	1	2	3	4	5	6
21.	0	1	2	3	4	5	6
22.	0	1	2	3	4	5	6
23.	0	1	2	3	4	5	6
24.	0	1	2	3	4	5	6
25.	0	1	2	3	4	5	6
26.	0	1	2	3	4	5	6

Cotarea Părții a treia

Pentru început adunați punctajul obținut la întrebările 1-15 și treceți alăturat suma _____

Apoi adunați punctajul obținut la întrebările 17-26 și treceți alăturat suma _____

Treceți alăturat scorul total _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Ați obținut un punctaj de 4 sau mai mult la itemii 6, 12 și 13? | Da | Nu |
| 2. Ați obținut un punctaj de 4 sau mai mult la itemii 7 sau 8? | Da | Nu |
| 3. Ați obținut un punctaj de 4 sau mai mult la itemii 9b, 17, 18, 19 sau 21? | Da | Nu |

ANEXA V

Chestionar screening pentru aspectul corporal

Preocuparea față de sănătate și aspectul corporal este una normală.

Nu toată lumea acordă însă aceeași atenție acestei importante probleme.

Dacă sunteți de accord, vă solicităm să răspundeți la un scurt chestionar anonim pe această problemă. Iar dacă considerați ulterior că doriți să purtați unele discuții psihologice sau medicale pe această temă, vă stăm la dispoziție.

Toată lumea este preocupată într-o măsură mai mare sau mai mică de aspectul fizic propriu. In cadrul unui studiu științific sub conducerea profesorilor de la Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara, prezentul chestionar încearcă să sintetizeze informații privind implicațiile psihologice ale modului în care ne percepem corpul. Vă rugăm să ne ajutați prin completarea chestionarului de mai jos. Chestionarul este anonim. Vă asigurăm că toate informațiile vor fi utilizate strict în scopuri științifice, statistice și cu păstrarea confidențialității.

Vă mulțumim !

1. In ultimele 12 luni ați avut perioade (mai lungi de o lună) în care să vă preocupe mai mult ca de obicei și mai mult decât pe restul cunoscuților dvs., modul în care arătați ? (aspectul corpului dvs.) ?

DA _____ NU _____

2. In ultimele 12 luni ați avut probleme de sănătate care să necesite tratament medical cu durată de peste 1 lună și care să afecteze aspectul corporal ?

DA _____ NU _____

Dacă DA,

vă rugăm să precizați natura acestor probleme (nu este necesar diagnosticul medical)

3. In prezent, considerați că preocuparea dvs.pentru aspectul fizic (corporal) este mai accentuată decât înainte (de exemplu în urmă cu o lună) ?

DA _____ NU _____

4. Considerați că faceți destule eforturi pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic ?

DA _____ NU _____

Dacă DA,

vă rugăm să alegeți dintre răspunsurile de mai jos cele care descriu mijloacele la care ați apelat (în ultimele 6 luni) în acest scop :

- a. Dietă în scopul pierderii de kg pe o perioadă mai lungă de 10 zile succesiv _____
 - b. Tratamente cosmetice speciale (dermato-cosmetice : peeling chimic, laser, fotolumină, mezoterapie, etc) _____
 - c. Exerciții fizice intense, timp de cel puțin 3 luni succesive, cel puțin 3 zile pe săptămână _____
 - d. Alte metode (vă rugăm descrieți) : _____
5. Considerați că în prezent sunteți:
- a. Prea gras(ă) _____
 - b. Prea slab(ă) _____
 - c. Urât(ă) _____
 - d. Dizgrațios(ă), lipsit(ă) de sex-appeal _____
 - e. Respingător fizic _____
6. In ultimele 6 luni, ați avut perioade în care ați fost:
- a. Obosit(ă) în cea mai mare parte a timpului _____
 - b. Trist(ă), chiar fără motiv _____
 - c. Irascibil(ă), ușor de scos din sărite _____
 - d. Apatic(ă), retras(ă), fără dorința de implicare social(ă) _____
 - e. Anxios/anxioasă (temătoare, îngrijorat(ă) chiar fără motiv _____
7. In ultimul an, au fost perioade sau situații în care ați evitat să vă expuneți corpul vederii celorlalți, chiar dacă acest lucru însemna să vă privați de participarea la activități sau evenimente sociale ? (de exemplu să mergeți la ștrand, mare, saună, etc.)

DA _____

NU _____

Vă mulțumim pentru colaborare !

ANEXA VI

Complexul lui Adonis – Chestionar de evaluare

1. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile îl petreceți îngrijorându-vă în legătură cu aspectul dvs. fizic ?
 - a. sub 30 de minute
 - b. 30-60 de minute
 - c. Peste 60 de minute

2. Cât de des vă simțiți nefericit datorita preocupărilor legate de aspectul dvs. Fizic (d.e. supărat, anxios sau deprimat) ?
 - a. rar sau deloc
 - b. uneori
 - c. frecvent

3. Cât de des evitați situațiile în care corpul dvs. sau anumite părți corporale sr putea fi văzute de alte persoane ? De exemplu: cât de des evitați vestiarele, bazinele de înot sau alte situații în care trebuie să vă dezbrăcați ? Cât de des purtați anumite haine care au rolul de a modifica sau camufla aspectul corupului dvs. (d.e. o pălărie pentru a ascunde părul sau haine largi pentru a vă ascunde forma corporală) ?
 - a. rar sau deloc
 - b. uneori
 - c. frecvent

4. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocați activităților de ornare (înfrumusețare), menite să vă îmbunătățească aspectul fizic ?
 - a. sub 30 de minute
 - b. 30-60 de minute
 - c. Peste 60 de minute

5. Cât de mult timp din cadrul fiecărei zile alocăți exercițiilor fizice, menite să vă îmbunătățească aspectul fizic, așa cum sunt ridicatul helterelor, executarea abdomenelor sau alergatul pe bandă ? (Includeți doar acele activități în care unul dintre scopurile dvs. principale este îmbunătățirea aspectului fizic)
- sub 60 de minute
 - 60-120 de minute
 - Peste 120 de minute
6. Cât de des recurgeți la diete, la consumul anumitor alimente (d.e. alimente bogate în proteine sau sărace în grăsimi) sau la suplimente nutritive pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic ?
- rare sau deloc
 - uneori
 - frecvent
7. Cât de mult din venitul dvs. cheltuiți pe anumite articole menite să vă îmbunătățească aspectul fizic (d.e. produse de regim, suplimente nutritive, produse pentru îngrijirea părului, produse și tratamente cosmetice, echipamente sportive sau abonamente la săli de fitness)?
- o cantitate neglijabilă
 - o cantitate substanțială fără a crea probleme financiare
 - suficient cât să cauzeze probleme financiare, la un moment dat.
8. Cât de mult au efect preocupările legate de aspectul fizic în relațiile dvs. sociale ? De exemplu: s-a întâmplat ca activitățile sportive, dietele sau alte comportamente legate de aspectul fizic să compromită relațiile dvs. cu ceilalți?
- rare sau deloc
 - uneori
 - frecvent

9. Cât de des s-a întâmplat ca preocupările dvs. legate de aspectul fizic să vă compomită viața sexuala?
- rar sau deloc
 - uneori
 - frecvent
10. Cât de des s-a întâmplat ca preocupările dvs. legate de aspectul fizic să vă compormită activitatea la serviciu sau cariera (sau performanțele școlare, universitare)?
- De exemplu: s-a întâmplat să întârziati, să absentati de la locul de muncă sau de la școală, să nu dați randamentul dorit sau să pierdeți oportunități de promovare datorită necesităților legate de aspectul dvs.fizic?
- rar sau deloc
 - uneori
 - frecvent
11. Cât de des ați evitat să fiți văzut de ceilalți datorită grijii pentru aspectul dvs. fizic (d.e. să nu mergeți la școala, serviciu, evenimente sociale sau să nu ieșiți în public) ?
- rar sau deloc
 - uneori
 - frecvent
12. Ați consumat vreodată orice fel de substanță – legală sau ilegală – pentru a vă crește masa musculară, a pierde în greutate sau pentru alte moduri de a vă îmbunătăți aspectul fizic ?
- niodata
 - doar substanțe legale cumpărate cu sau fără prescripție medicală
 - consum ilegal de steroizi, pastille de slăbit sau alte substanțe

13. Cât de des ați recurs la metode extreme (altele decât consumul de substanțe) pentru a vă modifica aspectul fizic, precum: exerciții fizice în exces; antrenament chiar și în cazul unei leziuni; post sau alte diete nesănoase; vomă autoprovoacă, consum de laxative sau alte metode de purgație; metode neconvenționale pentru creșterea masei musculare, a părului, a penisului, etc?
- a. rar sau deloc
 - b. uneori
 - c. frecvent