

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 semistructurat de 34 de itemi, cu posibilitatea auto-administrării de către fiecare subiect în parte, realizat cu scopul de a semnaliza 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 conducătorului 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, alții 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 aceluiași 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).

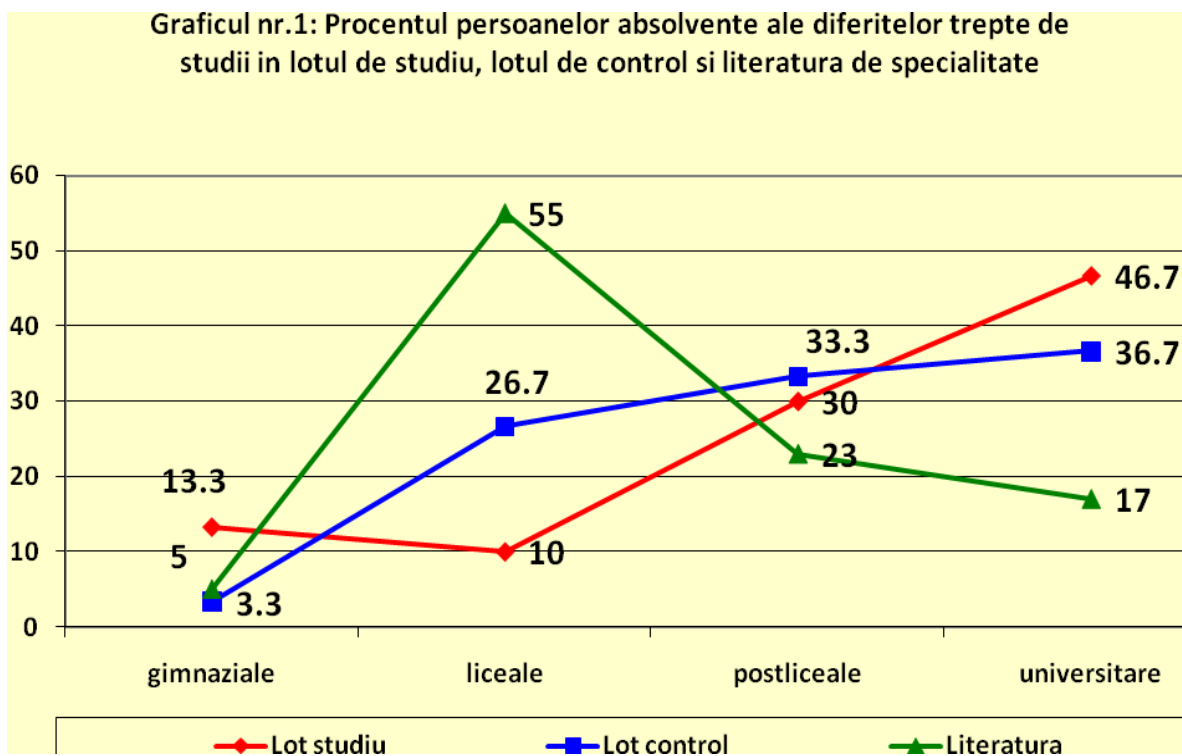
Nivelul de școlarizare.

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.

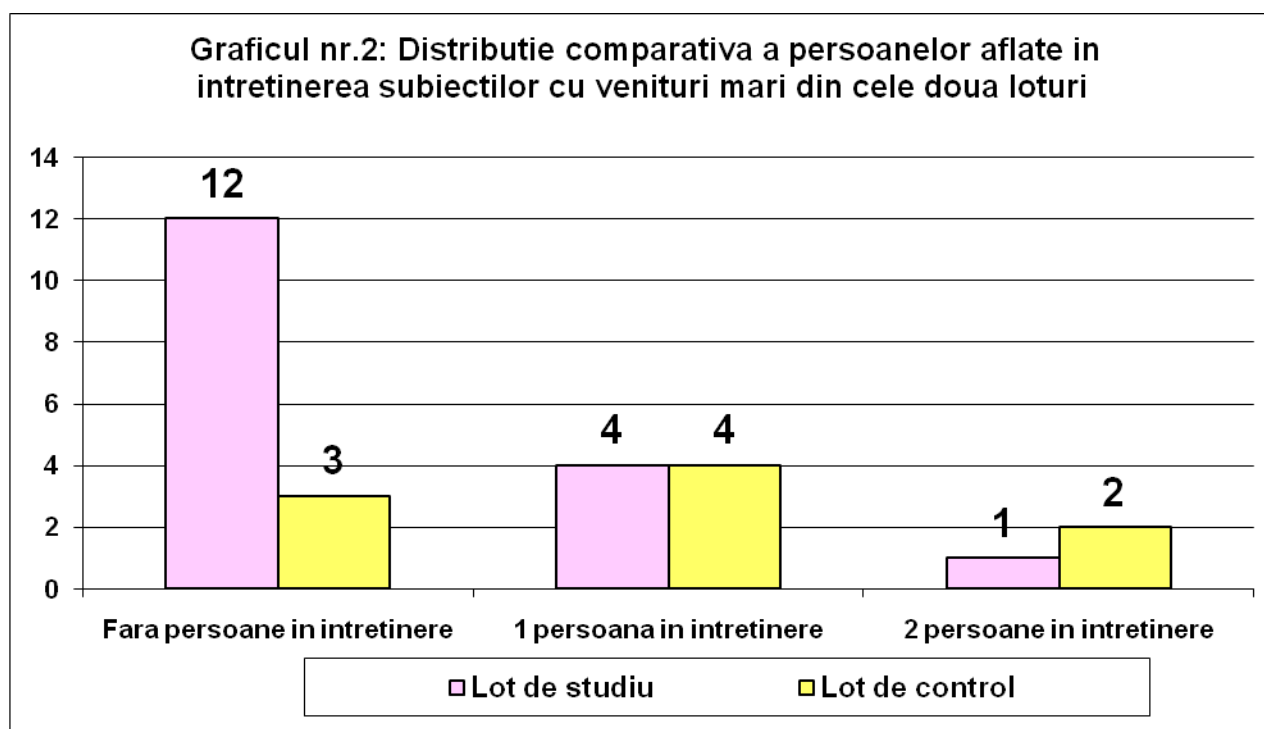
Persoanele aflate în întreținerea subiecților.

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.

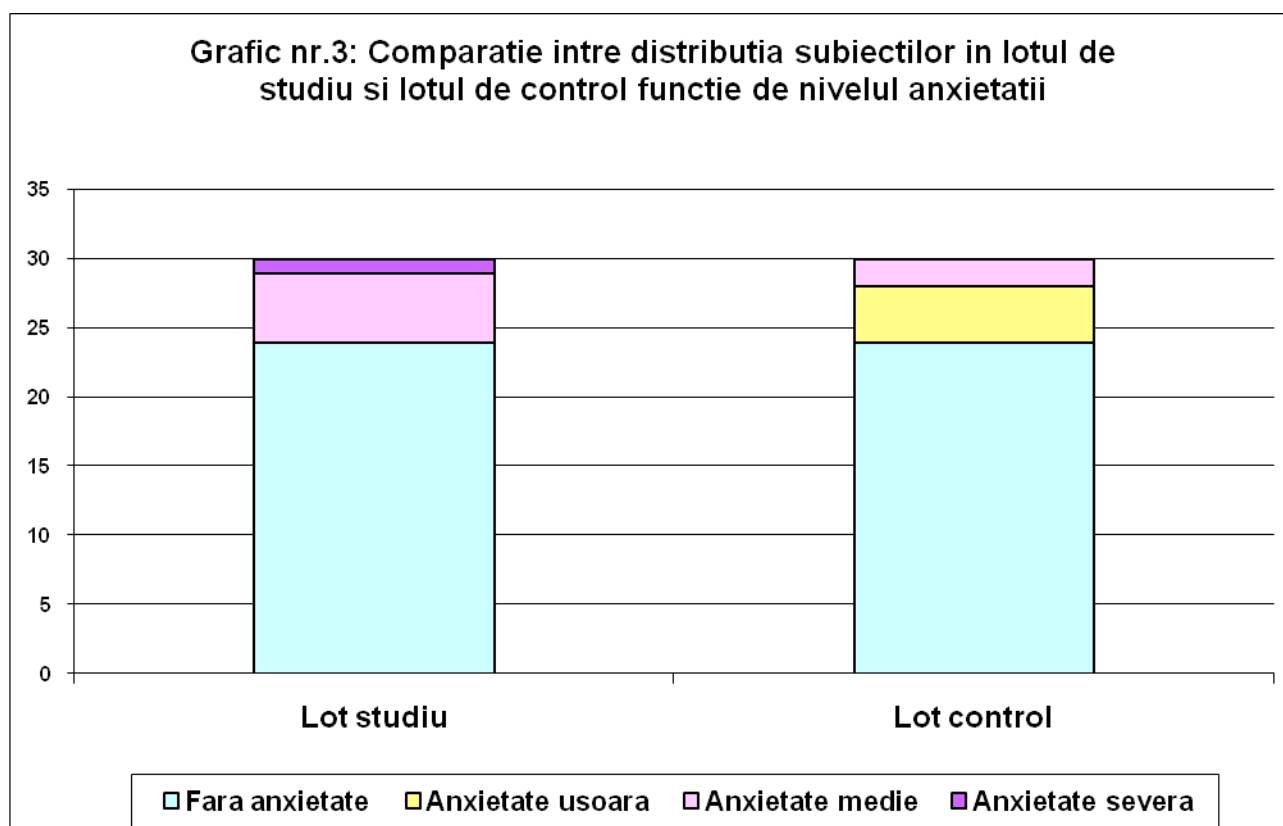
Așa cum se observă în graficul nr.3, în lotul de control 13.3% dintre subiecți prezintă anxietate ușoară și 6.7% anxietate medie; nici un subiect nu prezintă anxietate severă.

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.

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

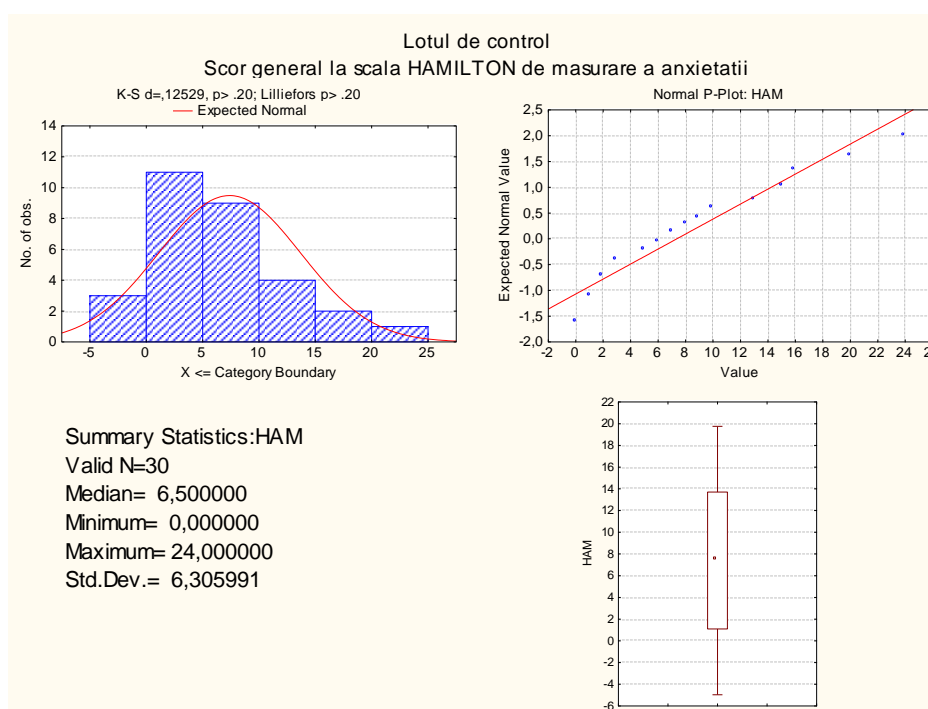


Graficul nr. 3. – Nivelul anxietății la cele două loturi – distribuție comparativă

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

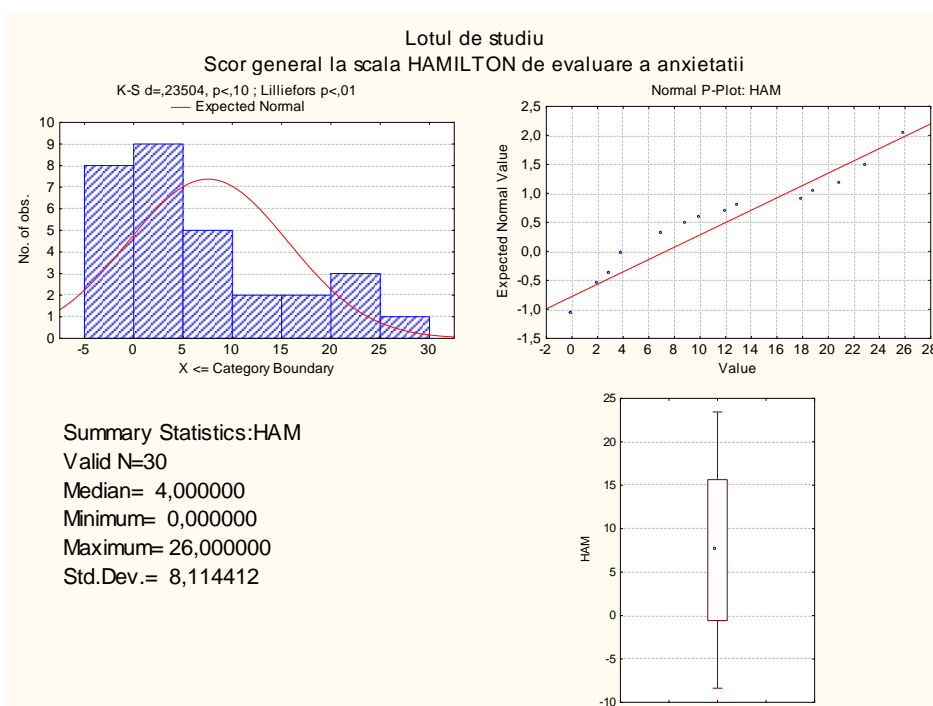
Tabelul nr. 6. – Valorile medii pe scala HAM la cele două loturi

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).

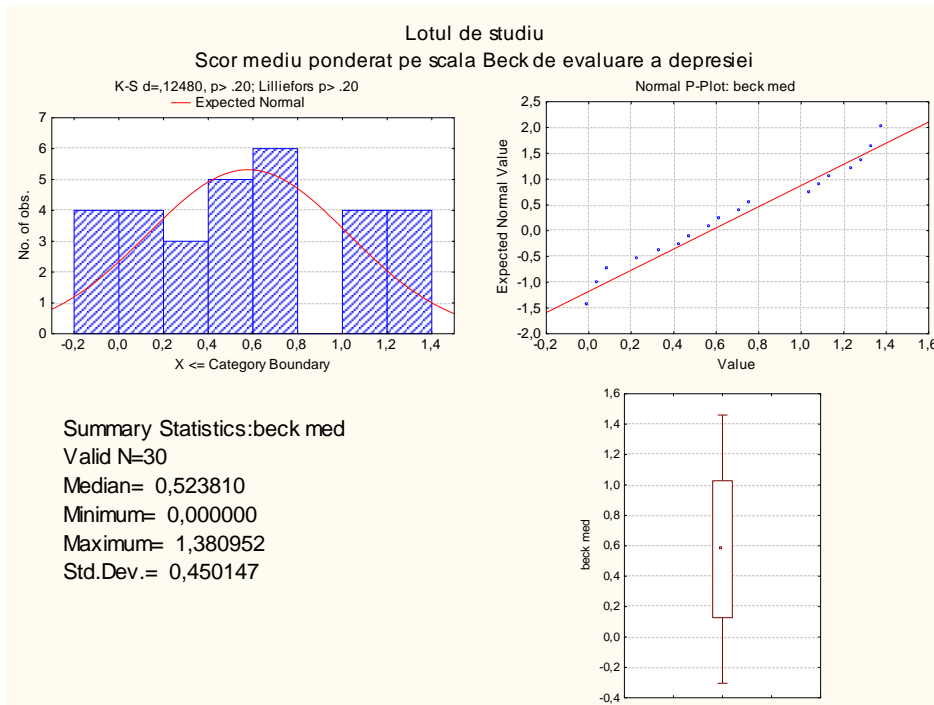
Scorul total pe scala Beck, calculat prin însumarea scorurilor la fiecare din cei 21 de itemi se împarte la 21 (numărul itemilor) obținându-se un scor mediu care se interpretează în felul următor:

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:

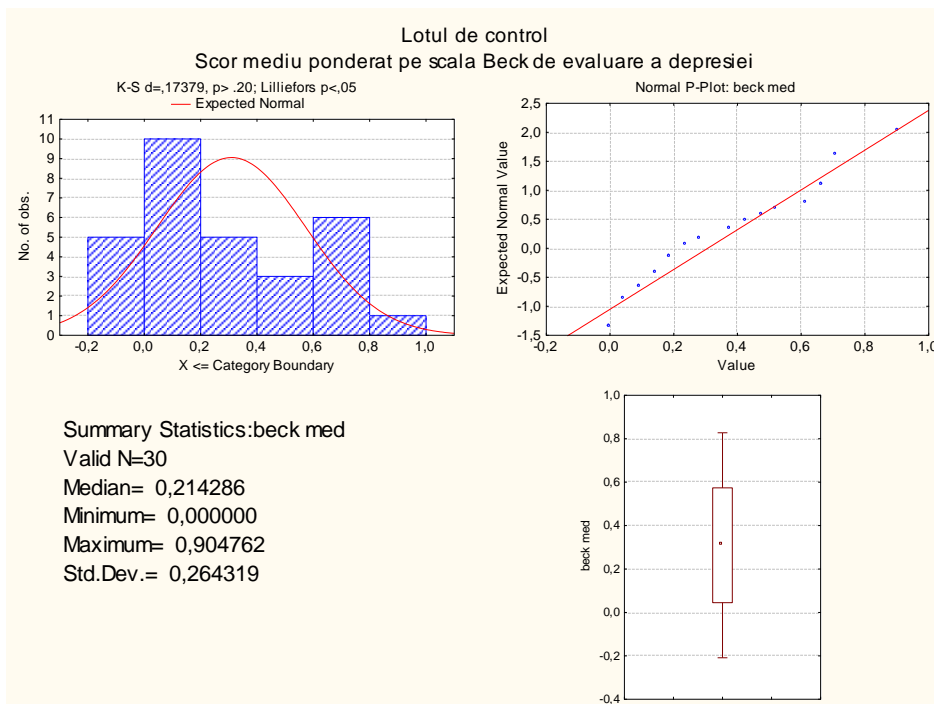
a). Nivelul depresiei la lotul de studiu:

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.



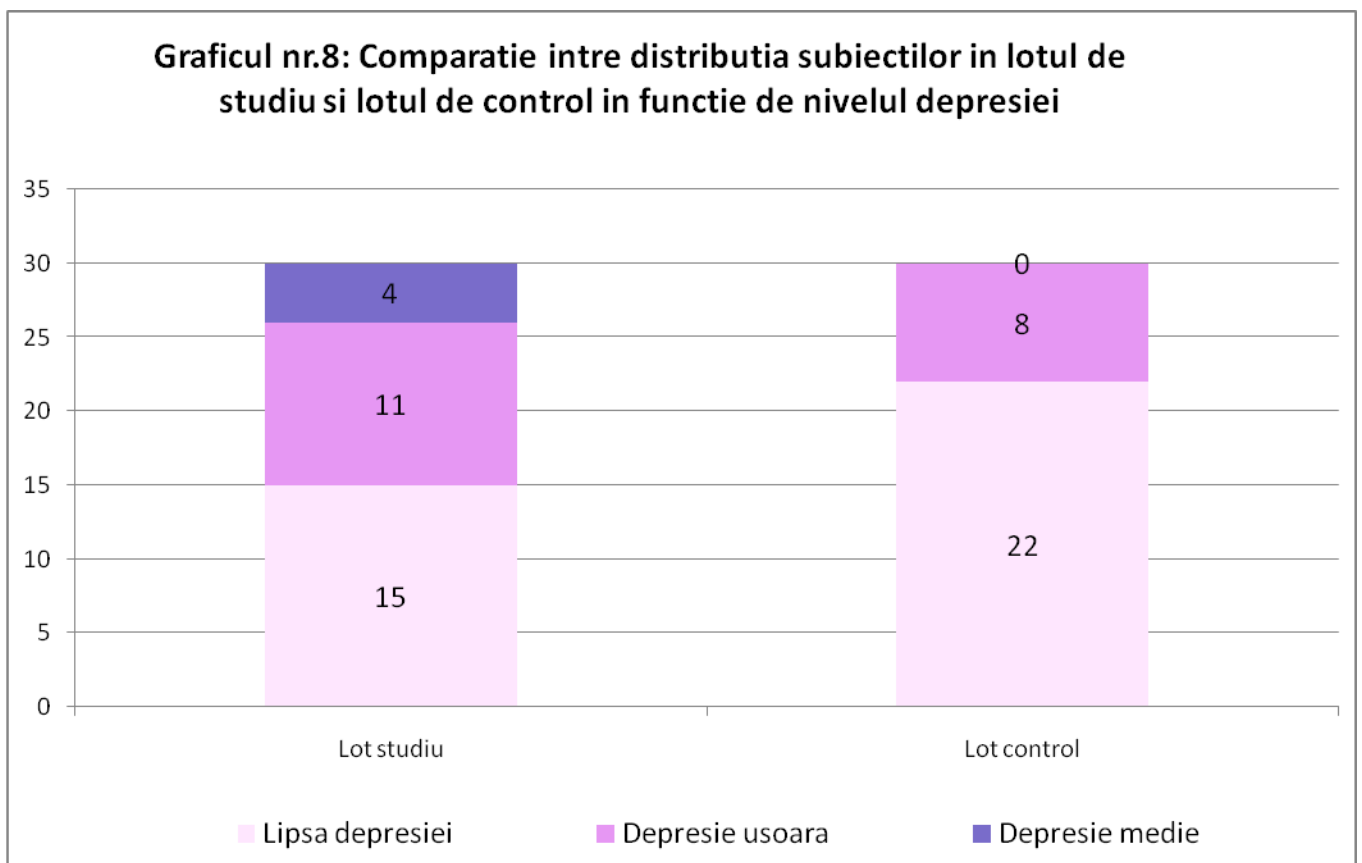
Graficul nr.7: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii Beck pentru lotul de control

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

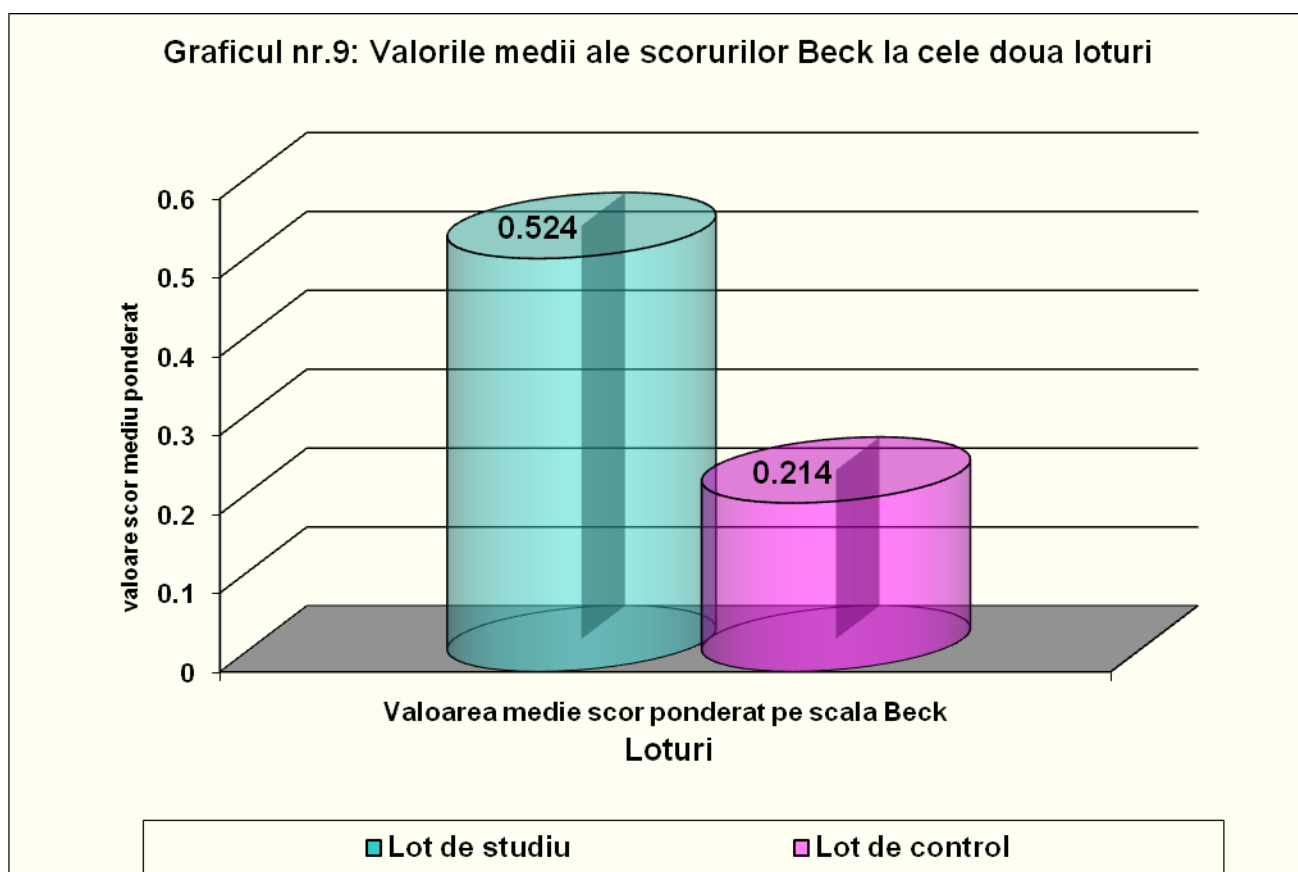
În tabelul nr.9 sunt prezentate scorurile medii ponderate obținute la scala Beck pentru cele două loturi.

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.

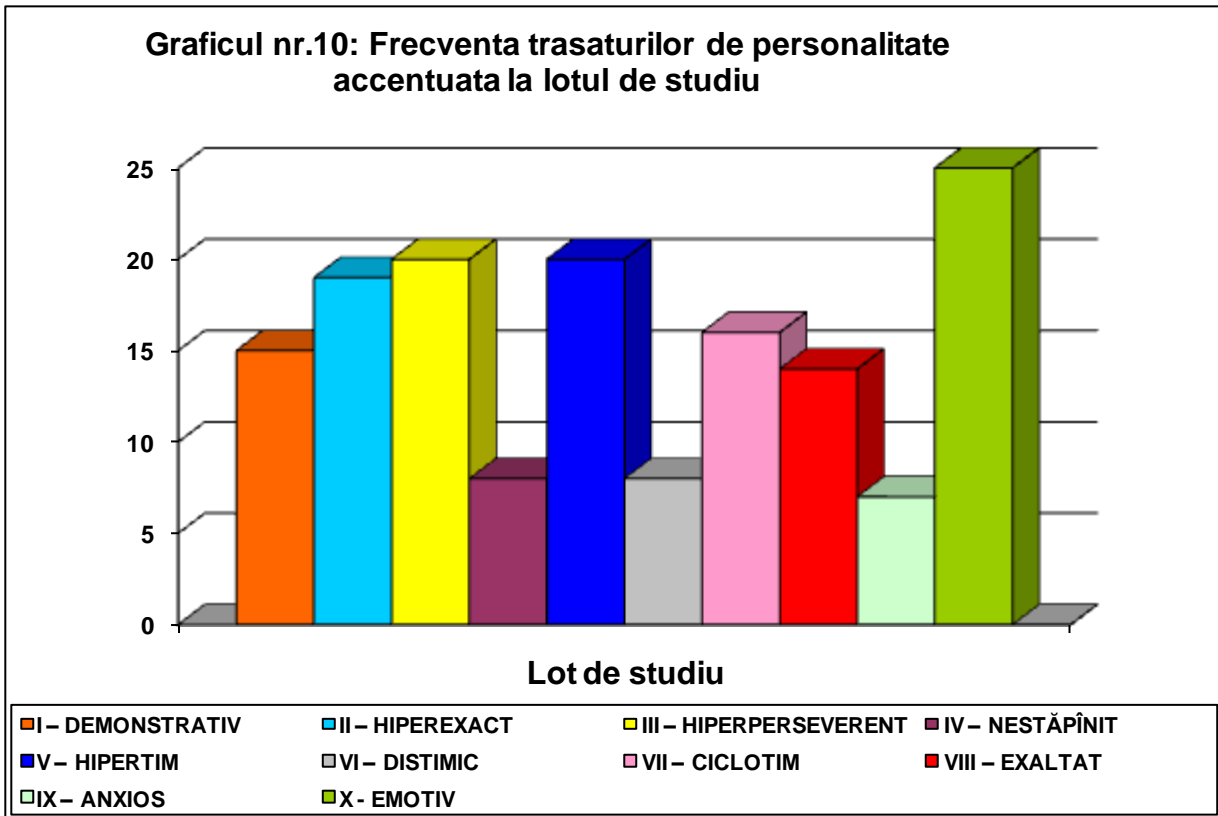
S-a considerat că o trăsătură de personalitate se poate considera accentuată în cazul în care subiectul a confirmat prezența a cel puțin 50% din caracteristicile tipului respectiv de personalitate (i.e. o cotă de 50% sau mai mult conform modului de cotare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate).

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

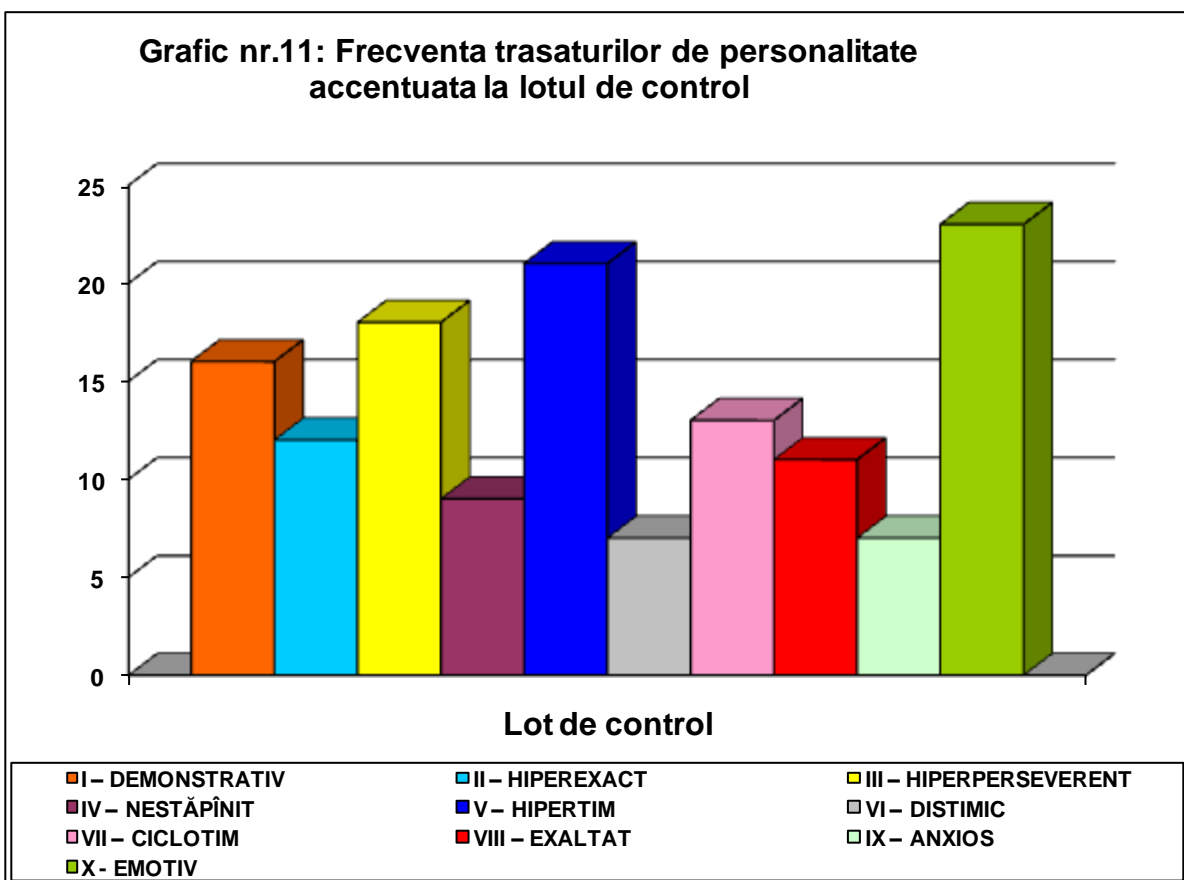
Tabelul nr. 11 – Distribuția trăsăturilor accentuate de personalitate la cele două loturi

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.



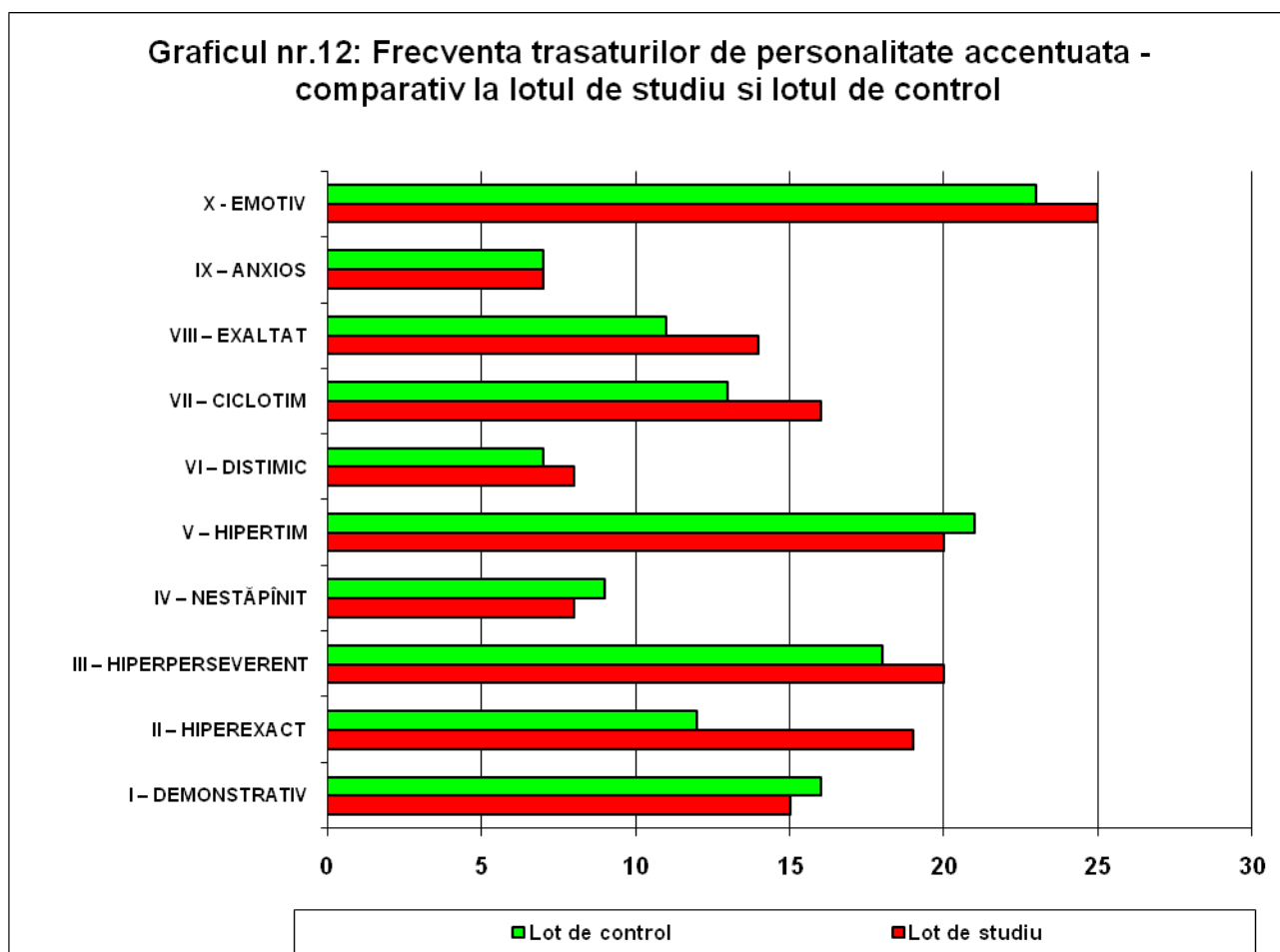
Graficul nr. 10 – Frecvența trăsăturilor accentuate de personalitate la lotul de studiu



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.

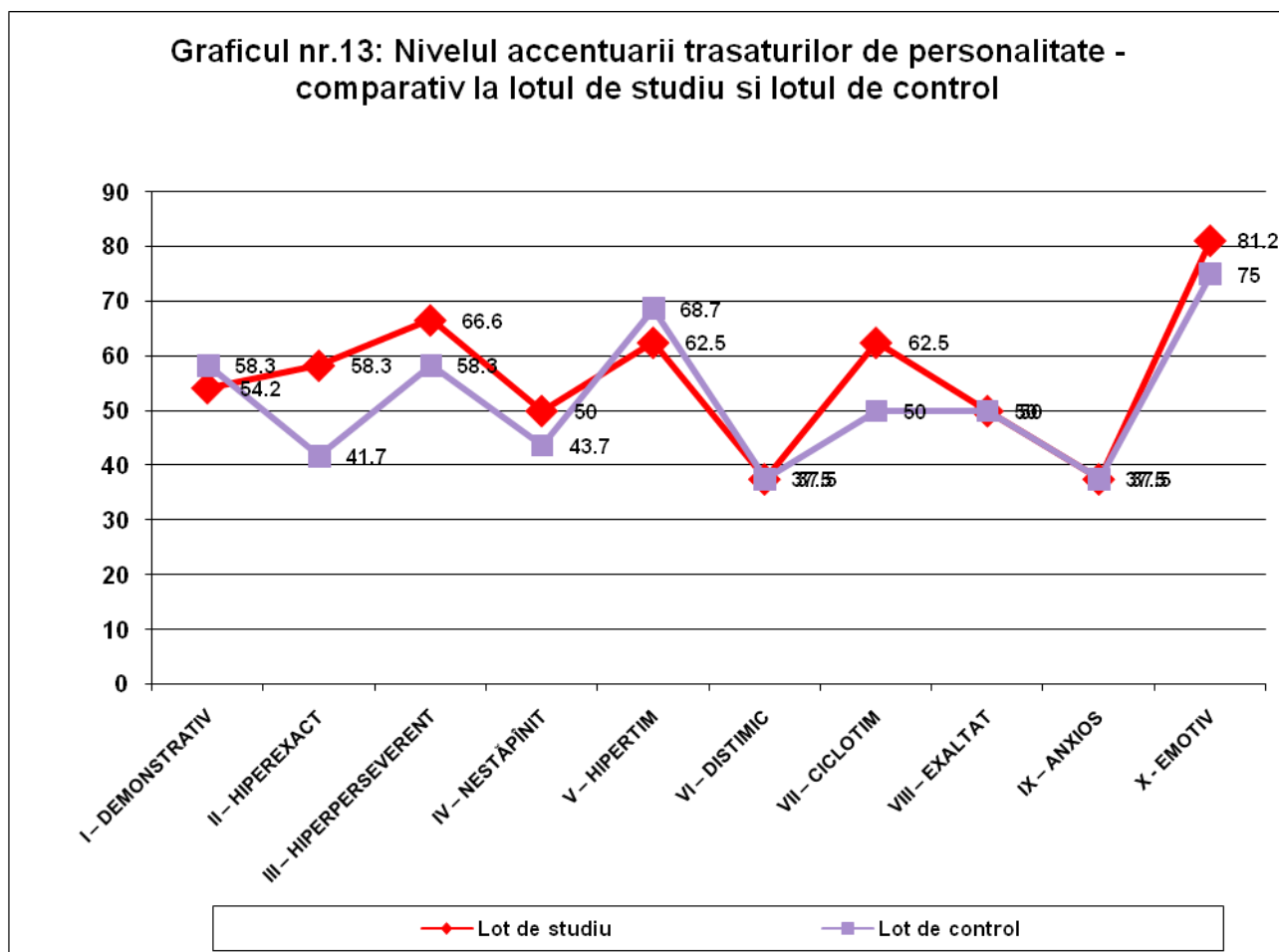
Aplicarea testului χ^2 nu indică diferențe semnificative între frecvențe



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 importantă (imaginea este un aspect al autoevaluării)	1118.5 Importantă 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 știi 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

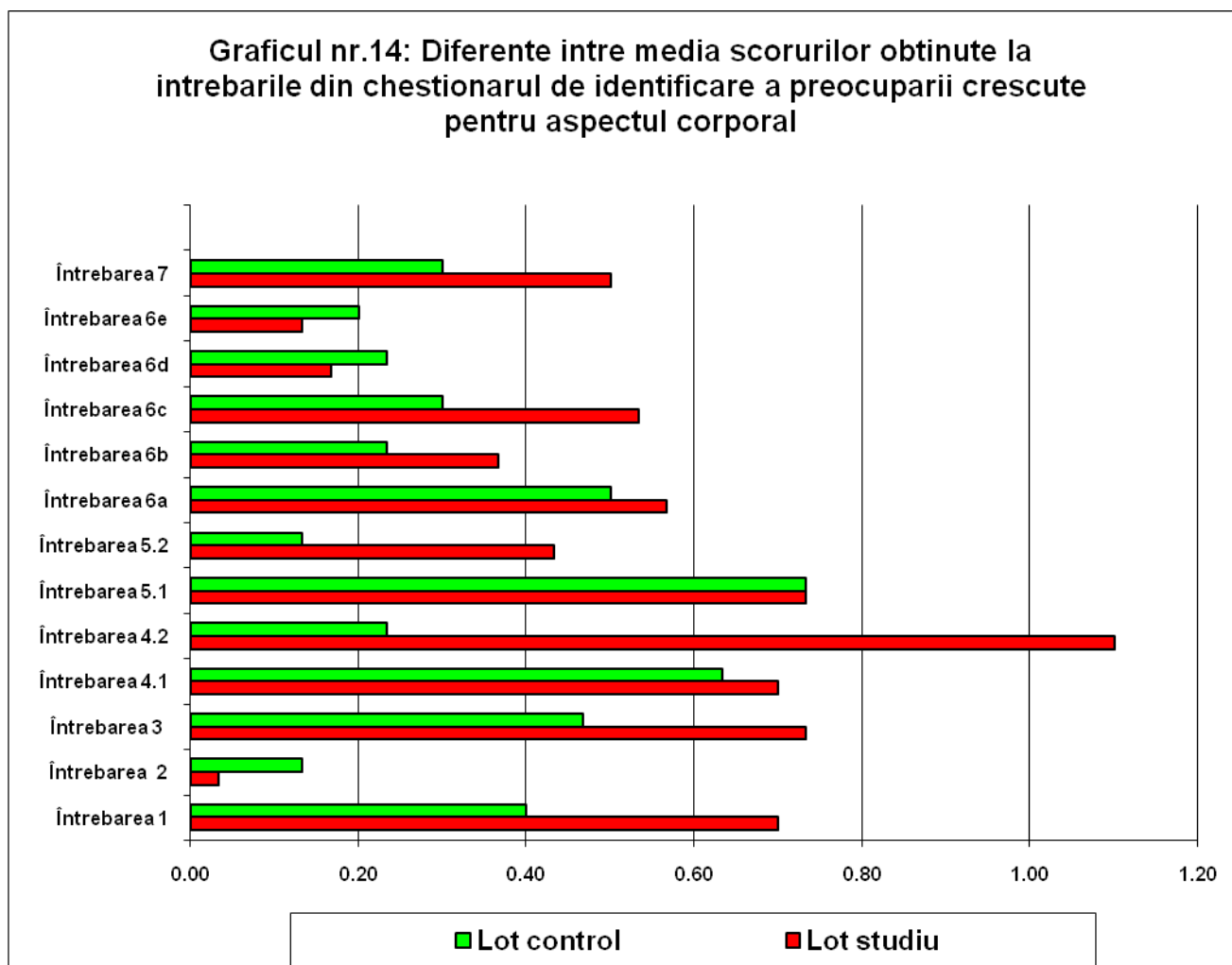
Tabelul nr. 20 – Comparația scorurilor obținute de subiecții celor două loturi la nivelul itemilor individuali

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.

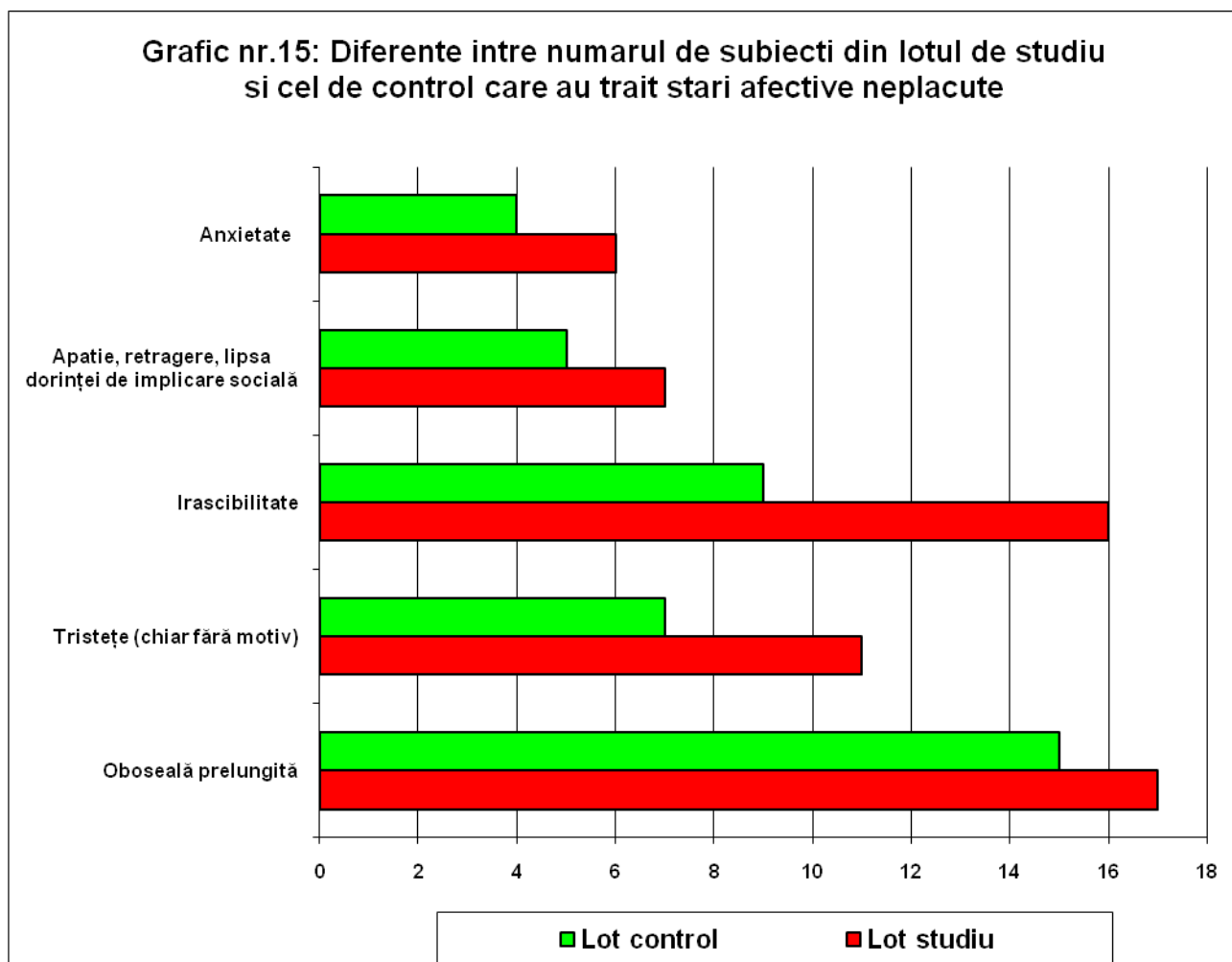


Graficul nr. 14 – Media scorurilor la subiecții celor două loturi – distribuție comparativă

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 defecțe estetice (considerate defecțe 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. În 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. În ceea ce privește nivelul mediu al anxietății, nu există diferențe statistice semnificative între lotul de studiu și cel de control.

2. În 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.

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

5. În 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 frecventării 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.

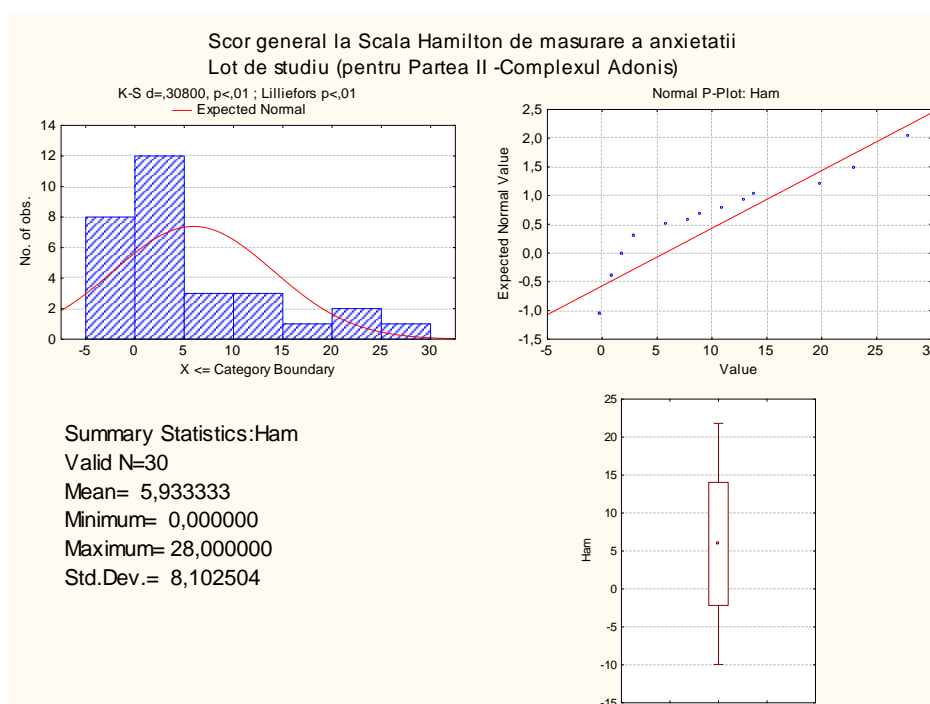
Diferența între cele două proporții (13.4% vs. 0.0%) este statistic semnificativă ($p=0.042$), prin urmare putem spune că în lotul de studiu proporția subiecților cu anxietate medie și severă este semnificativ mai mare decât proporția subiecților cu anxietate medie și severă din lotul de control.

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.

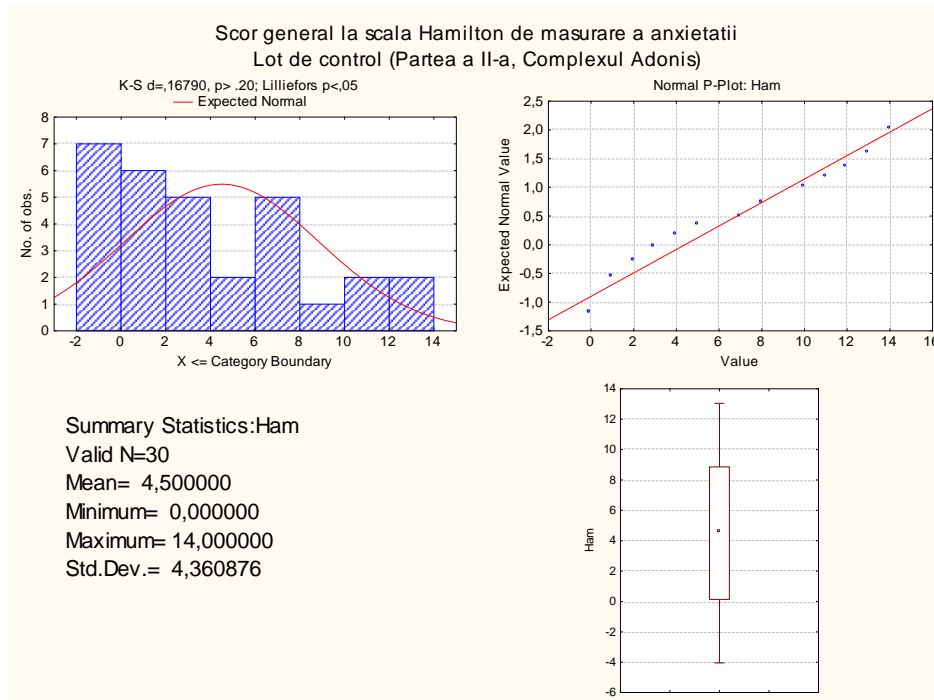


Graficul nr.16: Histograma, distribuția valorilor și valorile medii HAM pentru lotul de studiu

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

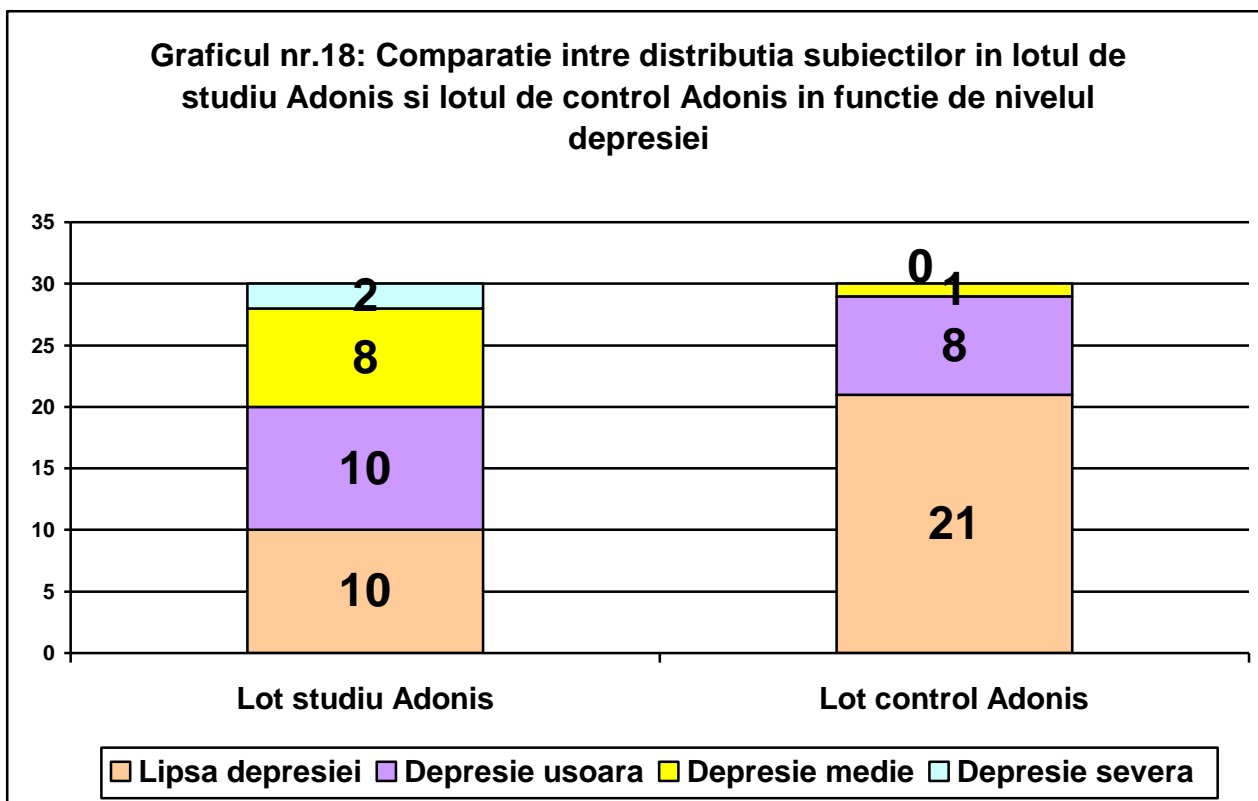
Distribuția numărului de subiecți în funcție de prezența și nivelele depresiei la cele două loturi considerate este prezentată în tabelul nr.28.

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).



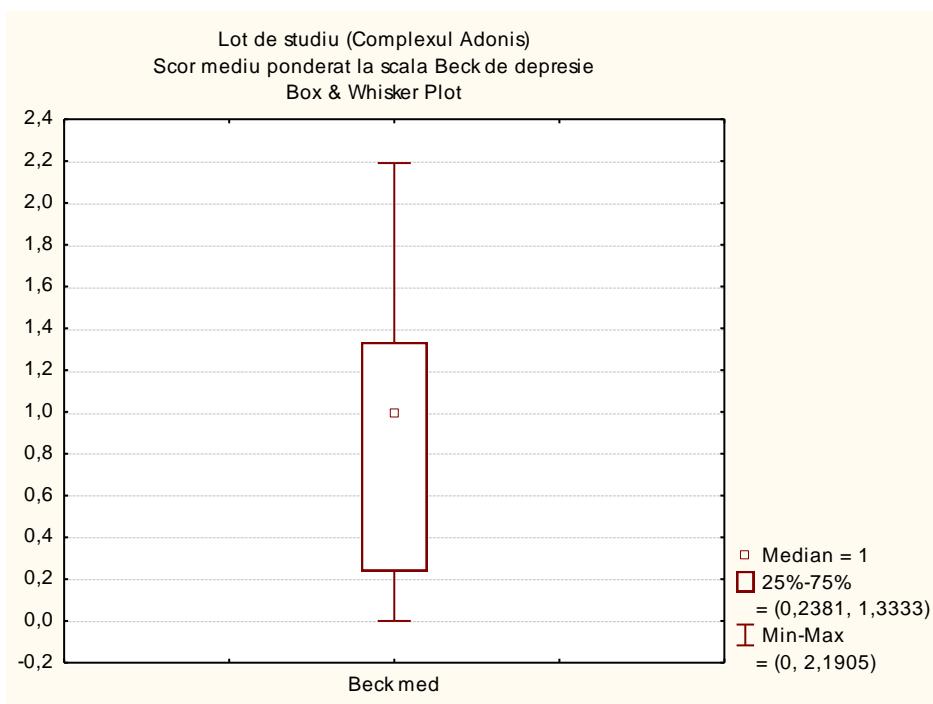
Graficul nr.18: Comparație între distribuția subiecților în lotul de studiu Adonis și lotul de control Adonis în funcție de nivelul depresiei

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.

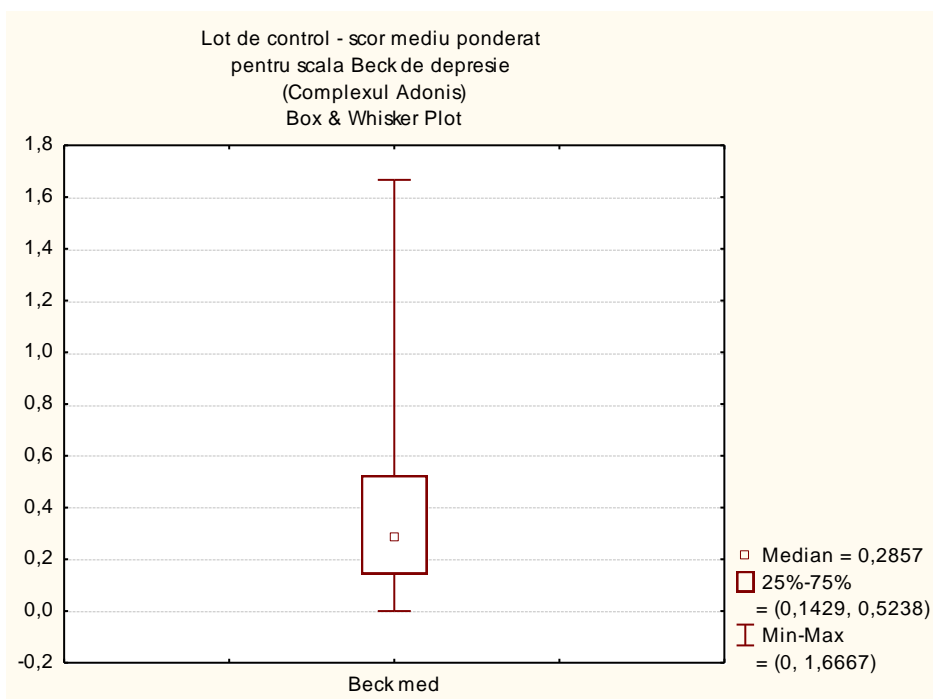
Tabelul nr.29: Valorile centrale și dispersia scorurilor Beck ale subiecților din cele două loturi Adonis				
Lot	Valoarea medianei	Valoarea minimă	Valoarea maximă	Deviația standard
De control	0.28	0.0	1.67	0.39
De studiu	1.0	0.0	2.19	0.65

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

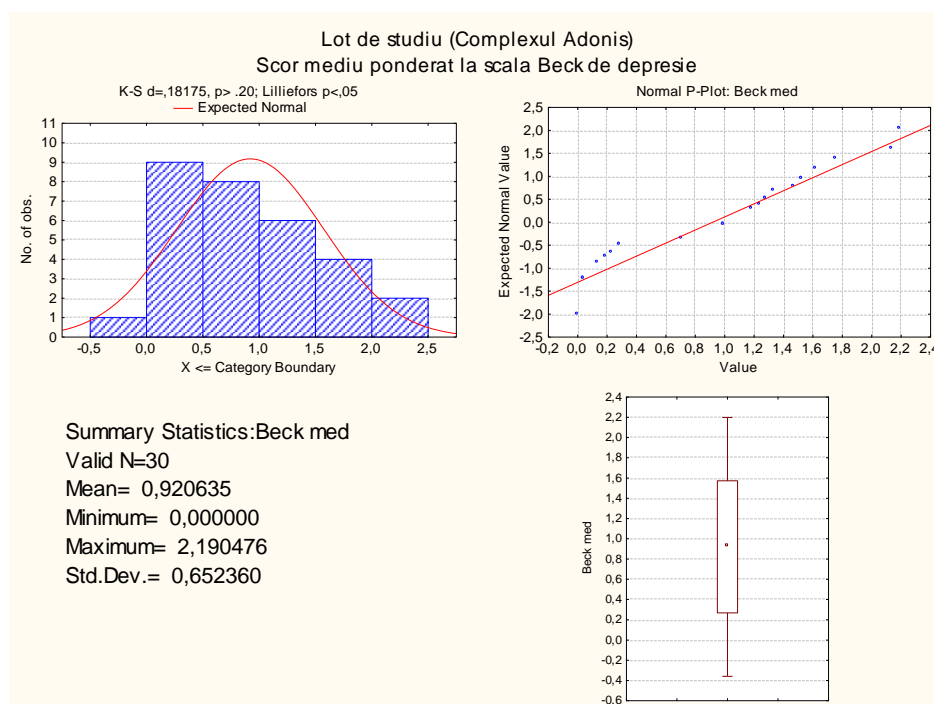
Nivelul mediu al scorurilor pentru lotul de studiu corespunde unui nivel de depresie ușoară.



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).

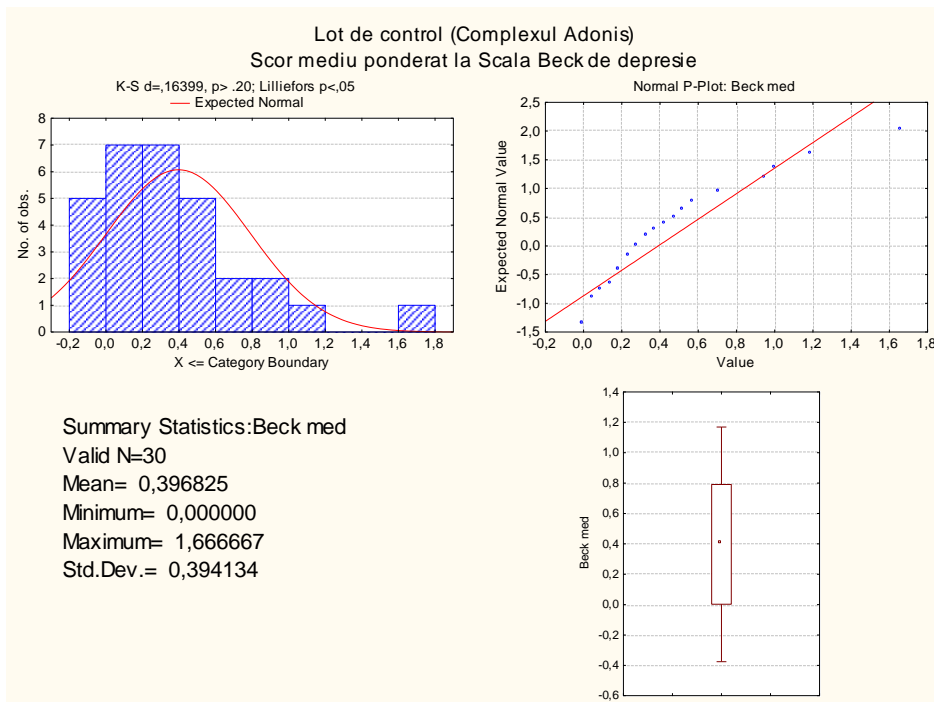
Histogramele, distribuția valorilor și valorile medii ale scorurilor obținute la scala Beck de subiecții celor două loturi sunt prezentate în graficele nr.21 și 22.



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

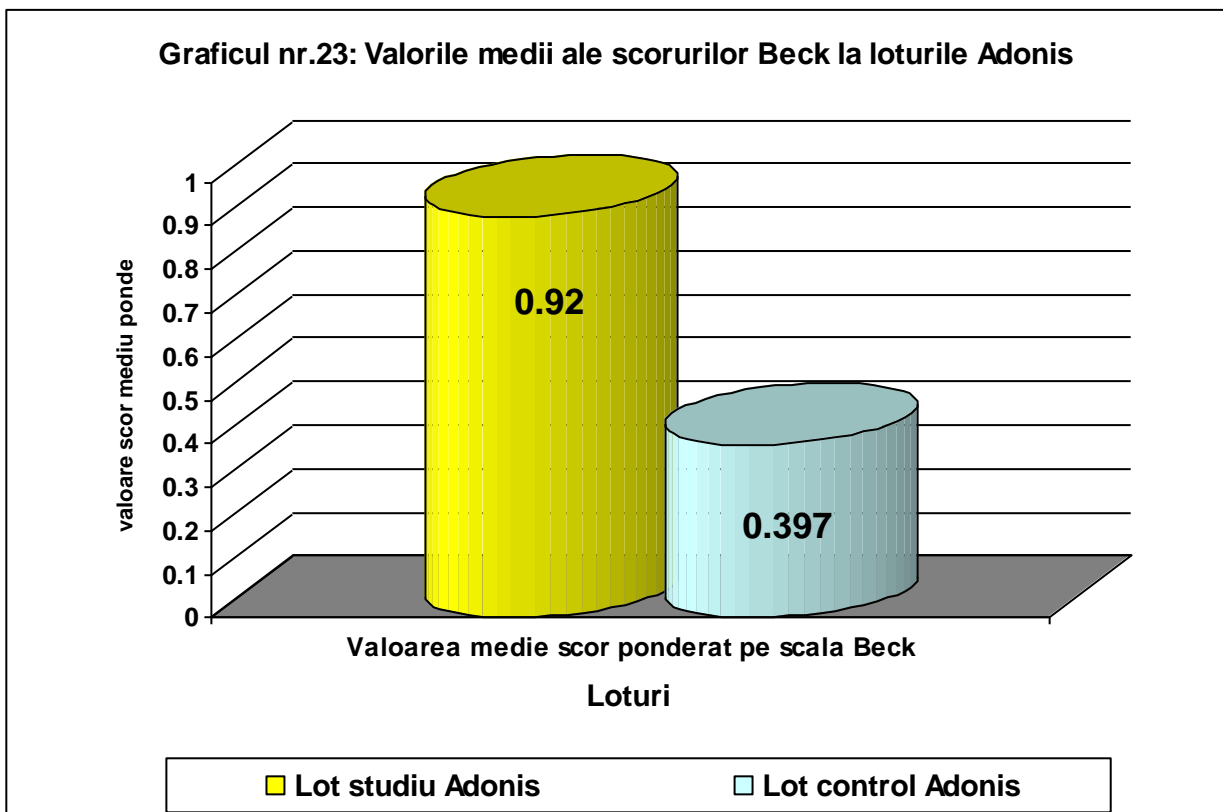
Deși distribuția este evident deviată la stânga comparativ cu distribuția normală, dacă luăm în considerare ca valoare de departajare valoarea de 0.5 (care corespunde prezenței depresiei), pentru lotul de studiu cea mai mare parte a valorilor sunt grupate în partea dreaptă a graficului, după valoarea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

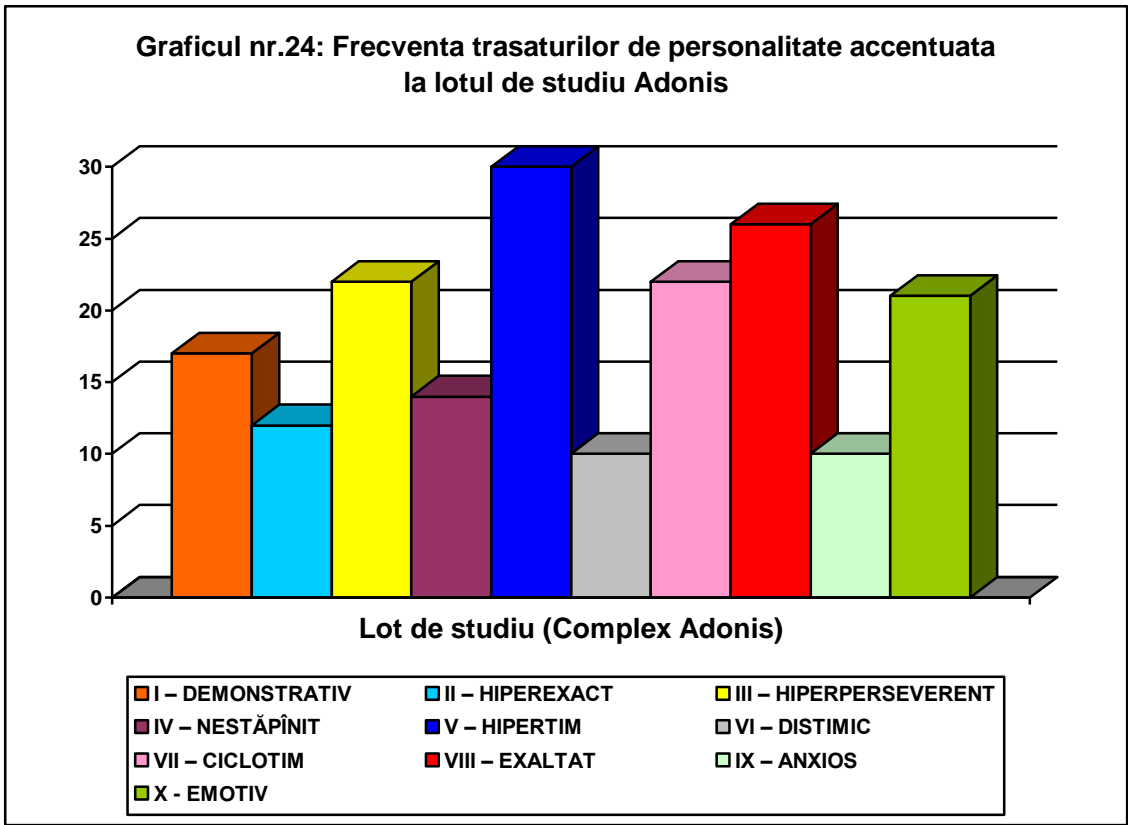
Având în vedere specificul de cotare și interpretare a Chestionarului pentru trăsături de personalitate accentuată, s-a realizat o comparație a frecvenței cu care se regăsesc în lotul de studiu (și, respectiv, lotul de control) cele 10 tipuri de trăsături accentuate ale personalității.

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).

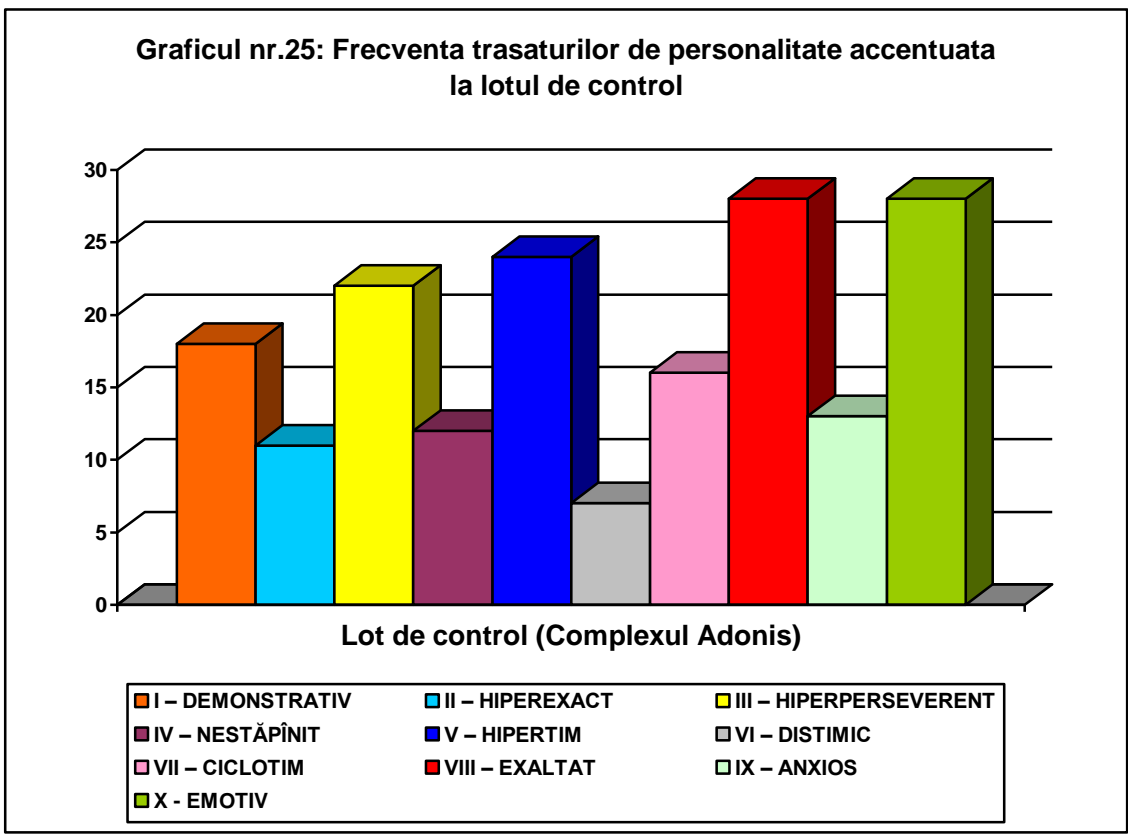
Tabelul nr.31: Distribuția persoanelor cu personalități accentuate în cele două loturi				
Adonis				
Trăsătură de personalitate	Lot de studiu		Lot de control	
	Număr de subiecți	%	Număr de subiecți	%
I – DEMONSTRATIV	17	56.7	18	60.0
II – HIPEREXACT	12	40.0	11	36.7
III – HIPERPERSEVERENT	22	73.3	22	73.3
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.



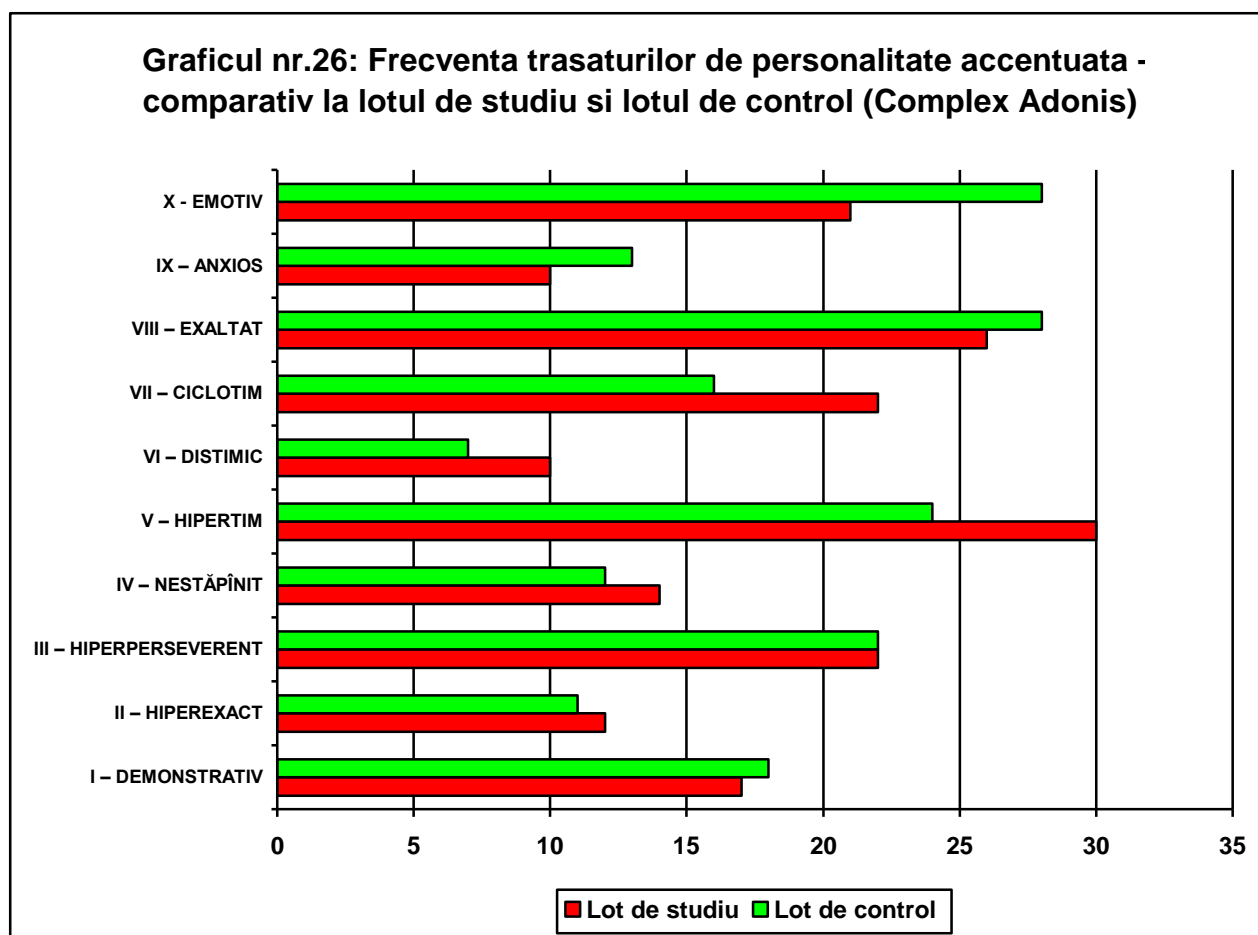
Graficul nr.24: Frecvența trăsăturilor de personalitate accentuată la lotul de studiu Adonis



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.

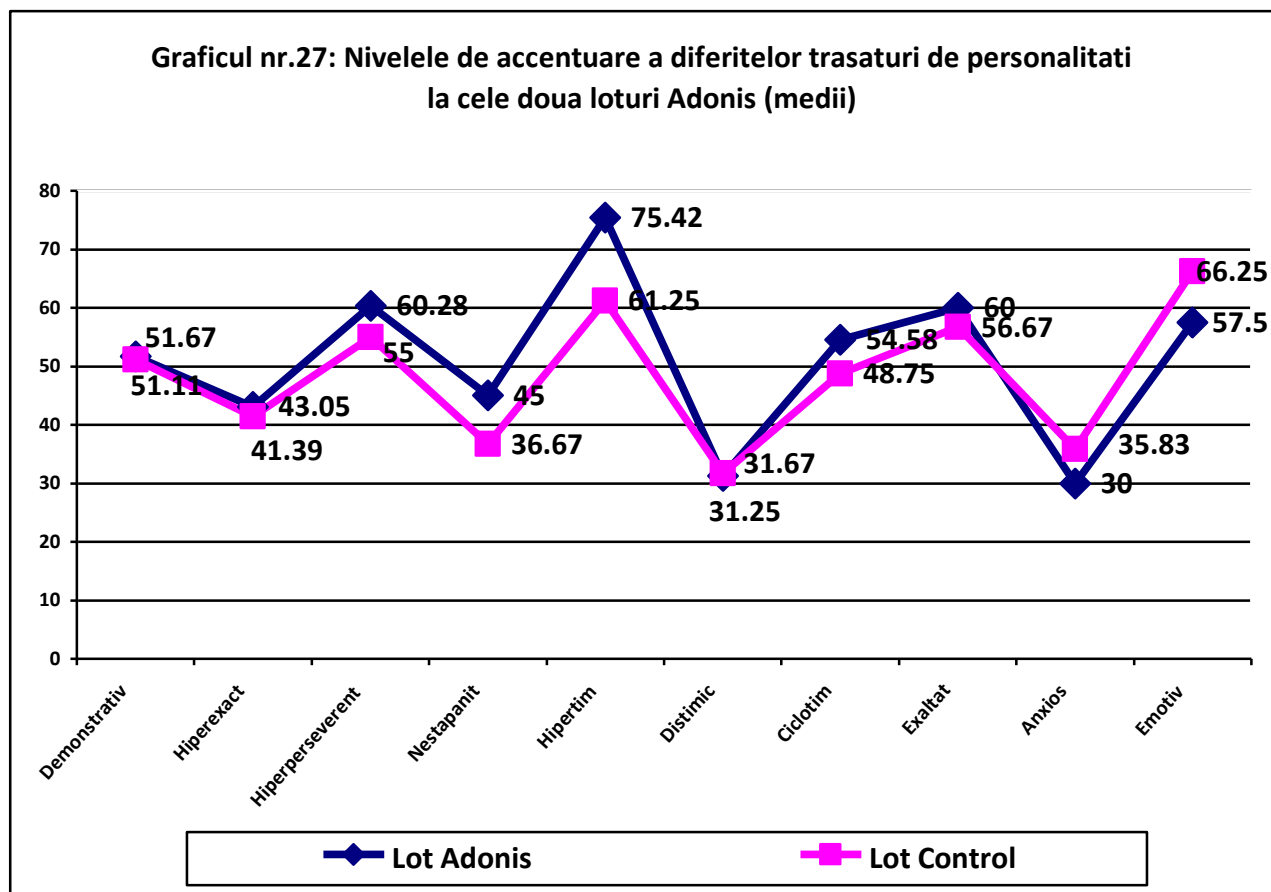
La lotul de control trăsăturile de personalitate de tip "hipertim", "exaltat" și "hiperperseverent" se regăsesc și ele (accentuate) la peste 60% din subiecți.



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 diagnosticați 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

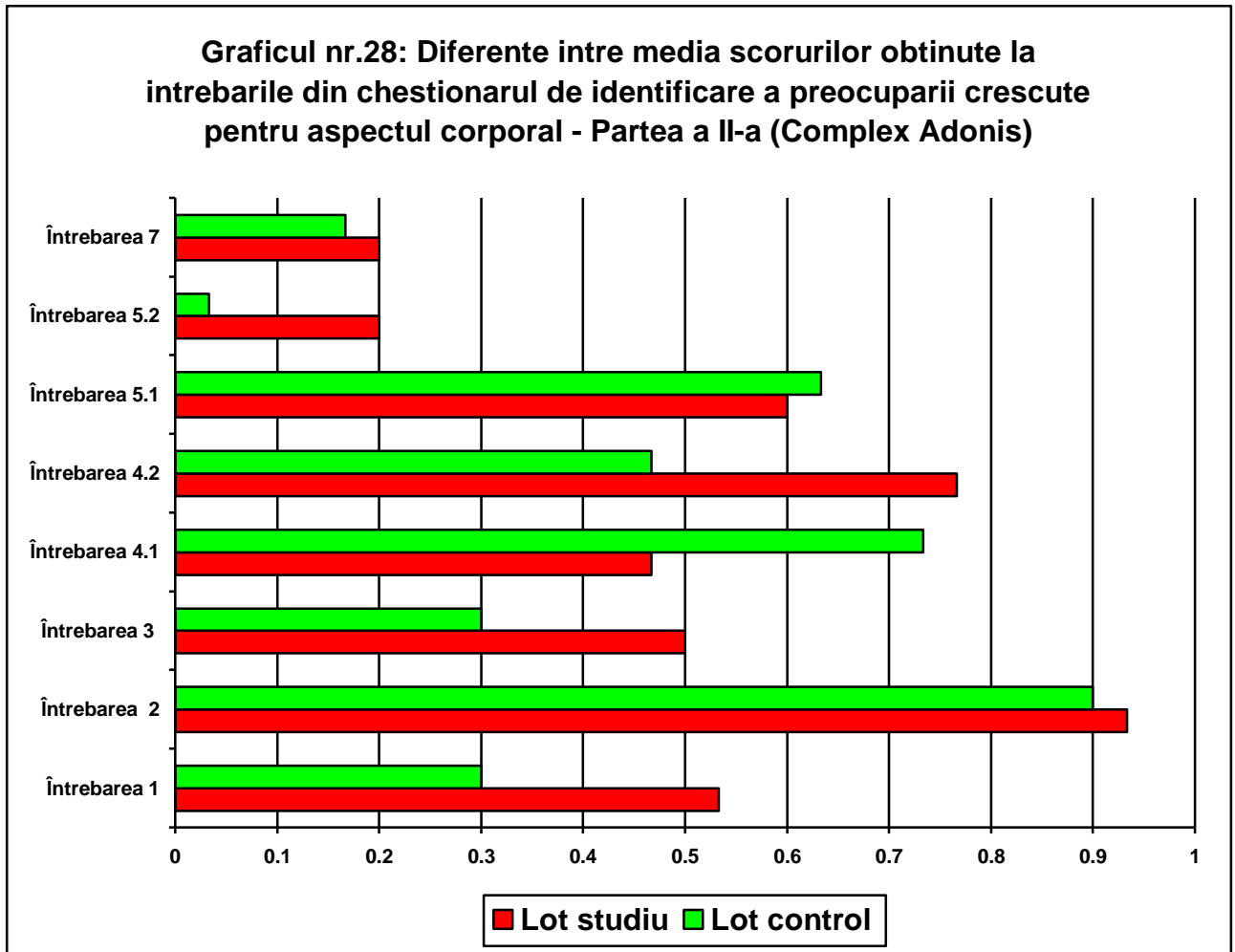
Tabelul nr.38: Comparația punctajului total la chestionarul screening între cele două loturi Adonis

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 ($R = 0.406$, $p < 0.05$).

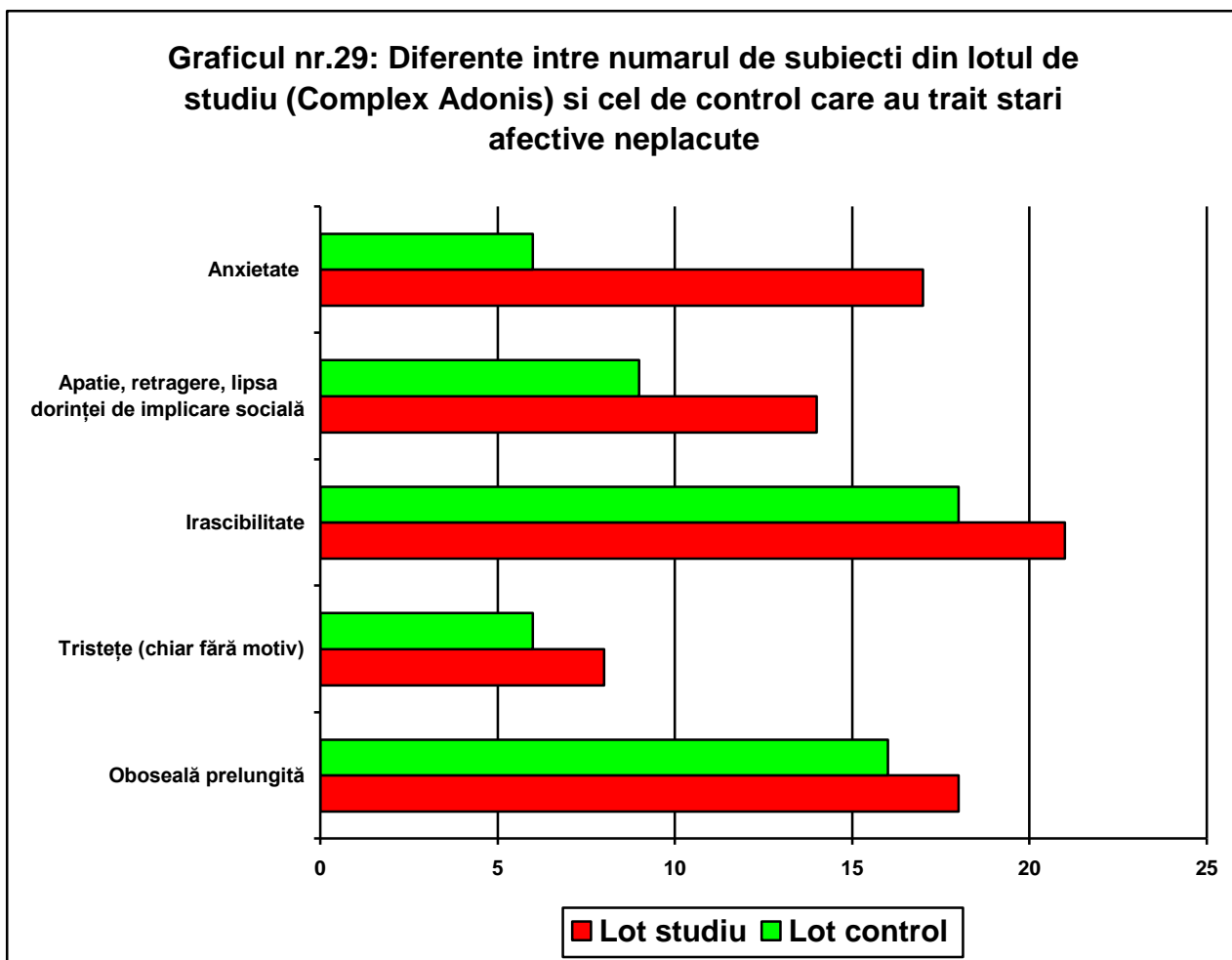
Aplicarea testului de comparație a frecvențelor χ^2 nu a identificat existența unor diferențe semnificative statistice între numărul de subiecți din lotul de studiu și lotul de control în ceea ce privește trăirea unor stări afective neplăcute.

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

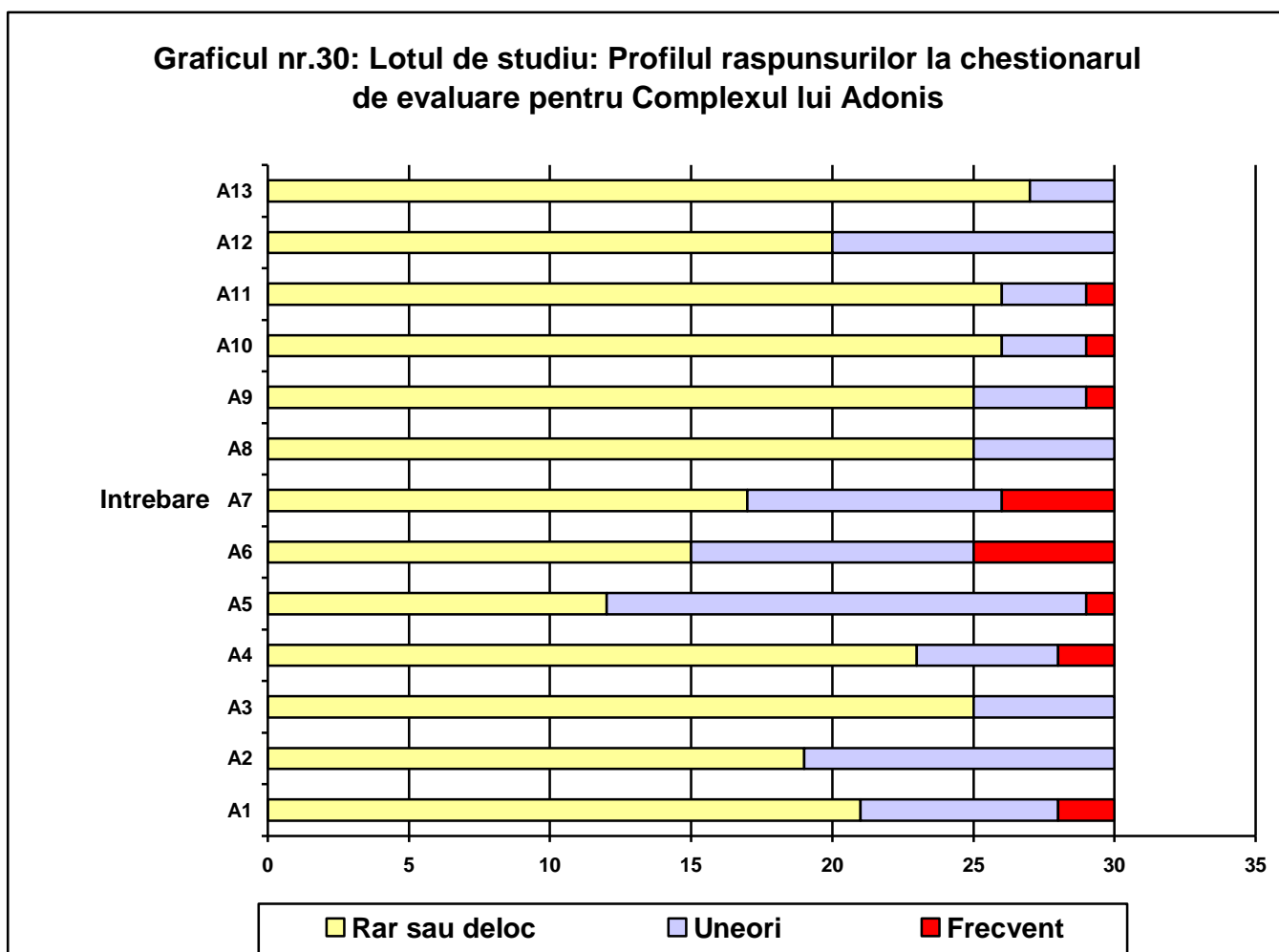
Tabelul nr.41: Frecvența răspunsurilor la Chestionarul Adonis ale subiecților celor două loturi (de studiu și de control) Adonis

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

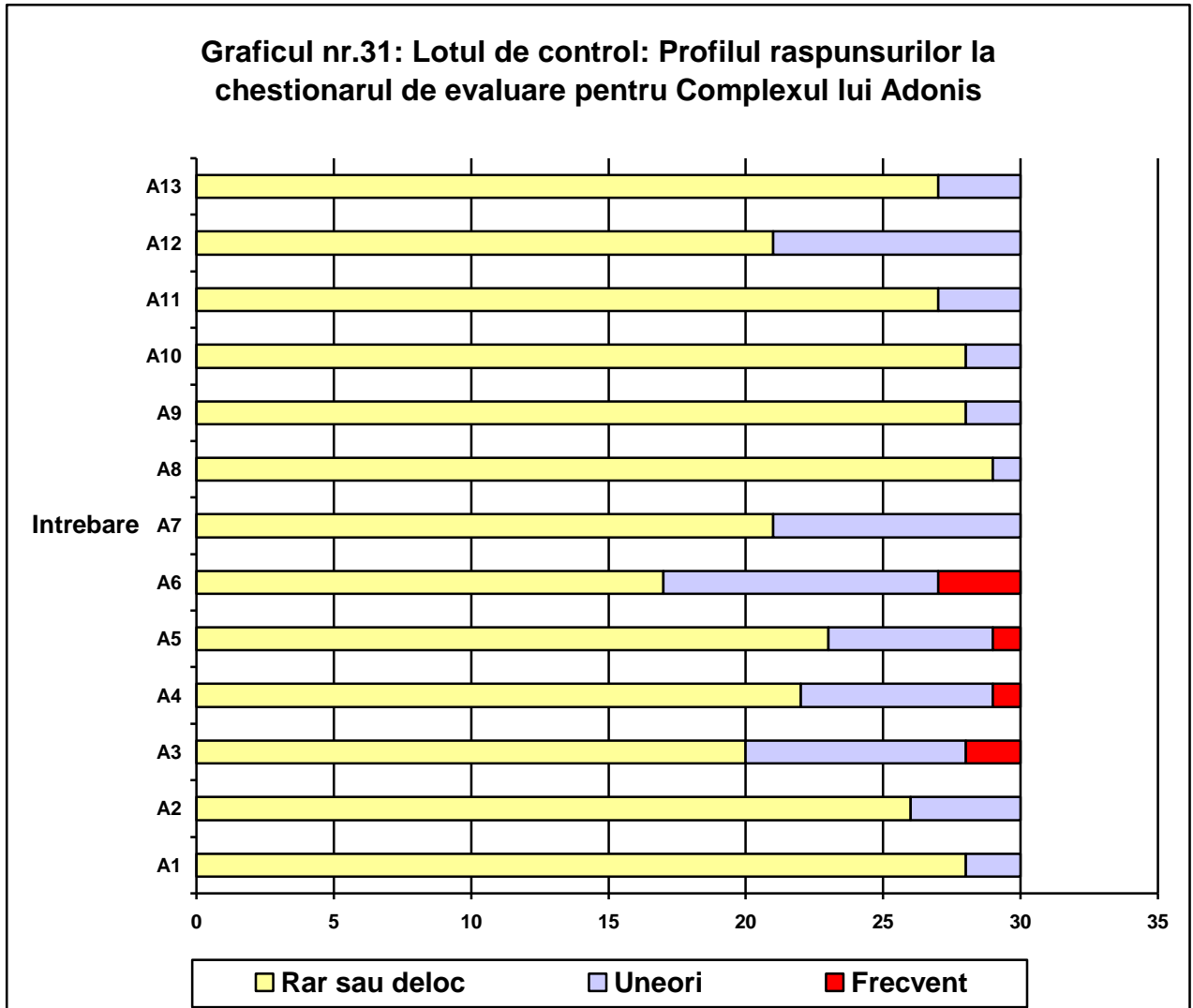
Aplicarea testului de comparație a frecvențelor χ^2 indică existența unor diferențe statistic semnificative între numărul de subiecți din lotul de studiu și cel de control care au răspuns "rar sau deloc", "uneori" sau "frecvent" la întrebarea A2 - Cât de des vă simțiți nefericit datorită preocupărilor 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".

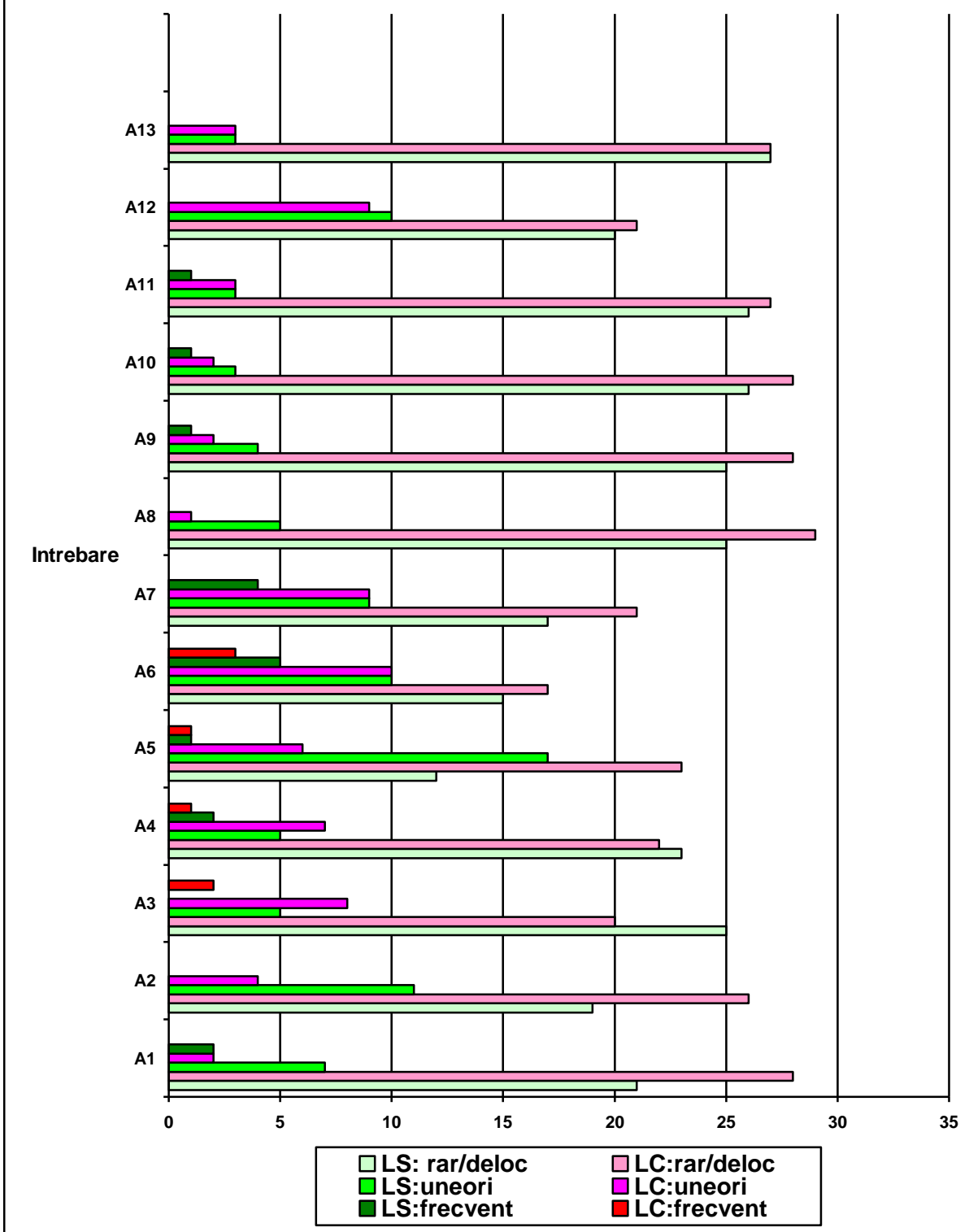
La întrebarea A6, care se referă la „Cât de des recurgeți la diete, la consumul anumitor alimente sau la suplimente nutritive pentru a vă îmbunătăți aspectul fizic?”, la ambele loturi predomină răspunsurile de tip "rar sau deloc" dar la lotul de studiu există mai multe răspunsuri de tip "frecvent" decât 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 remediere 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.