

Líkamsskynjunarröskun

Helstu einkenni, algengi, greining og meðferð

Hrefna Harðardóttir¹ Lýðheilsufræðingur
Arna Hauksdóttir¹ sálfræðingur
Andri Steinþór Björnsson² sálfræðingur

¹Miðstöð í Lýðheilsuvísindum við læknadeild Háskóla Íslands,
²sálfræðideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Hrefna Harðardóttir, hrh41@hi.is

Inngangur

Líkamsskynjunarröskun (LSR; *body dysmorphic disorder*) er geðröskun sem einkennist af áleitnum hugsunum um útlitsgalla sem er þó ekki til staðar, eða er smávægilegur.¹ Þrátt fyrir að saga líkamsskynjunarvanda teygi sig langt aftur í tímann hafa kerfisbundnar rannsóknir á röskuninni einungis verið stundaðar í um þrjú áratugi. Þessi geðröskun er vangreind en hefur oft mikil áhrif á líf fólks.² Mikilvægt er að þekkja röskunina og helstu einkenni og hvaða meðferð við henni er líklegust til að bera árangur. Jafnframt er mikilvægt að skima fyrir henni og greina í klínísku samhengi. Markmið þessarar yfirlitsgreinar er að gera grein fyrir stöðu þekkingar á LSR, algengi hennar og hvaða meðferð er vænlegust til árangurs samkvæmt rannsóknum, en jafnframt að rökstyðja mikilvægi skimunar fyrir henni og veita upplýsingar um mælitæki til skimunar og greiningar sem tiltæk eru á íslensku.

Hvað er líkamsskynjunarröskun?

Þeir sem þjást af LSR verja oft mörgum tímum á dag í að hugsa um einn eða fleiri útlitsgalla, sem þó eru ekki til staðar eða eru smávægilegir. Þeir sem eru með LSR hafa til dæmis áhyggjur af húðinni (svo sem hrukkum, bólum og örur), hári (til dæmis að líkamshár líti ekki „rétt“ út) og nefi (lögur eða stærð þess), en áhyggjur geta þó beinst að hvaða líkamshluta sem er, svo sem maga, kynfærum eða tám. Sjúklingar geta orðið uppteknir af mismunandi líkamshlutum á ólíkum tímabilum og þeir geta haft áhyggjur af mörgum „göllum“ á sama tíma. Rannsóknir benda til þess að meðal einstaklinga með LSR sé algengast að vera uppteknir af 5-7 líkamshlutum yfir ævina.^{3,4}

ÁGRIP

Líkamsskynjunarröskun er geðröskun sem einkennist af áleitnum hugsunum um útlitsgalla sem er þó ekki til staðar. Röskunin kemur að jafnaði fram á unglingsárum og er kynjahlutfall nokkuð jafnt. Þeir sem þjást af röskuninni eyða oft mörgum tímum á dag í að hugsa um útlit sitt og fylgir hugsunum yfirleitt áráttukennd hegðun, svo sem að líta endurtekið í spegil eða bera útlit sitt saman við útlit annarra. Vegið algengi röskunarinnar í almennu þýði er um 2% en er talsvert hærra í klínísku samhengi og á stofum húð- og lýtalækna. Hún hefur oft alvarlegar afleiðingar í för með sér, eins og mikla vanvirkni, skert lífsgæði, þunglyndi og mikla sjálfsvígshættu. Lítið er vitað um orsakir röskunarinnar og hvaða þættir spá fyrir um framvindu hennar. Hugræn atferlismeðferð og SRI-lyfjameðferð skila mestum árangri, en ljóst er að fegrunaraðgerðir skila litlu og geta verið skaðlegar fyrir þessa skjól-stæðinga. Í greininni eru upplýsingar um hvernig hægt sé að skima fyrir röskuninni og greina hana. Þörf er á frekari rannsóknum á líkamsskynjunarröskun og meðferð við henni.

<https://doi.org/10.17992/ibl.2019.03.222>

Þessari þráhyggju fylgir næstum alltaf áráttukennd hegðun sem er ætlað að draga úr vanlíðan og þeim kvíða sem fylgir hugsunum um útlitsgallann. Þessi hegðun getur verið tímafrek og um helmingur einstaklinga með LSR ver þremur tímum eða meira á dag í hegðunina, og finnst erfitt að stjórna henni.⁵ Algengt er að einstaklingar með röskunina beri líkamshlutana sem um ræðir saman við aðra, athugi þá endurtekið í spegli eða snyrti sig óhóflega mikið.¹ Um 87% sjúklinga með LSR spegla sig endurtekið og getur það leitt til mikillar vanlíðunar.⁶ Einnig er algengt að þeir hylji „gallana“, til dæmis með miklum farða, húfum, sólgleraugum eða klæðnaði. Slíkri öryggishegðun er ætlað að hindra að eitthvað slæmt gerist, til dæmis að þeir verði sér til skammar eða að aðrir geri grín að þeim vegna útlits þeirra.⁷ Fólk með LSR upplifir mikinn ótta við höfnun og forðast oft félagslegar aðstæður, sem getur svo leitt til mikillar félagslegrar einangrunar. Í sumum tilvikum minnka kvíðaeinkenni tímabundið í kjölfar áráttuhegðunarinnar, sem leiðir til þess að hegðunin festist í sessi.^{2,6}

Einkenni LSR eru nokkuð svipuð hjá börnum og unglingum annars vegar og fullorðnum hins vegar. Börn og unglingar með þessa röskun upplifa einnig áleitnar hugsanir um eigið útlit sem og áráttukennda hegðun til að bregðast við þessum hugsunum. Röskunin dregur oft úr virkni og hefur mikil áhrif á félagsleg samskipti líkt og meðal fullorðinna og sýna erlendar rannsóknir að allt

að 18-22% unglunga með LSR hafi hætt í skóla sökum röskunarinnar. Unglingar hafa almennt meiri ranghugmyndir um eigið útlit en fullorðnir og er tíðni sjálfsvígstilrauna hærrí hjá unglungum en fullorðnum.^{8,9}

LSR í greiningakerfum

Ameríska geðlæknafélagið, APA (American Psychiatric Association) hefur reglulega gefið út greiningarkerfi á geðröskunum (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og kom fyrsta útgáfa þess út árið 1952. Árið 1980 var LSR fyrst tekin inn í DSM-III sem dæmi um líkömnunarröskun (*atypical somatoform disorder*) og bar þá heitið líkamslýtafælni (*dysmorpophobia*) og var hún án nokkurra greiningarviðmiða. Í endurbætttri útgáfu (DSM-III-R) frá árinu 1987 var röskunin flokkuð sem líkömnunarröskun og fékk þar nýtt nafn, líkamsskynjunarröskun (*body dysmorphic disorder*).¹⁰ Tvær breytingar voru gerðar með tilkomu fimmtu útgáfu af greiningarkerfinu, DSM-5. Samkvæmt DSM-5 fellur röskunin undir nýjan flokk innan greiningarkerfisins sem heitir árátta- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir (*obsessive-compulsive and related disorders*). Innan þess flokks eru meðal annars árátta- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder*), hárplokkunarárátta (*trichotillomania*), húðkroppunarárátta (*excoriation disorder*) og söfnunarárátta (*hoarding disorder*). Til að greinast með LSR samkvæmt DSM-5 þarf viðkomandi að upplifa áleitnar, neikvæðar hugsanir um útlit galla sem er þó ekki sýnilegur öðrum. Ef galli er til staðar er hann smávægilegur og áhyggjur af honum yfirdrífur. Flest fólk finnur inn á milli fyrir óánægju með eigið útlit en til að aðgreina þessar „venjulegu“ áhyggjur frá LSR er miðað við að fólk eyði klukkustund eða meira á dag í þrálátar hugsanir um útlit sitt. Viðkomandi þarf að hafa brugðist við hugsunum um líkamslýtið með endurtekinni hegðun (til dæmis að athuga líkamshlutann í spegli, snyrta hann eða fela) eða endurteknum hugrænum aðgerðum (til dæmis að bera líkamshluta sinn saman við aðra) einhvern tíma á ferli röskunarinnar. Oft er slík hegðun áráttaukennd, og viðkomandi telur sig því knúinn til að bregðast við þráhyggjufullum hugsunum með þessum hætti. Þessum hugsunum og hegðun fylgir mikil vanlíðan og skerðing á mikilvægum sviðum lífsins, svo sem í félagslegum samskiptum, atvinnu og námi.

Í DSM-5 er litið svo á að ranghugmyndir fólks um eigið útlit liggi á rófi, allt frá góðu innsæi (það telur mögulegt að hann eða hún hafi á röngu að standa um útlit sitt) til þess að hafa ranghugmyndir um „lýtið“ (mikil sannfæring um að hann eða hún líti svona út).¹ Niðurstöður úr rannsókn á sjúklingum með LSR sýndu að 36% þátttakanda voru með núverandi ranghugmyndir um eigið útlit. Þegar einstaklingar með LSR sem bjuggu yfir góðu innsæi um eigið útlit voru bornir saman við þá sem hafa ranghugmyndir um eigið útlit reyndust þeir síðarnefndu líklegri til að vera með alvarlega LSR.¹¹ Í annarri rannsókn kom í ljós að innsæi hjá sjúklingum með LSR var mun verra en hjá þeim sem eru með árátta- og þráhyggjuröskun: 39% sjúklinga með LSR voru með ranghugmyndir en 2% sjúklinga með árátta- og þráhyggjuröskun.¹²

LSR var fyrst skilgreind í ICD-10 (The International Classification of Diseases) sem gefið var út af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) árið 1992. Samkvæmt nýjustu útgáfunni sem

tók gildi í janúar 2017, er LSR flokkuð sem líkömnunarröskun, en líklegt er að hún verði flokkuð undir árátta- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir líkt og í DSM-5 í næstu útgáfu.¹³

Orsakir LSR

Algengast er að LSR komi fram hjá ungmennum um 12 ára aldur, við upphaf kynþroska, og er hún talin tengjast kynþróun (*sexual selection*).² Maðurinn er ein af þeim tegundum sem velur sér maka meðal annars út frá útlitsþáttum. Þetta er því eðlislægur áhugi, en þegar LSR þróast hefur áhersla á útlit gengið út í öfgar, og sjúklingar með þessa röskun hafa bæði brenglaða sýn á eigið útlit auk þess sem útlit er farið að hafa alltof mikið vægi í lífi þeirra. Röskunin kemur yfirleitt fram um það leyti sem sjálfsmynd ungmenna tekur miklum breytingum, þau fara að aðgreina sig enn frekar frá öðrum, og á sama tíma að bera sig saman við aðra á svipuðum aldri.^{2,14} Í nútíma samfélagi fá ungmenni sterk skilaboð um að útlit skipti miklu máli. Lítið er vitað um orsakir LSR og því er mikilvægt að komast að því hvaða þættir það eru sem spá fyrir um þróun á LSR og ná þannig að greina áhættuhópa og geta komið í veg fyrir að hún þróist.

Algengi

Geðlæknirinn Katharine A. Phillips gerði tvær rannsóknir á stórum úrtökum einstaklinga með LSR, annars vegar á 188 þátttakendum sem leituðu meðferðar hjá henni og hins vegar 200 þátttakendum sem tóku þátt í framskyggnri langtímarannsókn á ferli LSR. Hlutfall kvenna var 49% í fyrrnefndu rannsókninni og 68,5% í þeirri síðarnefndu.^{3,15} Röskunin virðist koma fram að meðaltali um 16-17 ára aldur, en þrátt fyrir það hefur röskunin lítið verið rannsökuð hjá börnum og unglungum.^{4,14} Talið er að LSR sé vangreind, en algengt er að einstaklingar greini lækni eða sálfræðingi sínum ekki frá LSR-einkennum, meðal annars vegna þess að þeir upplifa mikla skömm og ótta við neikvæð viðbrögð.¹⁶ Í 5 rannsóknum kom í ljós að enginn af þeim sem greindust með LSR hafði áður fengið þá greiningu í sjúkraskrá. Sjúklingar með LSR sögðust ekki ræða um einkenni sín að fyrri bragði, jafnvel þótt þeir teldu að LSR væri þeirra meginvandi, nema ef spurt væri beint um útlitstengdar áhyggjur.^{5,17-20}

Almenn úrtök

Hingað til hafa 7 rannsóknir metið algengi LSR á fullorðnu fólki í almennu þýði. Fjöldi þátttakenda var á bilinu 673-2552 og algengið mældist á bilinu 0,7%-3,2%. Vegið algengi LSR í þessum 7 rannsóknum var tæplega 2%, sem þýðir að þessi röskun er mun algengari en margar aðrar raskanir sem hafa fengið mun meiri athygli, svo sem geðklofi og lystarstol.²¹ Rannsókn frá árinu 2015 benti til þess að tíðni röskunarinnar væri eilítið lægri samkvæmt viðmiðum í DSM-5 borið saman við fyrri útgáfu greiningarkerfisins (DSM-IV).²² Tvær rannsóknir hafa kannað algengi LSR meðal barna og unglunga í almennu þýði og var algengi 2,2% og 1,7%. Börn og unglungar sem voru með LSR upplifðu frekar einkenni alvarlegs þunglyndis, félagsfælni og árátta- og þráhyggjuröskunar en þau sem voru ekki með einkenni LSR.^{23,24}

Háskólanemar

Niðurstöður 8 rannsókna sem gerðar voru meðal háskólanema (n=101-1041) bentu til þess að algengi LSR væri nokkuð breytilegt og örlítið hærra en í almennu úrtaki. Algengið var á bilinu 1,2%-5,8% og vegið algengi úr þessum rannsóknum var 3,3%.²¹

Klínísk úrtök

Í þremur rannsóknum meðal sjúklinga á göngudeild geðspítala, kom fram að algengi var á bilinu 3,2-11% og var vegið algengi 5,8%.²¹ Í annarri rannsókn sem var gerð meðal sjúklinga sem leituðu sér sálrænnar meðferðar á dagdeild var algengi LSR 7,2% og lífstíðaralgengi 9%.²⁵ LSR hjá fullorðnum sjúklingum sem eru á lokuðum geðdeildum hefur verið metin í fjórum rannsóknum og reyndist algengi þar mjög breytilegt, eða á bilinu 1,9-16%, og vegið algengi 7,4%. Algengi meðal ungmenna á lokaðri geðdeild hefur verið metið í tveimur rannsóknum, og kom einnig fram breytileiki þar, eða 14,3% og 6,7% og vegið algengi 7,4%.²¹

Algengi LSR á stofum lýta- og húðlækna

Þeir sem þjáast af LSR líta yfirleitt ekki svo á að vandinn sé sálrænn, og sækja því oft í fegrunaraðgerðir eða húðmeðferð til að laga „galla“ sína. Algengi LSR hjá þeim sem leita meðferðar á húðmeðferðarstofu er á bilinu 4%-29% og vegið algengi er 11,3%.²¹ Ellefu rannsóknir hafa metið LSR hjá einstaklingum sem leita til lýtalækna. Algengið virðist liggja á víðu bili, eða 6%-53% og er vegið algengi úr þessum rannsóknum 13,2%.²¹ Þetta þýðir að stórt hlutfall þeirra sem leita til húð- og lýtalækna geti í raun verið með LSR.

LSR á Íslandi

Eina birta rannsóknin á algengi LSR á Íslandi var gerð meðal einstaklinga sem sóttu meðferð í átröskunarteymi geðsviðs Landspítala. Þátttakendur voru 24 konur og greindust 37,5% þeirra með LSR. Þær sem greindust með röskunina voru líklegri til að greina frá sjálfsvígshugsunum og að hafa gengist undir lýtaaðgerð.²⁶ Einnig má nefna rannsókn sem kannaði húðkroppunarárætti hjá 55 háskólanemum á Íslandi og mat algengi LSR meðal þeirra. Kom í ljós að 9% þátttakenda sem greindust með húðkroppunarárætti þjáðust einnig af LSR.²⁷ Algengi líkamsskynjunarröskunar er því breytilegt eftir því í hvaða hópum hún er metin (hún er til dæmis hærra á stofum lýtalækna en í almennu þýði) og hvaða mælitæki eru notuð við greiningu (hún er til dæmis mæld hærra með skimunarlistum en klínískum viðtölum).

Framvinda og lífsgæði

Afturskyggjar rannsóknir á LSR benda til þess að röskunin sé að jafnaði langvinn án gagnreyndrar meðferðar.^{3, 28, 29} Tvær framskyggjar langtímarannsóknir hafa verið gerðar á framvindu LSR. Í annarri þeirra var fólki með kvíðaraskanir (514 einstaklingum) fylgt eftir í allt að 8 ár, og var LSR einnig greind og fylgt eftir í þeirri rannsókn. 3,3% af þátttakendum greindust með LSR við upphaf rannsókna, og voru líkur á því að læknast af LSR 0,6 eftir

fjögur ár og 0,76 eftir 8 ár. Þó ber að nefna að þátttakendur voru einungis 17 einstaklingar.³⁰ Í framskyggjni langtímarannsókn á 200 einstaklingum með LSR voru líkurnar á því að læknast af röskuninni einungis 0,14 eftir tvö ár og 0,20 eftir 4 ár.³¹

LSR getur haft mikil áhrif á þá sem þjáast af röskuninni. Þær rannsóknir sem áður voru nefndar á tveimur stórum úrtökum fólks með LSR, benda til skertra lífsgæða meðal fólks með LSR. Um 23% þátttakenda voru á örorkubótum, 38% atvinnulausir og 77% töldu að einkenni þeirra hefðu neikvæð áhrif á náms- og starfsgetu sína.³⁴ Einstaklingar með LSR voru líklegri til að vera einhleypir (31%) og vera tekjulægri en þeir sem eru ekki með röskunina.⁴ Á bilinu 27-31% fólks með þessa röskun hafði ekki farið út úr húsi í viku eða lengur á ævinni af ótta við að vera dæmt af öðrum vegna útlitsgalla.^{3,4}

Samkvæmt einni rannsókn höfðu 19% einstaklinga með LSR hugsað um sjálfsvíg samanborið við 3% án LSR, og höfðu 7% með LSR reynt að fremja sjálfsvíg miðað við 1% án LSR.³² Önnur rannsókn sýndi að 31% þátttakenda með LSR og 4% þátttakenda án LSR höfðu haft sjálfsvígshugsanir, og höfðu 22% einstaklinga með LSR reynt að fremja sjálfsvíg miðað við 2% þátttakenda án LSR.³³ Sjálfsvígshugsanir og tilraunir hjá sjúklingum með LSR eru enn algengari í klínískum aðstæðum, og benda niðurstöður rannsókna til þess að algengi sjálfsvígshugsana sé á bilinu 78-81% meðal einstaklinga með LSR og að 24-28% þeirra hafði reynt sjálfsvíg.^{3,34}

Langtímarannsókn á 185 einstaklingum með LSR með fjögurra ára eftirfylgd sýndi að sjálfsvígstíðnin var 45 sinnum hærra en í almennu þýði en þetta hlutfall er hærra en hjá fólki með átraskanir, þunglyndi og geðhvörf.³⁵ Það er því mikilvægt að meta sjálfsvíghættu fólks sem þjáast af þessari röskun.

Fylgiraskanir

Algengt er að einstaklingar sem eru með LSR sem meginvanda greinist einnig með aðrar geðraskanir. LSR hefur í för með sér mikla vanlíðan fyrir sjúklinginn og er alvarlegt þunglyndi algengasta fylgiröskunin, en þar er ævialgengi samsláttar (það er greining á tveimur eða fleiri röskunum er til staðar) um 75% og fylgir áfengis- og fíkniefnamisnotkun þar á eftir (á bilinu 30-50%).^{36,37} Önnur rannsókn sýndi að í 60% tilvika var LSR undanfari áfengis- og vímuefnamisnotkunar, kom í kjölfar áfengis- og vímuefnamisnotkunar í 19% tilvika og hófst um svipað leyti hjá 21%. Meirihluti þessara einstaklinga (68%) taldi að áfengis- og vímuefnaneysla hefði orðið vandamál í kjölfar einkenna LSR og vegna vanlíðunar sem henni fylgdi.³⁶ Þriðja algengasta fylgiröskun LSR er félagsfælni (37-39%) og þá áráttu- og þráhyggjuröskun (32-33%). Tengsl hafa fundist milli LSR og félagsfælni, báðar raskanir lýsa sér í miklum félagskvíða og skömm og þjáast sjúklingar af ótta við að þeim verði hafnað eða strítt. Félagsfælni virðist þó hefjast fyrr en LSR.^{37,38}

Í fyrrnefndri rannsókn Phillips og félagá á úrtaki fólks með LSR, kom í ljós að 9% þátttakenda voru einungis með LSR, 22% voru greindir með eina aðra geðröskun auk LSR, 29% voru greindir með tvær aðrar geðraskanir auk LSR og 43% voru greindir með þrjár eða fleiri geðraskanir auk LSR.³⁷ Því fleiri fylgiraskanir sem einstaklingur þjáist af, þeim mun neikvæðari áhrif hafa þær á líf hans.^{4,37}

Árangur meðferðar

Þróun meðferðar við LSR og mat á árangri meðferðar er skemur á veg komin en hvað varðar margar aðrar þekktari geðraskanir.³⁹ Flestar rannsóknir sem hafa verið gerðar á meðferð við LSR nota lítil úrtök og eru með tiltölulega stutta eftirfylgni og langtímaáhrif meðferðar eru lítið þekkt. Í eftirtöldum rannsóknum var að jafnaði metið hvort árangur sé klínískt marktækur. Miðað er við minnst 30% lækun á stigafjölda á mælitækinu Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale. Það er klínískt viðtal sem metur alvarleika einkenna og var fyrst þróað til að meta árangur meðferðar við áráttu- og þráhyggjuröskun.⁴⁰

Sálræn meðferð

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er sú meðferð sem talin er vera árangursríkust við einkennum LSR. HAM fyrir LSR-sjúklinga beinist að hegðun og hugsunum sem viðhalda röskuninni og eru skjólstæðingum kenndar nýjar leiðir til að meta útlitstengdar hugsanir og draga úr áráttu- og öryggishegðun.⁴¹ Safngreining (*meta-analysis*) var gerð á 7 rannsóknum sem könnuðu áhrif HAM á LSR, þar af voru 6 rannsóknir á fullorðnum einstaklingum með LSR og ein á börnum og unglingum.⁴² Í öllum tilfellum dró HAM talsvert úr einkennum LSR samanborið við hópinn á biðlista (delta = -1,22, 95% öryggisbil (ÖB): -1,66 til -0,79; $p < 0,001$). Niðurstöður úr þremur rannsóknum bentu til þess að áhrif HAM væru enn til staðar tveimur til fjórum mánuðum síðar. Fimm af þessum rannsóknum sýndu að einnig dró úr einkennum þunglyndis í kjölfar meðferðar, samanborið við biðlistahópinn (delta = -0,49, 95% ÖB = -0,76 til -0,22; $p < 0,001$) og í fjórum þeirra jókst innsæi þátttakenda (delta = -0,56, 95% ÖB = -0,93 til -0,19; $p = 0,003$).⁴²

Aðeins ein rannsókn hefur verið gerð þar sem HAM var borin saman við annars konar sálfræðilega meðferð, það er kvíðastjórnun. Þátttakendur voru 46 og eftir 12 vikur af meðferð (HAM eða kvíðastjórnun) kom í ljós að HAM bar meiri árangur við að draga úr einkennum LSR, og var þessi árangur enn til staðar 16 vikum síðar. Einnig bentu niðurstöður til þess að alvarleiki LSR-einkenna í upphafi virtist ekki hafa áhrif á árangur, HAM er einnig árangursrík fyrir þá sem eru verr haldnir af LSR. Einnig kom í ljós að þeir þátttakendur sem fengu HAM öðluðust aukið innsæi um eigið útlit og meiri lífsgæði.⁴³

Tvær rannsóknir hafa verið gerðar á HAM meðal ungmenna með LSR. Í þeirri fyrri var þátttakendum ráðað tilviljunarkennt í hóp, annar hópurinn fékk HAM í 14 skipti og samanburðarhópur fékk fræðslu (*psychoeducation*) um LSR og leiðir til að takast á við hana. Í tilraunahóp náðu 40% þátttakenda árangri í samanburði við 7% í samanburðarhópi. Þessi árangur HAM er þó ekki jafn góður og aðrar rannsóknir hafa sýnt, en það gæti verið vegna þess hve stutt meðferðin var eða vegna þess að LSR hjá ungmennum er oft mjög alvarleg.⁴⁴ Í seinni rannsókninni náðu 35% þátttakenda sem fengu HAM árangri strax eftir meðferð og 12 mánuðum seinna höfðu 50% þátttakenda náð árangri.⁴⁵ Þörf er á að rannsaka frekari meðferð við LSR hjá ungmennum því röskunin kemur yfirleitt fram á þeim aldri og nauðsynlegt er að geta brugðist við röskuninni strax og áður en hún byrjar að hafa neikvæð áhrif á líf einstaklingsins.^{14,44}

Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar benda til þess að HAM við LSR sé yfirleitt árangursrík, en mikilvægt er að framkvæma fleiri rannsóknir á stærri úrtökum og fylgja skjólstæðingum lengur eftir en hefur verið gert hingað til, svo hægt sé að meta betur langtímaárangur HAM.⁴⁶ Þrátt fyrir hátt algengi LSR vantar rannsóknir á ólíkri meðferð við henni.

Lyfjameðferð

Rannsóknir á lyfjameðferð hafa aðallega beinst að serótónín-endurupptökuhamlandi lyfjum (SRI; *serotonin reuptake inhibitors*), eins og flúoxetíni, flúvoxamíni, citalópram og escitalópram, en hafa einnig beinst að þríhringlaga lyfjum einsog klómípramíni.^{2,47-53} Tvær rannsóknir með tilraunahópum hafa verið gerðar til að kanna áhrif lyfja á LSR. Í þeirri fyrri var 67 þátttakendum ráðað af handahófi í hóp sem ýmist fengu SRI-lyfið flúoxetín eða lyfleysu í tvíblindri rannsókn. Benda niðurstöður til þess að flúoxetín dragi frekar úr einkennum LSR en lyfleysa, þar sem 53% sýndu jákvæða svörun við flúoxetíni og 18% sýndu jákvæða svörun við lyfleysu, og var sá munur marktækur ($X^2 = 8,8$; $p = 0,03$).⁵⁴ Sú seinni var einnig tvíblind rannsókn og gefa niðurstöður til kynna að klómípramín skili meiri árangri en þunglyndislyfið desípramín við að draga úr einkennum LSR.⁴⁹ Fjórar rannsóknir án samanburðarhóps könnuðu áhrif flúvoxamíns, citalóprams og escitalópram og sýndu niðurstöður að þau drógu úr LSR-einkennum hjá 63-83% þátttakanda.⁵⁰⁻⁵³ Einnig hefur komið fram í framsýnni tvíblindri rannsókn að escitalópram getur komið í veg fyrir endurkomu LSR-einkenna.⁵⁵

Niðurstöður ofangreindra rannsókna benda til þess að lyfjameðferð dragi úr LSR-einkennum, svo sem útlitsáhyggjum sjúklinga og áráttuhegðun en einnig úr þunglyndiseinkennum og kvíða. Einnig hefur hún góð áhrif á félagslega virkni sjúklinga, sjálfsvígshugsanir og virðist auka almenn lífsgæði. LSR-sjúklingar þurfa oft stærri skammta af SRI-lyfjum en til dæmis þeir sem eru þunglyndir, og geta því aukaverkanir verið fleiri.^{2,47} Það getur tekið allt að 12-16 vikur fyrir SRI-lyf að virka á einkenni LSR, og meðaltími af fyrstu svörun við lyfjum er í kringum 4-9 vikur.⁵⁶ Ekki hefur enn verið gerð framskyggn rannsókn sem ber saman hóp sem fá mismunandi SRI-lyf en þau lyf sem hafa mest verið rannsökuð og sýna góðan árangur eru escitalópram og flúoxetín. Klómípramín er oft notað þegar SRI-lyf hafa ekki komið að gagni.⁵⁶ Einnig vantar enn rannsóknir sem bera saman lyfjameðferð og sálræna meðferð og samþætta lyfja- og sálræna meðferð, og því er hvorki hægt að fullyrða hvor meðferðin sé árangursríkari né hvort samþætt meðferð bæti einhverju við meðferðarárangur.

Fegrunaraðgerðir og húðmeðferð

Sjúklingar sem þjást af LSR sækja oft í annars konar meðferð (svo sem lýtaaðgerðir eða húðaþgerðir) til að laga „lýti“ sitt, með misgóðum árangri.⁵⁷ Stærsta rannsóknin á þessu sviði var á 289 einstaklingum með LSR, en þar höfðu 76% leitað eftir meðferð hjá húð- og lýtalæknum og 66% höfðu fengið slíka meðferð. Þá var algengara að leita til húðlækna (45%) en til lýtalækna (23%), enda er húð sá líkamshluti sem flestir sem þjást af LSR hafa áhyggjur af. Hjá 72% sjúklinga bar meðferðin lítinn sem engan árangur og

engin breyting var á LSR-einkennum sjúklinga, 11% greindu frá breytingum á heildareinkennum LSR til hins betra en 16% sjúklinganna töldu sig verr stadda en fyrir meðferð.⁵⁷ Aðrar rannsóknir hafa einnig bent til þess að sjúklingum geti liðið enn verr eftir að hafa hlotið meðferð sem byggist ekki á gagnreyndri sálrænni meðferð eða lyfjameðferð, til dæmis hjá húð- eða lýtalækni.^{58,59}

Spurningakönnun var gerð meðal 265 lýtalækna og töldu 84% þeirra að þeir hefðu framkvæmt aðgerð á sjúklingi með LSR, og í aðeins 1% tilvika töldu þeir að aðgerðin hefði leitt til bata á LSR. Ennfremur höfðu 40% upplifað hótun frá sjúklingi með LSR, ýmist um lögsókn eða barsmiðar. Rúmlega 80% þátttakenda sögðust hafa uppgötvað að viðkomandi sjúklingur væri með LSR eftir að þeir höfðu framkvæmt aðgerðina á honum. Meðal þeirra sem höfðu framkvæmt aðgerð á LSR-sjúklingi töldu 43% að sjúklingurinn væri uppteknari af líkamshlutanum eftir aðgerð og 39% töldu að sjúklingurinn hefði orðið upptekinn af öðrum líkamshluta eftir aðgerðina.⁶⁰ Misræmi virðist vera milli skynjaðs bata sjúklinga á LSR og raunverulegs bata á einkennum LSR eftir fegrunaraðgerðir, 35% sjúklinga töldu að sér liði betur eftir aðgerðina en aðeins 1,3% greindi frá minni einkennum eftir aðgerð.⁶¹ Þegar á heildina er litið benda niðurstöður til þess að fegrunaraðgerðir leiði sjaldnast til bata á einkennum LSR, og geti jafnvel verið skaðlegar. Það er því sérlega mikilvægt að lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk skimi fyrir LSR og vísi þeim sem skimast með röskunina til sálfræðings eða geðlæknis sem þekkir til röskunarinnar.

Hvernig má skima fyrir LSR og greina röskunina?

Auðvelt er að skima fyrir einkennum röskunarinnar með því að fara eftir viðmiðum DSM-5 fyrir LSR.¹ Spurningalistinn Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) er hentugt mælitæki sem Katharine Phillips setti saman til að skima fyrir einkennum LSR. Listinn er sjálfsmatskvarði og samanstandur af fjórum atriðum sem byggja á greiningarviðmiðum DSM-IV, eins og sjá má í íslenskri þýðingu Andra Steinþórs Björnssonar og Ásmundar Gunnarssonar sem birt er á heimasíðu *Læknablaðsins* (sjá viðauka við þessa grein). Fólk er líklega með LSR ef það svarar báðum liðum í spurningu 1 játandi, og ef það svarar einum eða fleirum liðum spurningar 3 játandi, og ef það svarar liðum b) eða c) í spurningu 4 játandi. Ef fólk er líklega með LSR er mikilvægt að hvetja fólk til að leita til sálfræðings eða geðlæknis til að fá greiningu og frekara mat. BDDQ-spurningalistinn var hannaður til að skima fyrir LSR og rannsókn á 66 þátttakendum á geðdeild gefur til kynna að mælitækið hafi 100% næmi og um 89% sértæki.² Þótt erfitt sé að bera saman þýði í ólíkum löndum má nefna að réttmæti BDDQ-spurningalistans var metið í almennu þýði í Svíþjóð, listinn hafði 94% næmi og 90% sértæki, 71% af þeim þátttakendum sem skimuðust með LSR samkvæmt BDDQ voru greindir með röskunina í klínísku greiningarviðtali.⁶² Mælitæki til að greina LSR er klíníska viðtalið Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module (BDD-DM) sem Katharine Phillips samdi. Um er að ræða hálfstaðlað greiningarviðtal sem samanstandur af 6 atriðum sem byggja á greiningarviðmiðum DSM-IV LSR og benda fyrri rannsóknir til þess að viðtalið hafi góða próffræðilega eiginleika.⁶³ Mikilvægt er að greiningaraðili hafi hlotið þjálfun í notkun klínískra

greiningarviðtala (til dæmis sem hluti af þjálfun í klínískri sálfræði eða geðlæknisfræði), meðal annars reynslu af helstu mismunagreiningum og góða þekkingu á sálmeinafræði, þar með talið LSR. Mælt er með því að greiningaraðilinn hljóti þjálfun hjá leiðbeinanda sem hefur fengið þjálfun í notkun mælitækisins. Greiningaraðili metur meðal annars hvort útlitgalli er sýnilegur, og hvort einkennin séu betur skýrð með annarri geðröskun. BDD-DM er einnig til í íslenskri þýðingu Andra Steinþórs Björnssonar og Ásmundar Gunnarssonar, og í uppfærðri útgáfu miðað við DSM-5, eins og sjá má á heimasíðu *Læknablaðsins* (sjá viðauka við þessa grein). Greiningaraðili metur fyrst hvort þeir útlitgallar sem einstaklingur upplifir séu sýnilegir. Viðkomandi þarf að hafa virkar hugsanir í um klukkutíma á dag eða meira til þess að ná viðmiði A, hafa einhvern tíma sýnt einhvers konar árátukennda hegðun eða öryggishegðun (svo sem að horfa í spegil eða biðja aðra um hughreystingu vegna útlits) sem svar við áleitnum hugsunum um eigið útlit, til þess að ná viðmiði B, til að ná viðmiði C þurfa hugsanirnar að hafa valdið mikilli vanlíðan eða haft neikvæð áhrif á líf þessa einstaklings (svo sem neikvæð áhrif á félagsleg samskipti eða getu til að sinna vinnu). Að lokum er LSR ekki greind ef einkennin eru betur skýrð með annarri geðröskun. Erfiðast er að greina LSR frá átröskunum, og má nefna að LSR er yfirleitt ekki greind ef viðkomandi sjúklingur hefur einungis áhyggjur af lögum líkamans eða líkamsfitu og röskun á matarvenjum er helsta einkenni, og engin önnur LSR-einkenni eiga við. Eins og áður hefur komið fram einkennast hugsanir í LSR yfirleitt af þráhyggju og viðbrögð við þeim hugsunum eru oft árátukennd. Þessar hugsanir snúast jafnan um útlit og er áráttan svar við þeim hugsunum, en hugsanir í árátta- og þráhyggjuröskun beinast að annars konar ótta, svo sem um að valda öðrum skaða. Einnig má nefna að húðkropp og hárplokk telst einungis hluti af LSR ef tilgangur hegðunarinnar er (að minnsta kosti í upphafi) að bæta það sem skjólstæðingur lítur á sem líkamslýti (til dæmis slíta hár sem skjólstæðingur finnst ekki „líta rétt út“). Þrátt fyrir að innsæi skjólstæðinga með LSR einkennist stundum af ranghugmyndum er að jafnaði auðvelt að greina á milli LSR og geðrofsraskana, enda eru önnur þemu í ranghugmyndum í þeim síðarnefndu. Það er mikilvægt að taka fram að fólk með LSR fær stundum ofsakvíðaköst, en þau teljast eingöngu vera hluti af LSR ef þau eru viðbrögð við ótta sem tengist röskuninni, og eru algengustu aðstæðurnar þegar fólk finnst aðrir vera að horfa á „líkamslýtið“, þegar það horfir í spegil á þá líkamshluta sem það er óánæggt með, og við það að vera í mikill birtu.⁶⁴

Samantekt og framtíðarsýn

Þrátt fyrir hátt algengi LSR er hún vangreind í klínískum aðstæðum. Hún hefur alvarlegar afleiðingar í för með sér, eins og mikla vanvirkni, skert lífsgæði, þunglyndi og mikla sjálfsvígshættu. Það er því mikilvægt að skima fyrir LSR og greina hana svo hægt sé að veita bestu meðferð við henni.

Það meðferðarúrræði sem hefur mest verið rannsakað eru hugræn atferlismeðferð og lyfjameðferð með SRI-lyfjum.^{2,47} Niðurstöður rannsókna benda til þess að bæði HAM og meðferð með SRI-lyfjum beri árangur við LSR.^{2,42,47-53} Niðurstöður safngreiningar

með rannsóknnum þar sem þátttakendur fengu ýmist HAM eða SRI-lyf voru þær að HAM og SRI bera sambærilegan árangur við LSR, en engin rannsókn hefur verið gerð sem metur muninn á hópum sem fá ýmist SRI-lyf eða HAM.⁴⁸

Þrátt fyrir þann árangur sem HAM og lyfjameðferð hafa sýnt er mun algengara að sjúklingar með LSR leiti sér hjálpar til húð- og lýtalækni til að láta laga lýti sín. Þeir trúu því að þetta séu raunveruleg lýti sem aðeins fást löguð með aðgerð. Rannsóknir benda til þess að slík meðferð beri ekki árangur, og geti leitt til þess að sjúklingi líði verr að lokinni aðgerð. Mikilvægt er því fyrir húð- og lýtalækna að vera meðvitaðir um LSR, einkenni hennar og hvernig best sé að skima fyrir henni.⁵⁷

Heilbrigðisstarfsmenn hérlendis þurfa að þekkja helstu einkenni röskunarinnar því algengt er að þeir sem þjást af röskun-

inni fái ekki rétta greiningu og þar með ekki rétta meðferð. Eins er þörf á að auka þekkingu meðal almennings þar sem fáir vita að LSR er raunveruleg geðröskun. Þeir sem eru með LSR upplifa mikla skömm tengda röskuninni, og því er mikilvægt að draga úr henni með aukinni þekkingu, meiri skilningi og auknum forvörn-um. Brýnt er að þróa fleiri meðferðarmöguleika fyrir sjúklinga með LSR. Það verður einungis gert með áframhaldandi rannsóknum á þessu sviði. Framtíðarrannsóknir ættu að leggja sérstaka áherslu á að rannsaka áhættuþætti röskunarinnar sem og meðferð við LSR hjá ungmennum því algengast er að röskunin komi fram um 12 ára aldur og nauðsynlegt er að geta brugðist við röskuninni strax. Jafnframt er mikilvægt að efla forvarnir við þessari algengu og oft alvarlegu geðröskun.

Viðauka er að finna við þessa grein á netinu.

ENGLISH SUMMARY

Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment

Hrefna Harðardóttir¹

Arna Hauksdóttir¹

Andri Steinþór Björnsson²

Body dysmorphic disorder (BDD) is a relatively common disorder characterized by a preoccupation with nonexistent or slight defects in appearance. BDD usually begins during childhood or adolescence. The preoccupation with the perceived appearance defect typically occurs for many hours a day and is often followed by repetitive behaviours (for example mirror checking and skin picking). The weighted prevalence of BDD in a community sample

is around 2%, but it is higher in clinical settings and in cosmetic and dermatological settings. BDD leads to significant distress and/or impairment at work or school and is highly comorbid with major depressive disorder, alcohol or substance use disorder, social anxiety disorder and obsessive compulsive disorder and often leads to suicidal ideation. Research suggests that cognitive behavioral therapy (CBT) and SSRI medication are most effective for BDD. However, cosmetic and dermatological treatments rarely improve BDD, and are often harmful. This review contains information on how to screen and diagnose BDD. Further research on BDD and effective treatment for this often impairing disorder is needed.

¹Centre of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Iceland, ²Faculty of Psychology, University of Iceland.

Key words: Body dysmorphic disorder, symptoms, prevalence, assessment, treatment.

Correspondence: Hrefna Harðardóttir, hrh41@hi.is

Heimildir

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. útgáfa). American Psychiatric Association, Washington DC 2013.
- Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder: Oxford University Press 2005.
- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570-7.
- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 317-25.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JL. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 302-8.
- Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther* 2001; 39: 1381-93.
- Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide. Oxford University Press, New York 2009.
- Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 453-9.
- Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006; 141: 305-14.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-III-R (3. útgáfa). American Psychiatric Association. Washington 1987.
- Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 95-104.
- Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 10-5.
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Genf 1992.
- Björnsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 893-903.
- Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 77-87.
- Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 67-72.
- Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 517-22.
- Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JL. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Psychiatry Hum Dev* 2006; 36: 369-82.
- Zimmerman M, Mattia JL. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 265-70.
- Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 125-9.
- Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image* 2016; 18: 168-86.
- Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder — What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *J Psychosom Res* 2015; 78: 223-7.
- Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2017; 51: 595-603.
- Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in an Ethnically Diverse Group of Adolescents. *J Child Fam Stud* 1999; 8: 357-62.
- Björnsson AS, Magnúsdóttir S, Wessman J, Beard C, Lee J, Hearon BA, et al. Prevalence and Characteristics of Body Dysmorphic Disorder Among Patients in a Partial Hospital Program. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 554-7.
- Gunnarsson Á, Jónsdóttir SM, Björnsson AS. Líkamsskygjunarröskun: Algengi í átröskunarteymi Geðsviðs Landspítala - háskólasjúkrahúss. *Sálfræðiritið* 2014; 19: 93-106.
- Snorason Í, Smári J, Ólafsson RP. Húðkroppunarárátta: klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. *Sálfræðiritið* 2009; 14: 103-13.
- Björnsson A. Age at onset and clinical course of body dysmorphic disorder. Í Phillips KA (ritstj.): *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice* (115-23). Oxford University Press, New York 2017.
- Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 315-21.
- Björnsson AS, Dyck I, Moitra E, Stout RL, Weisberg RB, Keller MB, et al. The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP). *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 55-7.
- Phillips KA, Menard W, Quinn E, Didie ER, Stout RL. A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychol Med* 2013; 43: 1109-17.
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36: 877-85.
- Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res* 2010; 178: 171-5.
- Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 717-25.
- Phillips KA, Menard W. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1280-2.
- Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 309-16; quiz 404-5.
- Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 270-6.
- Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety* 2006; 23: 26-33.
- Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U, Greenberg JL, Fama JM, et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2014; 45: 314-27.
- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 17-22.
- Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 1996; 34: 717-29.
- Harrison A, Fernandez de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-Cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2016; 48: 43-51.
- Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014; 83: 341-53.
- Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L, Isomura K, Anson M, Turner C, Monzani B, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Body Dysmorphic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54: 895-904.
- Krebs G, de la Cruz LF, Monzani B, Bowyer L, Anson M, Cadman J, et al. Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder. *Behav Ther* 2017; 48: 462-73.
- McKay D. Two-Year Follow-Up of Behavioral Treatment and Maintenance for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Modif* 1999; 23: 620-9.
- Phillips KA, Hollander E. Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach. *Body Image* 2008; 5: 13-27.
- Ipsen JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochr Database Syst Rev* 2009; 1: Cd005332.
- Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1033-9.
- Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Sacttoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 247-54.
- Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 177-9.
- Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 165-71.
- Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 715-20.
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 381-8.
- Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 887-95.
- Phillips KA (ritstj.). *Pharmacotherapy and Other Somatic Treatments for Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press, 2017.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504-10.
- Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 218-20.
- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196-201.
- Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society of Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthet Surg J* 2002; 22: 531-5.
- Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549-55.
- Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res* 2013; 210: 647-52.
- Phillips KA. *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module*. McLean Hospital, Belmont, MA 1994.
- Phillips KA, Menard W, Björnsson AS. Cued panic attacks in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Pract* 2013; 19: 194-203.