

Dismorfna telesna motnja

Body dysmorphic disorder

Anja Župan,¹ Uroš Ahčan²

¹ Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

² Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

prof. dr. Uroš Ahčan, dr. med.

Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

Ključne besede:

dismorfofobija, somatoformne motnje, estetska kirurgija

Key words:

dysmorphophobia, somatoform disorder, aesthetic surgery

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2011; 80: 50–7

Prispelo: 3. avg. 2010, Sprejeto: 5. okt. 2010

Izveček

Izhodišča: Dismorfna telesna motnja je somatoformna motnja, za katero je značilna velika preobremenjenost z namišljeno ali manjšo pomanjkljivostjo zunanjega videza. Prevalenca dismorfne telesne motnje v splošni populaciji se giblje med 0,7 % in 2,3 %, medtem ko je prevalenca med bolniki plastičnih kirurgov 6 % do 15 %. Enako pogosto se pojavlja med moškimi in ženskami. Pogosta je komorbidnost z drugimi psihiatričnimi motnjami. Zdravljenje dismorfne telesne motnje z lepotnimi posegi ni učinkovito. Učinkovitejše je zdravljenje s selektivnimi zaviralci privzema serotonina in s kognitivno vedenjsko terapijo.

Zaključki: Dismorfna telesna motnja je pogosta psihiatrična motnja, o kateri je potrebno obvestiti strokovno in laično javnost. V bibliografski zbirki Medline smo na temo »dismorfna telesna motnja« našli 577 člankov. Laična javnost zahodnih držav, predvsem ZDA, je dobro osveščena o tej motnji, medtem ko je pri nas znanje še pomanjkljivo. Bolniki se velikokrat odločijo za invazivne in manj invazivne lepotne posege, zato je pomembno, da jih zdravstveni delavci in osebe različnih estetskih centrov prepozna in jih napoti na ustrezno obravnavo k strokovnjaku za duševno zdravje.

Abstract

Background: Body dysmorphic disorder is a somatoform disorder, which is characterized by the patient's preoccupation with a minor or imagined appearance defect. It has a reported prevalence of 0.7 % to 2.3 % in the general population. Prevalence among patients seeking aesthetic surgery is 6 % to 15 %. Body dysmorphic disorder appears to affect men and women equally. Comorbidity with other psychiatric disorders is frequent. Cosmetic medical treatment is ineffective in treating body dysmorphic disorder. Treatment

with selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy appear to be more effective.

Conclusions: Body dysmorphic disorder is a common psychiatric disorder, which needs to be addressed by the medical profession and the general public. By searching Medline, we found 577 articles matching »body dysmorphic disorder«. The disorder is well known by general public of Western countries, especially USA, but is less known in Slovenia. As patients often pursue cosmetic procedures and aesthetic surgery, it is important that medical staff, especially providers of cosmetic surgical and minimally invasive treatments, are able to identify them and refer them for appropriate mental health care.

Definicija

Dismorfna telesna motnja je somatoformna motnja, za katero je značilna preobremenjenost z manjšo ali namišljeno pomanjkljivostjo zunanjega videza. Ljudje s to motnjo so obsedeni z idejo, da je del njihovega telesa (lasje, koža, nos, itd.) grd ali deformiran. Veliko časa preživijo pred ogledalom ali želijo z različnimi »triki« zakriti »grdi« del telesa. Vse to vodi v izrazito žalost in slabše delovanje na družabnem, poslovnem, akademskem in drugih področjih.

Zgodovina

Dismorfna telesna motnja (DTM) se je prvič pojavila v evropski medicinski literaturi leta 1886 pod imenom dismorfofobija.¹ Pojem je uvedel Morselli, da bi z njim opisal duševno motnjo občutka grdote oz. fizične hibe, kljub temu da je bolnikov videz nor-

malen.¹ V drugih zgodnjih zapisih je bila DTM opisana kot »l'obsession de la honte du corps« (obsedenost s sramovanjem svojega telesa)² ali kot »dismorfofobični sindrom«.³ Šele skoraj 100 let kasneje (1980) je dismorfofobija postala samostojna diagnostična kategorija.⁴

Termin dismorfofobija je etimološko grškega izvora in je sestavljen iz dveh besed – »dysmorphia« in »phobos«. »Dysmorphio« dobesedno prevedemo kot »nepravilna oblika«, pomeni pa tudi grdoto, predvsem obraza. Vendar motnje ne označuje le strah pred iznakaženostjo, kot bi lahko sklepali iz pripona »phobia«. Leta 1987 so tako v knjigi z naslovom *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed, revised)*⁵ namesto dismorfofobije uvedli pojem dismorfnna telesna motnja in jo klasificirali v skupino somatoformnih motenj.

Glede na najnovejšo klasifikacijo (iz leta 2000) morajo biti za diagnozo DTM izpolnjena tri merila: 1) preobremenjenost z namišljeno ali manjšo pomanjkljivostjo zunanjega videza; 2) preobremenjenost z videzom vodi v izrazito žalost ali slabše delovanje na družabnem, poslovnem ali drugih področjih; 3) preobremenjenosti z videzom ne moremo pripisati drugi psihiatrični motnji (npr. anoreksiji nervozi).⁶

Etiologija

Raziskave kažejo, da je etiologija DTM najverjetneje multifaktorska (biološka, psihološka in sociokulturna).

Biološki dejavniki

Kljub majhnemu številu raziskav na to temo izsledki nekaterih kažejo na povezavo med nastankom motnje in dednostjo. Phillips in sod. so v raziskavi ugotovili, da je imelo kar 20 % od 200 preučevanih pacientov z DTM sorodnike v prvem kolenu, ki so jim prav tako diagnosticirali DTM.⁷ Druge študije kažejo na to, da je DTM pogostejša v družinah bolnikov z obsesivno-kompulzivno motnjo, kar kaže na možno genetsko povezavo med obema.⁸

Vlogo pri nastanku bolezni ima najverjetneje tudi abnormalno delovanje serotonina

in dopamina, kar lahko sklepamo iz dobrega učinka zdravljenja z zdravili, ki vplivajo na koncentracijo teh dveh nevrotansmitterjev.⁹

V raziskavi so s pomočjo funkcionalne magnetne resonance primerjali 17 bolnikov z DTM s 16 kontrolnimi osebami.¹⁰ Pri bolnikih z DTM so se pri gledanju lastnega obraza pokazale frontostriatne nenormalnosti in nenormalnosti vizualnega procesiranja.¹⁰ Že pred tem so s preiskavo SPECT (single photon emission computer tomography) možganov šestih bolnikov z DTM ugotovili primanjkljaj parietalnega lobusa¹¹ in z magnetno resonančno (MR) preiskavo osmih bolnic z DTM asimetrijo kavdatnega jedra in povečano prostornino bele možganovine.¹² Prav tako so ugotovili, da imajo bolniki z DTM več težav z verbalnim in neverbalnim spominom.¹³ Frontostriatne nenormalnosti in nenormalnosti vizualnega procesiranja ter asimetrija kavdatnega jedra in povečana prostornina bele možganovine se pojavljajo tudi pri bolnikih z obsesivno-kompulzivno motnjo, kar kaže na možno povezavo z DTM.

V literaturi so opisani tudi primeri novonastale DTM po prebolelem vnetnem procesu v frontotemporalnem področju¹⁴ in po prebolelih boleznih, katerih vnetni proces vpliva na sintezo serotonina.¹⁵

Psihološki dejavniki

Vzrok nastanka DTM so poskušali razložiti z dvema teorijama. Psihoanalitična razlaga predvideva, da DTM nastane zaradi nezavedne projekcije spolnega ali čustvenega konflikta, občutenja manjvrednosti, krivde ali slabe samopodobe na določen del telesa.¹⁶ Kognitivno-vedenjska razlaga predvideva, da motnja nastane iz interakcije kognitivnih, čustvenih in vedenjskih dejavnikov.¹⁷

Veale je leta 2004 predlagal kognitivno-vedenjski model DTM.¹⁷ Kognitivni dejavniki, ki so potrebni za nastanek in obstoj DTM, vključujejo nerealistične predstave o telesni podobi (stremenje k popolnosti in simetričnosti), usmerjanje pozornosti k pomanjkljivostim, pogosto samoopazovanje in iskanje pomanjkljivosti.^{17,18} To lahko vodi v anksioznost in druga negativna čustva, za-

Tabela 1: Najpogostejša umeščenost defektov pri bolnikih z dismorfno telesno motnjo (DTM).¹⁹

Del telesa	Delež vseh bolnikov z DTM (%); seštevek je zaradi pojavnosti več defektov pri enem bolniku > 100 %
koža	65
lasje	50
nos	38
oči	20
noge, kolena	18
brada, spodnja čeljust	13
prsi, prsne bradavice	12
trebuh, boki	11
ustnice	11
postava	11
oblika obraza	10
penis	9
zobje	7
ušesa	7

DTM = dismorfna telesna motnja

radi česar se nato razvijejo vedenjski vzorci (npr. pogosto preverjanje svoje podobe v ogledalu), s katerimi poskušajo bolniki ta čustva zatreti.¹⁷

Sociokulturni dejavniki

Vlogo pri nastanku DTM imajo tudi sociokulturni dejavniki. Ugotovili so povezovalno med DTM in odraščanjem v družini, ki otroka zanemarja in je pretirano kritična, predvsem do zunanjega videza.^{19,20} DTM se prav tako pogosteje pojavlja med otroki, iz katerih so se vrstniki zaradi njihovega videza norčevali. Potencialni dejavnik za nezadovoljstvo in preobremenjenost z zunanjo podobo pa je tudi vse večji poudarek na »popolnem zunanjem videzu«, ki ga vsiljujejo sodobni mediji.¹⁹

Epidemiologija

Glede na novejšje študije je prevalenca DTM v splošni populaciji ZDA 1 %.²¹ Raziskava, narejena za področje Firenc, je pokazala prevalenco 0,7 %, ²² rezultati študij prevalence v splošni populaciji se gibljejo med 0,7 % in 2,3 %.²³

Raziskave, narejene na populaciji študentov, so pokazale višjo prevalenco (2,5 % do 5 %).^{24,25} Prav tako je prevalenca DTM višja med ljudmi, ki se odločijo za lepotne posege (kirurške ali nekirurške). Glede na študije se prevalenca DTM med temi bolniki giblje med 6 % in 15 %, ²⁶⁻²⁸ kar pomeni da 15 od stotih ljudi potrebuje drugačno zdravljenje od zelenega.

Krivulja incidence DTM ima dva vrha. Prvi je v obdobju adolescence in drugi takoj po menopavzi.²⁹ Phillips in sod. so v študiji 200 bolnikov z DTM ugotovili, da je srednja starost, pri kateri se začnejo pojavljati prvi klinični znaki DTM, $16,4 \pm 7,0$ let, srednja starost, pri kateri se začnejo pojavljati prvi subklinični znaki, pa $12,9 \pm 5,8$ let.⁷

Pričakovali bi, da je večja pojavnost DTM med ženskami, vendar se študije, ki primerjajo pojavnost motnje med ženskami in moškimi, razlikujejo in si nasprotujejo. Nekateri avtorji poročajo o večji pojavnosti med moškimi,³⁰ drugi o večji pojavnosti med ženskami,³¹ spet tretji ne ugotavljajo razlik med spoloma.³²

Medtem, ko verjetno ni razlike v pojavnosti DTM med spoloma, pa obstajajo razli-

ke med deli telesa, na katere se osredotočajo moški in deli telesa, na katere se osredotočajo ženske. Tako so moški pogosteje zaskrbljeni zaradi svojih spolovil, višine, mišične mase in las, medtem ko ženske bolj skrbijo njihova teža, prsi, stegna in noge.³²

Med bolniki z DTM se pogosteje pojavljajo tudi druge psihiatrične motnje: depresija,³³ samomorilnost,³⁴ zloraba prepovedanih drog,³⁵ osebne motnje,³⁶ socialna fobija,³⁷ motnje hranjenja³⁸ in obsesivno-kompulzivna motnja.³⁹

Klinični znaki in simptomi

Običajno se DTM kaže s preobremenjenostjo z namišljeno telesno pomanjkljivostjo. V povprečju so osebe z DTM v poteku bolezni nezadovoljne s petimi do sedmimi deli telesa.⁷ Skrbijo glede določenega dela telesa se pri nekaterih kažejo zelo specifično (npr. zaznavanje asimetrije določenega dela telesa), medtem ko so pri drugih pritožbe bolj splošne (npr. zaskrbljenost, da del telesa »ne izgleda normalno«).¹⁹ Tabela 1 prikazuje, na katere dela telesa se najpogosteje osredotočajo bolniki z DTM.

Obsesivne misli

Osebam z DTM se vsiljujejo misli o njihovem izgledu, ki jih ne morejo nadzorovati. Te misli so še pogostejše v situacijah, v katerih je bolnika strah, da ga drugi opazujejo in ocenjujejo njegov videz.⁴⁰ V hudih primerih bolniki težko mislijo na kaj drugega, razen na svojo pomanjkljivost. Uvid je lahko različen, največkrat pa slab.⁷

Kompulzije

Za bolnike z DTM so značilni kompulzivni vedenjski vzorci, kot so neprestano opazovanje in zakrivanje telesne pomanjkljivosti.³³ Vsak dan lahko opazovanju svoje pomanjkljivosti v ogledalu in njenem zakrivanju z ličili ali oblačili namenijo več ur. Spet drugi se izogibajo ogledalom in oblačilom, ki bi lahko razkrila njihovo pomanjkljivost. V največji študiji bolnikov z DTM so vsi poročali o vsaj eni kompulziji.⁷ Čeprav skušajo bolniki s temi vedenjskimi vzorci zmanjšati anksioznost, je učinek pogosto prav naspro-

ten. Večurno opazovanje v ogledalu še poveča preobremenjenost, prekomerno nanašanje ličil pa lahko poškoduje kožo.

Kakovost življenja

DTM pogosto povzroča slabše delovanje na družabnem, poslovnem, akademskem in drugih področjih. Skoraj vsi bolniki so navajali vpliv DTM na njihovo poklicno ali akademsko kariero in kar 27 % jih je v bilo zaradi DTM prisiljenih ostati doma več kot en teden.⁷ Bolniki imajo nizko samozavest in slabo kakovost življenja.^{41,42} Nekateri celo razmišljajo o samomoru. Do 78 % bolnikov z DTM je navajalo samomorilne misli, 17 % do 33 % pa jih je poskušalo narediti samomor.^{32-34,36}

Lepotni posegi

Da bi izboljšale svoj videz, se osebe z DTM v prvi vrsti zatečejo v kozmetične in frizerske salone, studije za fitnes, veliko pa tudi k dermatologom in plastičnim kirurgom. Kar 50 % do 70 % bolnikov je obiskalo estetskega kirurga ali dermatologa, 26 % do 58 % pa jih je imelo najmanj en lepotni poseg.^{7,36} Najpogosteje so se odločili za rinooplastiko, liposukcijo ali povečanje prsi.

Zdravljenje

Zdravljenje z lepotnimi posegi

Ker so osebe z DTM prepričane, da je vzrok njihovih težav zunanji videz, se pogosto zatečejo k estetskim kirurgom. Podatki, zbrani z retrospektivnimi študijami, kažejo na slab izid lepotnih operacij med bolniki z DTM.^{43,44} Lepotni posegi motnje ne izboljšajo, lahko jo celo poslabšajo.⁴³ V eni večjih raziskav kar 91 % bolnikov po operaciji ni navajalo izboljšanja simptomov.⁴⁵ Značilno je, da bolniki z DTM niso zadovoljni z rezultatom operacije.³⁶ Nekateri sicer navajajo izboljšanje videza operiranega dela telesa, vendar so še vedno zaskrbljeni (npr. da bo prišlo do ponovne deformacije tega dela).⁴⁵ Pri drugih se pojavi nova preopremenjenost z drugim delom telesa.⁴⁵ Poleg tega bolniki z DTM pogosteje grozijo s tožbo ali tožijo

Slika 1: Pri bolniku je jasno vidna motnja, prav tako je jasno izrazil svoja pričakovanja. Zdravljenje s kirurškim posegom je bilo uspešno.



svoje estetske kirurge. Kar 29 % od 265 kirurgov je poročalo, da so jim bolniki z DTM grozili s tožbo.⁴⁶

Farmakološko zdravljenje

Boljše od kirurškega je farmakološko zdravljenje. Številne študije so pokazale, da je učinkovito zdravljenje s selektivnimi zaviralci privzema serotonina (SSRI),^{47,48} ki so dokazano učinkovitejši od neselektivnih zaviralcev privzema serotonina.⁴⁹ Kar 53 % do 73 % bolnikov, ki so bili zdravljeni s SSRI, je navajalo izboljšanje simptomov.⁵⁰ Z jemanjem SSRI se izboljšajo vsi simptomi bolezni. Bolniki imajo redkeje obsesivne misli, manj je kompulzij, obsesivne misli in kompulzije pa lahko bolje nadzorujejo.⁵⁰ Prav tako se izboljša uvid, depresija, anksioznost, somatizacija, samomorilnost in delovanje na družabnem področju.⁵⁰ Ni še bilo opravljenih raziskav, ki bi pokazale, kakšno je pravilno odmerjanje SSRI pri bolnikih z

DTM. V Združenih državah Amerike, kjer je bolezen bolj raziskana, zdravijo DTM z enim izmed navedenih SSRI v naslednjih odmerkih: escitalopram 29 ± 12 mg/dan, citalopram 66 ± 36 mg/dan, fluoksetin 67 ± 24 mg/dan, fluvoksamin 308 ± 49 mg/dan, paroksetin 55 ± 13 mg/dan, sertralin 202 ± 46 mg/dan, clomipramin 203 ± 53 mg/dan.⁵⁰ Pri nekaterih bolnikih je potrebno zvišanje odmerka SSRI oz. dolgotrajno jemanje visokih odmerkov SSRI, pri drugih je potrebna zamenjava enega SSRI z drugim.⁵⁰ Učinki SSRI se pokažejo postopoma in včasih šele po 12 tednih (tudi 14–16 tednih) rednega jemanja zdravil.⁵⁰ Glede na klinične izkušnje se svetuje jemanje zdravil več let.⁵⁰ Stranska učinka jemanja zdravil, katerih pojavnost je najverjetneje odvisna od odmerka, sta huda depresija in obsesivno-kompulzivna motnja.⁵⁰

Antipsihotiki so se pri zdravljenju DTM pokazali za neučinkovite.⁵¹

Slika 2: Gospo moti nosna grbica, ki si jo vedno prekriva s pudrom. Fotografira se le pod kotom, pod katerim grba ni opazna. Na fotografiji nepravilnosti, ki jo strašansko moti, ne zna pokazati.



Psihoterapija

Pogosto se uporablja kognitivno vedenjska terapija, ki sloni na samoopazovanju misli in vedenjskih vzorcev, ki se nanašajo na videz (npr. opazovanje, koliko časa porabi bolnik za ogledovanje svojega odseva v ogledalu), kognitivnih tehnikah (npr. nadzorovanje misli) in vedenjskih vajah (npr. izpostavljanje bolnika stresnim situacijam in preprečevanje kompulzij).⁵² Številne študije kažejo na učinkovitost kognitivno vedenjske terapije.^{17,53,54}

Angleške smernice za obravnavo bolnikov z DTM

The National Institute of Clinical Excellence (NICE) je sestavil smernice za celostno obravnavo bolnikov z DTM. Smernice so sestavljene iz šestih korakov. Prvi korak je ozaveščanje širše javnosti in boljša dostopnost informacij o DTM. Drugi korak je osredotočen na prepoznavo bolnikov z DTM. Zdravstveni delavci naj bi pri bolnikih z visokim tveganjem za DTM rutinsko povpraševali po simptomih. Tretji do šesti korak se nanaša na zdravljenje DTM. Zdravljenje naj bi bilo prilagojeno trenutnemu stanju bolnika. Nekateri bolniki tako potrebujejo le psihoterapijo, drugi psihoterapijo v kombinaciji s SSRI. V primerih, ko ima bolnik hude simptome oz. ogroža sebe ali druge, je potrebna hospitalizacija.⁵⁵

DTM v Sloveniji

DTM je v Sloveniji še malo raziskana. V slovenski literaturi nismo našli člankov na to temo, zato smo se odločili, da naključno izbrane psihiatre povprašamo, kako pogosto se srečujejo s to motnjo. Telefonsko in po elektronski pošti smo anketirali šest psihiatrov. Izmed teh so štirje poznali DTM, eden izmed njih je slišal za primer bolnice z DTM, ki se je zdravila pri drugem psihiatru in eden je obravnaval 10 bolnikov z DTM.

V Univerzitetnem Kliničnem centru Ljubljana je sicer utečeno sodelovanje med kliničnim psihologom in estetskimi kirurgi, ki lahko bolnika s sumom na DTM napotijo na diagnostično obravnavo k psihologu in skupaj z bolnikom načrtujejo najustre-

Tabela 2: Kako prepoznati bolnika z dismorfno telesno motnjo (DTM) v ordinaciji estetskega kirurga.

Pogoste značilnosti bolnikov z DTM
▶ opazna je velika razlika med subjektivno in objektivno oceno problema,
▶ pričakujejo točno določen rezultat (izražen v mm ali na fotografiji) in ne splošnega izboljšanja,
▶ pritožujejo se glede drugih zdravnikov,
▶ ne poslušajo razlage posega in pričakovanih rezultatov,
▶ so zelo razočarani nad videzom in manjše pomanjkljivosti opisujejo kot grozne,
▶ v ogledalu ali na sliki ne morejo natančno pokazati pomanjkljivosti.

DTM = dismorfna telesna motnja

znejšo obravnavo zanj. V številnih zasebnih kozmetični in lepotnih centrih temu ni tako. Bolnikov z DTM tako pogosto ne prepoznajo in jih napačno zdravijo.

Zaključek

DTM je pogosta psihiatrična motnja. Med bolniki, ki obiščejo estetske kirurge, jo ima skoraj vsak deseti. Ker kirurško zdravljenje ne prinese izboljšanja simptomov, bi bilo smiselno presejanje vseh bolnikov, pri katerih se načrtuje estetska operacija. Bolnike z ugotovljenimi znaki DTM bi nato napotili na obravnavo k ustreznemu strokovnjaku za duševno zdravje.

Potrebno bi bilo ugotoviti prevalenco DTM v slovenski populaciji in med bolniki estetskih kirurgov in dermatologov. Predvsem je pomemben celosten pristop psihiatrov, dermatologov in estetskih kirurgov ter izdelava smernic obravnave bolnika z DTM za družinske zdravnike in strokovnjake, ki se ukvarjajo s kozmetiko in estetskimi posegi.

Kratice

- DTM – dismorfna telesna motnja
- BDD – body dysmorphic disorder
- SPECT – single photon emission computer tomography
- MR – magnetna resonanca
- SSRI – selektivni zaviralci privzema serotoninina

Literatura

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Accad Sci Med Genova* 1886; 6: 100.
2. Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. Paris: Felix Alcan; 1903.
3. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig: J. A. Barth; 1909.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington DC: APA; 1980.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, revised. Washington DC: APA; 1987.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, text revision. Washington DC: APA; 2000.
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.
8. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 287–93.
9. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17: 205–10.
10. Feusner JD, Moody T, Hembacher E, Townsend J, McKinley M, Moller H, et al. Abnormalities of Visual Processing and Frontostriatal Systems in Body Dysmorphic Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 197–205.
11. Carey P, Seedat S, Warwick J, van Heerden B, Stein DJ. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16: 357–9.
12. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2003; 122: 13–9.
13. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2000; 6: 673–81.
14. Gabbay V, Asnis GM, Bello JA, Alonso CM, Serras SJ, O'Down MA. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology* 2003; 61: 123–5.
15. Gabbay V, O'Dowd MA, Weiss AJ, Asnis GM. Body dysmorphic disorder triggered by medical illness? *Am J Psychiatry* 2002; 159: 493.
16. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1138–49.
17. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image* 2004; 1: 113–125.
18. Buhlmann U, Wilhelm S. Cognitive factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 922.
19. Phillips KA. *The Broken Mirror*. New York: Oxford University Press; 1996.
20. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 1105–15.
21. Patterson WM, Bienvenu OJ, Janninger CK, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. *Int J Dermatol* 2001; 40: 688–690.
22. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1976; 32: 24–29.
23. Castle DJ, Rossel S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 521–538.
24. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Bear L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res* 2002; 109: 101–4.
25. Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 60–4.

26. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 436–441.
27. Sarwer DB, Crerand CE. Psychological issues in patient outcomes. *Facial Plast Surg* 2002; 18: 125–134.
28. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. *Aesth Plast Surg* 2008; 32: 473–84.
29. De Leon J, Bott A, Simpson GM. Dysmorphophobia: Dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype? *Compr Psychiatry* 1989; 30: 457–472.
30. Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann* 1993; 23: 359–364.
31. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder examination. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 26–29.
32. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570–577.
33. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 302–308.
34. 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: 717–725.
35. Grant Jon E, Menard W, Pagano M, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 309–316.
36. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R, et al. Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196–201.
37. 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.
38. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 11–19.
39. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 167–180.
40. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 263.
41. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 254–60.
42. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 170–5.
43. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504–10.
44. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113: 1229.
45. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549–55.
46. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: Results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surg J* 2002; 22: 531.
47. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: A chart review study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 721–7.
48. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 165–71.
49. Hollander E, Allen A, Kwon J, Arnowitz B, Schmeidler B, Wong C, et al. Clomipramine vs. desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1033.
50. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* 2008; 5: 13–27.
51. Phillips KA. Treating body dysmorphic disorder using medication. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 945.
52. Sarwer DB, Gibbons LM, Crerand CE. Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 934.
53. Neziroglu FA, Yaryura-Tobias JA. Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behav Ther* 1993; 24: 431.
54. Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, Deckersbach T. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. *Behav Res Ther* 1999; 37: 71–5.
55. Lovell K, Bee P. Implementing the NICE OCD/BDD guidelines. *Psychol Psychother* 2008; 81: 365–76.