

Innhold

Forord	3
Sammendrag.....	4
Introduksjon.....	5
Kjennetegn.....	6
Suicidalitet.....	6
Komorbiditet.....	8
Kjønn.....	8
Alder.....	9
Etiologi.....	9
Forekomst.....	11
ICD-10.....	11
ICD-11.....	12
DSM-IV og DSM-5	13
Ny felles forståelse av dysmorfofobi som relatert til tvangslidelse	14
Behov for klinisk oppmerksomhet.....	15
Metode	16
Resultat	17
Klinisk vignett: Ung kvinne med dysmorfofobi.....	17
Klinisk vignett: Ung mann med dysmorfofobi.....	19

Diagnostikk.....	20
Differensialdiagnostikk og komorbiditet	24
Behandling.....	28
Kognitiv atferdsterapi og ERP.....	29
Farmakologisk behandling	31
Ikke-psykiatrisk behandling	32
Mulige fremtidige behandlingsalternativer	32
Diskusjon	35
Konklusjon	40
Referanser.....	42

Forord

Til min mamma, som hjalp meg med å begynne,

og til min Eirik Kulø, som hjalp meg med å avslutte.

Iamque opus exegi. (Og nå er jobben gjort.)

Inspirasjonen til oppgaven bunner i et selvopplevd behov for økt kunnskap om lidelsen. I løpet av egen erfaring fra klinisk virke som stud. psychol. har jeg truffet flere pasienter med denne problematikken, samtidig som jeg har savnet kunnskap og informasjon om hvordan den best forstås og behandles. Jeg har registrert at dette også gjelder flere av mine kolleger. Ved poliklinikkene blir behandlingsløpene stadig mer standardiserte. Man har sjekklister, behandlingsplaner, måltall. I en hektisk klinisk hverdag som ikke alltid inviterer klinikere til å gå i dybden, er ofte vurderingene vi foretar oss avhengig av kunnskapen vi har lettest tilgjengelig. Det synes derfor problematisk at en såpass alvorlig og relativt vanlig lidelse som dysmorfofobi ikke engang er på mange klinikers radar.

Håpet er at denne oppgaven vil fungere som matnyttig snacks for alle travle klinikerne der ute.

En spesiell takk til min veileder, professor Hans Nordahl, og til Unni Christin Skrede Koen.

Varm takk også til familien; både Engvig, Sørbø, og Kulø.

Avslutningsvis vil jeg takke denne oppgaven, som har gjort meg langt mer tilgivende overfor George R.R. Martin.

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å gi en enkel og oppdatert oversikt over dysmorfofobi; med fokus på klinisk presentasjon, differensialdiagnostikk, og sentrale prinsipper for behandling. En litteraturgjennomgang av relevant litteratur ble utført. Dysmorfofobi kjennetegnes av et overdrevent fokus på oppfattede defekter og imperfeksjoner ved eget utseende, fører til en betydelig grad av personlig lidelse og funksjonsbegrensning, og rammer anslagsvis opp mot 2.4 % av populasjonen. Lidelsen forekommer omtrentlig likt hos begge kjønn. Dysmorfofobi har tidligere vært klassifisert som henholdsvis somatoform lidelse (DSM-IV) og hypokondri (ICD-10), men på bakgrunn av ny empiri klassifiseres den nå som relatert til tvangslidelse. Det er typisk at dysmorfofobipasienten vegrer seg for å tematisere sine bekymringer rundt eget utseende, enten av skam eller pga. lav grad av innsikt. Oftest presenterer pasienten kun med komorbide eller sekundære plager som depresjon og sosial fobi, og det er følgelig viktig at klinikeren screener for dysmorfofobi initialt slik at pasienten får riktig behandling. De nasjonale retningslinjene anbefaler per i dag kognitiv atferdsterapi (KAT), inkludert eksponering med responsprevensjon (ERP), samt farmakologisk behandling med SSRI. Nyere studier indikerer også at metakognitiv terapi (MCT) og aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) kan være en god og relevant behandlingsmetode for dysmorfofobi, så vel som å understøtte behovet for videre behandlingsforskning, men kunnskapen er foreløpig begrenset.

Nøkkelord: Dysmorfofobi, DSM-5, ICD-11, KAT, SSRI, MCT, ACT

Kroppsdysmorfofobi: En litteraturgjennomgang av diagnostikk, komorbiditet og sentrale behandlingsprinsipper

«Da Gregor Samsa en morgen våknet av urolige drømmer, fant han seg selv i sengen forvandlet til et digert, uhyrlig kryp.» (Kafka, 1915/1998, s. 7)

Dysmorfofobi, eller body dysmorphic disorder (BDD), karakteriseres av et overdrevent fokus på en innbilt eller minimal defekt i pasientens utseende, i den grad at det fører til betydelig ubehag og funksjonsnedsettelse. Det er viktig å umiddelbart understreke at man snakker ikke her om et forfengeligheitsperspektiv. Pasienten oppfatter seg selv som et slags monster, hvor de opplevde defekter anses av pasienten som ulidelige og nærmest ikke til å leve med (Phillips, 2005). Noen pasienter tar livet sitt. Det typiske for disse pasientene er ikke en narsissistisk drøm om perfekt skjønnhet, men snarere et desperat ønske om å se «normale» ut. Denne grunnleggende, subjektive opplevelsen av å være grotesk og defekt, av å være en slags selvopplevd «Elefantmannen», fører naturlig nok til at disse pasientene innretter livene sine deretter. Dette innebærer at sosiale relasjoner, utdanning og jobb blir vanskelig. Enkelte isolerer seg fullstendig.

Enrico Morselli, en italiensk lege som beskrev lidelsen og kalte den dysmorfofobi allerede i 1891, kom med følgende beskrivelse:

Den dysmorfiske pasient er virkelig ulykkelig; midt i sine daglige rutiner, samtaler, mens de leser, under måltider, faktisk til alle steder og til enhver tid, overveldes pasienten av frykten for deformitet ... som kan nå en svært smertefull intensitet, endog til et punkt hvor de gråter og er desperate. (Morselli, 1891, omtalt i Bjornsson, Didie & Phillips, 2010, side 221, min oversettelse)

Kjennetegn

Typisk er fokalpunktet for de opplevde defektene relatert til ansiktet. Vanligst er det at pasienten fokuserer på hudens utseende (f.eks. arr, akne, farge), hår (f.eks. håravfall, for tynt hår/for mye hår), eller nese (f.eks. form og størrelse), men besettelsen kan ramme nær sagt hvilken som helst del av kroppen og ofte flere deler samtidig (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). Av og til har pasienten vansker med å navngi det de anser som spesifikke defekter, og opplever heller en mer generell, ullen følelse av å være stygg (Veale, 2004).

De utseenderelaterte bekymringene gir seg utslag i repetitiv, ritualistisk atferd. De vanligste ritualene er speilsjekking, det å sammenligne seg med andre, søke forsikringer fra andre, plukking på hud, overdrevne stellerutiner på badet, kamuflasje (bruk av hatt, klær, sminke), samt restriksjoner i diett (Phillips, 2005).

Ca. 40 % av pasientene bruker 3-8 timer per dag på å tenke aktivt på sine opplevde defekter, og 25 % tenker på dem mer enn 8 timer per dag (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). For pasientene oppleves disse tankene som påtrengende, vanskelig å kontrollere, angstfremkallende og tyngende.

Nær halvparten har så lav grad av innsikt at det glir over i en vrangforestilling (de er sikre på at deres opplevelse av defekten er reell), og majoriteten av pasientene har varierende grader av selvhenvøring hvor de tror at folk legger spesielt merke til utseendet deres, snakker om det, eller ler av det (Phillips, 2004). Tross forekomsten av psykotiske symptomer ved dysmorfofobi, så viser forskning at det er relativt lave rater av komorbiditet mellom dysmorfofobi og psykotiske lidelser (Gunstad & Phillips, 2003).

Suicidalitet

Pasientens bekymringer rundt eget utseende kan synes trivielle for andre, men det er viktig å forstå at lidelsestrykket er enormt hos denne pasientgruppen. Selvmordsrate,

suicidforsøk og suicidal ideasjon fremstår som merkbart forhøyet ved dysmorfofobi; ca. 80 % rapporterer om tidligere eller pågående suicidal ideasjon, og omtrent 25 % har forsøkt suicid på grunn av sine dysmorfofobisymptomer (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010).

Phillips & Menard (2006) gjennomførte en longitudinell studie av forløpet av dysmorfofobi, og fant at 56,7 % rapporterte om suicidal ideasjon per år, og 2,8 % forsøkte å begå suicid per år. En betydelig andel av forsøkene ble vurdert som alvorlige. Forekomsten av suicidal ideasjon ble anslått å være 10-25 ganger høyere enn for normalpopulasjonen, og faren for forsøk på suicid ble estimert til å være 3-12 ganger høyere enn for resten av befolkningen. Raten av fullførte suicid var på 0,3 % per år, noe som var 4-13 ganger høyere enn for normalpopulasjonen. Dette var dog et relativt kortvarig studie på 4 år, med 185 deltakere, så tallene må anses som preliminnære. De antyder likevel at selvmordsraten er markert forhøyet, noe som også understøttes av andre studier (Phillips, et al., 2005; Veale et al., 1996).

Phillips et al. (2005) peker også på at den typiske dysmorfofobipasient har flere risikofaktorer som kan tenkes å gjøre dem ekstra sårbare for suicid; høy innleggelsesrate, er ofte enslige eller skilte, høy komborbiditet, lite sosial støtte, lav selvtillit, samt høye nivå av angst, depresjon og fiendtlighet.

Phillips (2000) brukte et standardisert skjema om livskvalitet (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey) for å måle graden av personlig lidelse/opplevd stress og fant et nivå som overgikk tilsvarende målinger hos depresjon, diabetes, bipolar lidelse og hos pasienter med nylig hjerteinfarkt.

Dysmorfofobi er således en alvorlig psykiatrisk lidelse, men blir likevel ofte oversett av klinikere fordi den er lite kjent (Phillips & Feusner, 2010). Bildet kompliseres av at pasientene selv opplever betydelig skam i forbindelse med eget utseendefokus, og vegrer seg for å tematisere dette av frykt for å bli oppfattet som forfengelige (Phillips & Feusner, 2010). Skulle noen av bekymringene pasienten har rundt eget utseende komme til uttrykk, er det ikke

uvanlig at terapeuten tolker symptomene i retning av selvfølelsesproblematikk, sosial fobi eller, i de tilfellene med lavere grad av innsikt, i retning av schizofreni eller psykotisk depresjon (Phillips, 2004).

Komorbiditet

Som ved de fleste psykiske lidelser, er komorbiditet regelen heller enn unntaket. Den vanligste komorbide lidelsen ved dysmorfofobi er depressiv lidelse, med en estimert livstidsprevalens på 75 % (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). Phillips (2004) peker også på at depresjon ofte, men ikke alltid, opptrer sekundært til dysmorfofobi – altså at depresjonen utvikles som en følge av dysmorfofobi.

De andre vanligste tillegglidelsene er rusmisbruk (30-48.9 %), tvangslidelse (32-33 %) og sosial fobi (37-39 %) (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). En studie av Phillips & McElroy (2000) fant forhøyet forekomst av personlighetsforstyrrelser (PF), hvorav unnvikende PF var den vanligste (43 %), fulgt av avhengig PF (15 %), tvangspreget PF (14 %), og paranoid PF (14%), mens en større studie gjennomført av Phillips, Menard, Fay & Weisberg (2005) fant en betraktelig mindre forekomst.

Kjønn

Dysmorfofobi tenkes ofte på som en «kvinnelig lidelse», fordi symptomene innbefatter bekymringer rundt utseendet. Derimot er det en lidelse som antas å ramme begge kjønn noenlunde likt, med en kjønnsratio fra 1:1 til 3:2 (Phillips, 2006).

Phillips, Menard & Fay (2006) studerte kjønnsforskjeller hos 200 dysmorfofobipasienter, og fant flere likheter enn forskjeller mellom menn og kvinner. Mennene tenderte mot å være eldre, og var oftere enslige. Fokuset var oftere rettet mot egne genitalier, kroppsbygning, tynnende hår/skallethet, og de hadde en større hyppighet av

overdreven vektløfting og rusmisbruk. Menn skåret også noe høyere i forhold til symptomtrykk, målt ved Psychiatric Rating Scale for BDD, og hadde lavere Global Assessment of Functioning-skårer (GAF). De var hyppigere ute av stand til å arbeide pga. psykopatologi og mottok hyppigere sykestønader.

Kvinnenes fokus var oftere rettet mot hud, mage, vekt, bryster, bak, lår, legger, hofter, tær, ansikts- og kroppsbehåring, og de hadde oftere fokus på flere kroppsområder samtidig. Kvinnene var også kjennetegnet av større hyppighet av tryggingsatferd og repetitiv atferd, og prøvde oftere å kamuflere defekten/e ved hjelp av klær, hår eller sminke. De plukket oftere på huden, og hadde oftere en komorbid spiseforstyrrelse (Phillips, Menard & Fay, 2006).

Alder

Lidelsen debuterer ofte tidlig i tenårene, men behandling søkes typisk ikke før, i snitt, 11 år etter sykdomsdebut (Phillips, 2006). Mange lider følgelig i mange år uten behandling. De tidligste rapporterte tilfeller av dysmorfofobi er hos barn så unge som 5 år (Phillips, 2005).

Etiologi

Det er så langt ikke kjent nøyaktig hva som utløser dysmorfofobi. Som ved de fleste andre mentale lidelser, antar man at det er en kombinasjon av flere faktorer - som nevrobiologiske forskjeller, genetikk, og miljø (Buhlmann & Wilhelm, 2004; Li, Arienzo & Feusner, 2013; Monzani et al., 2012; Phillips, 2009).

En litteraturgjennomgang av Li, Arienzo & Feusner (2013) viser bl.a. til preliminnære funn som tyder på abnormal eksekutiv fungering (spesielt i forhold til planlegging, organisering og responsinhibisjon), samt avvikende evne til å tolke emosjoner i ansiktsuttrykk (spesielt i forhold til å oppfatte nøytrale ansiktsuttrykk som sinte eller foraktfulle).

Monzani et al. (2012) fant at dysmorfofobi og tvangslidelse i stor grad har lik genetisk basis, i den grad at opp til 64 % av kovariasjonen mellom dysmorfofobi og tvangslidelse kan tilskrives felles genetiske faktorer. Både symptomene ved dysmorfofobi og ved tvangslidelse har moderat arvelighet (Clifford, Murray & Fulker, 1984; Jonnal, Gardner, Prescott & Kendler, 2000; Van Grootheest, Cath, Beekman & Boomsma, 2005; Van Grootheest, Cath, Beekman & Boosma, 2007), og det er en signifikant høyere andel dysmorfofobipasienter som har en førstegradsslektning med tvangslidelse sammenlignet med norm (Bievenue et al., 2000).

Man har også funnet hjernehemisfæriske forskjeller ved prosessering av ansikter, som antyder en større vektlegging av detaljer og analyse fremfor en mer holistisk prosessering (Feusner, Townsend, Bystritsky & Bookheimer, 2007).

Som ved bl.a. angst- og depresjonslidelser, antar man at det serotonergiske systemet spiller en rolle. Det er evidens fra både kontrollerte og ukontrollerte studier at SSRI er effektiv i behandlingen av dysmorfofobi (Ipser, 2009; Phillips & Hollander, 2008). Videre understøttes dette av en kasusstudie hvor man fant forverring av dysmorfofobisymptomer ved mangel av tryptofan i kosten (Barr, Goodman & Price, 1992). En annen kasusstudie fant at en serotonin agonist, psilocybin, reduserte dysmorfofobisymptomene (Hanes, 1996). En abnormal serotonergisk respons utgjør en del av det teoretiske grunnlaget for bruken av SSRI-preparater ved dysmorfofobi (Veale & Neziroglu, 2010).

Diatese-stress-modellen, dvs. sårbarhet, er antakelig nyttig i forståelsen av hvordan individuell sårbarhet interagerer med stress fra miljøet rundt ved utvikling av psykopatologi. Miljøfaktorer man har vurdert som mulig relevante i sammenheng med dysmorfofobi hos sårbare individer er bl.a. tidlige oppveksterfaringer som mobbing, seksuelt misbruk, omsorgssvikt/mishandling i barndommen, overdreven vektlegging av utseende (i familien

eller aktuell kultur), akneproblematikk og foreldre som er lave på varme (Veale & Neziroglu, 2010).

Forekomst

Prevalensen anslås noe forskjellig, og det er per dags dato utført få omfattende epidemiologiske studier, men anslås å ligge et sted mellom 0.7- 2,4 % (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010, Buhlmann et al., 2010) i normalpopulasjonen.

En populasjonsbasert studie av Brohede, Wingren, Wijma & Wijma (2015) anslo prevalensen til 2.1 % for kvinner i Sverige. Dette er det nærmeste man foreløpig kommer en pekepinn på prevalensen i Norge, såfremt man tenker at Sverige er et land det er naturlig å sammenligne seg med både størrelsesmessig og sosiokulturelt. En åpenbar svakhet med denne studien er imidlertid at man kun undersøkte prevalensen hos kvinner, og selv om tallet er i tråd med tidligere populasjonsstudier så kan man tenke seg at det ville vært noe forhøyet om man også inkluderte menn.

Tallene tyder på at dysmorfofobi er vanligere enn både anoreksi og schizofreni (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). Førstnevnte er en også lidelse som rammer selvbildet, og som både er vel dokumentert i forskningslitteraturen samt godt kjent blant både klinikere og ikke-klinikere. Så hvorfor er dysmorfofobi så lite kjent, selv blant profesjonelle helsearbeidere? Muligens ligger noe av svaret i klassifiseringen, eller kanskje retttere sagt – klassifiseringen hittil.

ICD-10

ICD-kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, og er det helsefaglige kodeverket vi forholder oss til i Norge. I ICD-10 er ikke dysmorfofobi klassifisert som en egen lidelse, men finnes henholdsvis under

F45.2 Hypokondrisk lidelse, hvis den foreligger uten vrangforestillinger, eller under F22.8 Andre spesifiserte paranoide psykoser, hvis vrangforestilling foreligger (WHO, 1992).

Klassifiseringen under hypokondri utgjør et problem i forhold til de diagnostiske kriteriene, da det for hypokondrisk lidelse bl.a. er et krav om «vedvarende motstand mot å akseptere råd og forsikringer fra flere leger om at ingen somatisk lidelse eller abnormitet ligger bak symptomene» (WHO, 1992, s. 164). Dette kriteriet gir mening for pasienter med helseangst, men vil ikke fylles av de fleste pasienter med dysmorfofobi da dette punktet naturlig begrenses av bl.a. kulturelle holdninger til kosmetisk kirurgi, økonomi og individuelle utslag av dysmorfofobi (Veale & Matsunaga, 2014). Videre gjør Phillips et al. (2010) et poeng av at ICD-10 ikke er egnet for å diagnostisere dysmorfofobi, og at det ikke foreligger noen forskning som tilsier at dysmorfofobi og hypokondri er samme lidelse.

ICD-10 er derfor forvirrende og lite egnet for klinikerer som møter en pasient som presenterer med symptomer på dysmorfofobi, og som følgelig prøver å orientere seg i hvordan dette best skal forstås og diagnostiseres. Det sier seg selv at det har mye si her i Norge, hvor det jo nettopp er ICD-10 vi bruker i klinisk praksis. Dette vil forhåpentligvis bedre seg med den kommende ICD-11, hvor dysmorfofobi er foreslått som en egen, distinkt diagnose med en litt annen forståelsesramme (Veale & Matsunaga, 2014).

ICD-11

ICD-11 er fortsatt i betautgave og under utforming, men Verdens helseorganisasjon (WHO) har nedsatt en egen arbeidsgruppe for å diskutere forslag til klassifiseringen av Tvangslidelser og beslektede lidelser.

Veale & Matsunaga (2014) formidler at denne arbeidsgruppen har foreslått at dysmorfofobi bør være en distinkt, separat oppført lidelse innenfor denne kategorien, grunnet sine fenomenologiske likheter med de andre tvangslidelsene, så vel som å ha større klinisk

nytteeffekt da flere klinikere allerede forholder seg til dysmorfofobidiagnosen selv om den formelt sett ikke eksisterer som egen diagnose i ICD-10. Videre er det et håp om at dette vil føre til at diagnosen blir mer korrekt gjenspeilet i helsestatistikken, så vel som å stimulere til videre forskning.

Arbeidsgruppens anbefalinger er at man beskriver de diagnostiske trekkene som går på overfokusering (at man bruker minst 1 time daglig på å tenke på oppfattede utseendefeil/stygghet som er enten ikke er observerbar av andre eller minimalt synlige, samt en karakteristisk, overdreven selvbevissthet - typisk med varierende grad av selvhenføring (Veale & Matsunaga, 2014). Arbeidsgruppen foreslår videre en beskrivelse av hvordan den repetitive tryggingssatferden arter seg (konstant sjekke hvordan en ser ut eller hvor ille defekten er i speil/andre reflekterende overflater, mentale handlinger som å sammenligne seg med andre, forsøk på å kamuflere eller endre defekten), samt unngåelsesatferden (unngår offentlige eller sosiale situasjoner/stimuli som vekker bekymringer relatert til utseendet/defekten (Veale & Matsunaga (2014).

Det foreslås også å legge inn en gradering for å skille ut pasienter uten innsikt (hvor pasienten avviser at tankene rundt defekten/-e ikke er reelle og fremviser en intensitet og rigiditet i fikseringen som fremstår som en vrangforestilling) (Veale & Matsunaga, 2014).

DSM-IV og DSM-5

DSM, fullt navn the Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, er den amerikanske varianten av ICD, så vel som å være den mest brukte helsefaglige nomenklatur i psykiatrisk forskning.

I DSM-IV har dysmorfofobi, ikke mindre forvirrende, frem til nå vært klassifisert under somatoforme lidelser, men på bakgrunn av nyere empiri er den i DSM-5 flyttet til seksjonen

med Tvangslidelser og beslektede lidelser (OCRD) som en egen, distinkt lidelse (Phillips et al., 2010; Veale & Matsunaga, 2014).

Kriteriene er også noe endret. Der DSM-IV refererte til en imaginær defekt (American Psychiatric Association [APA], 2000), refererer DSM-5 til en overfokusering på en eller flere ikke-eksisterende eller minimale defekter og imperfeksjoner (APA, 2013). Som ved de fleste andre lidelser må symptomene være signifikant plagsomme for pasienten, eller påvirke fungering innen et eller flere livsområder. Det er også lagt til et eget kriterium om at pasienten på et tidspunkt må ha utvist repetitiv atferd og/eller repetitive mentale handlinger som respons til bekymringene rundt eget utseende under sykdommens forløp. Unngåelsesatferd beskrives som et beslektet fenomen (APA, 2013).

DSM-5 gjør heller ikke lenger et skille mellom grad av innsikt/vrangforestillinger, noe Veale & Matsunaga (2014) påpeker gjør at den diagnostiske algoritmen for dysmorfofobi stemmer bedre overens med lidelser som f.eks. anoreksi og tvangslidelser, hvor man heller ikke får en annen tilleggsdiagnose pga. vrangforestillingstanker som regnes for en del av grunnsykdommen.

I motsetning til det som er foreslått så langt av arbeidsgruppen for ICD-11 (Veale & Matsunaga, 2014), er muskeldysmorfofobi, grovt forklart som en slags omvendt anoreksi hvor pasienten aldri opplever seg stor og muskuløs nok, inkludert i DSM-5 som en underkategori av dysmorfofobi (APA, 2013).

Ny felles forståelse av dysmorfofobi som relatert til tvangslidelse

Som man ser, er det nå flere likheter enn ulikheter mellom måten dysmorfofobi klassifiseres i både DSM-5 og, mest sannsynlig, i ICD-11. Antakelig vil dette både hjelpe den generelle kliniske forståelsen av lidelsen, samt gjøre det lettere å sammenligne forekomsten innen ulike helseregistre – uavhengig av hvilken manual man forholder seg til.

Forhåpentligvis vil de nye klassifiseringene bidra til å øke bevisstheten rundt lidelsen, også blant klinikere.

Schieber, Kollei, De Swaan & Martin (2015) foretok en større, tysk populasjonsstudie for å undersøke om omklassifiseringen i DSM-5 vil føre til forskjeller i prevalenstallene, uten å finne en signifikant forskjell. De fant at man identifiserte omtrent de samme pasientene, om man så brukte kriteriene fra DSM-IV eller fra DSM-5. Derimot opplevde de at kriteriene i DMS-5 fanget det kliniske bildet av dysmorfofobi bedre, da spesielt med tanke på kriteriet om repetitive handlinger. Schieber, Kollei, De Swaan & Martin (2015) mente også at dette kriteriet ville hjelpe klinikere i å vurdere alvorlighetsgraden av dysmorfofobi hos den enkelte pasient, siden det kvantifiserer i større grad hvor mye tid pasienten bruker per dag på repetitiv atferd.

Tiden vil vise om de forespeilede endringene i ICD-11, såfremt de gjennomføres, vil føre til en justering av prevalenstallene i de landene denne brukes.

Behov for klinisk oppmerksomhet

Hvordan man enn klassifiserer lidelsen, synes det klart at dysmorfofobi er å regne for en alvorlig, relativt vanlig lidelse. Imidlertid er det mye som tyder på at BDD er underdiagnostisert.

I to studier av inneliggende pasienter (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993; Grant, Kim & Crow, 2001), så vel som studier av både en generell poliklinisk populasjon (Zimmermann & Mattia, 1998) og en av polikliniske pasienter diagnostisert med depresjon (Phillips, Nierenberg, Brendel & Fava, 1996), ble det først foretatt en klinisk screening for dysmorfofobi, hvorpå man sjekket resultatene opp mot journalene. Alle fire studier fant at dysmorfofobi ble oversett av klinikerne i hvert eneste tilfelle det var tilstede.

Dette indikerer at underdiagnostisering av dysmorfofobi er utbredt. Det er derfor viktig at klinikere er i stand til å gjenkjenne samt diagnostisere dysmorfofobi for å kunne gi effektiv behandling.

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på følgende problemstillinger i forhold til dysmorfofobi:

1. Hvordan kjenner vi det igjen i klinikken?
2. Hvordan skiller dysmorfofobi seg fra andre kjente lidelser?
3. Hva er de sentrale prinsipper for behandling?

Jeg vil følgelig søke å gi et deskriptivt og oppdatert fugleperspektiv på hvor dysmorfofobi befinner seg i dagens helseterrenng, heller enn å gi en dyptpløyende litteraturgjennomgang.

Metode

Denne litteraturgjennomgangen gjennomgikk alle behandlingsstudier for dysmorfofobi opp til mai 2016. Søket inkluderte bøker, kasusstudier, pilotstudier, RCT-studier, retningslinjer, og metaanalyser. Da utgangspunktet var å danne en bred, initial oversikt over feltet, samt et ønske om å inkludere et størst mulig antall studier, ble det ikke ilagt noen restriksjoner i forhold til publikasjonsdato. Videre har utvidede søk blitt gjort med utgangspunkt i referanselister fra aktuelle bøker og artikler som var innenfor inklusjonskriteriene.

Litteratursøket ble gjennomført via ulike søkemotorer. I «BIBSYS», de norske bibliotekenes egen database, ble søket gjennomført med følgende søkeord: dysmorfofobi, body dysmorphic disorder, body dysmorphic disorder treatment, body dysmorphic disorder etiology, og body dysmorphic disorder case study, body dysmorphic disorder comorbidity, body dysmorphic disorder assessment, body dysmorphic disorder differential diagnosis. Det

ble også søkt i PubMed, Psychnet, psycinfo og googlescholar.com med følgende søkeord: body dysmorphic disorder, body dysmorphic disorder treatment, body dysmorphic disorder comorbidity, body dysmorphic disorder differential diagnosis, body dysmorphic disorder clinical presentation, body dysmorphic disorder etiology, body dysmorphic disorder case studies.

Narrative beskrivelser, foredrag, artikler som spesifikt omhandlet muskeldysmorfofobi, samt artikler som omhandlet dysmorfofobi innenfor kosmetisk kirurgisk, dermatologisk og tannestetisk praksis ble ekskludert. Kun litteratur publisert på engelsk og norsk ble evaluert. I de databasene dette var mulig, ble søket filtrert for språk, samt for treff som ikke var fra fagfelleverderte tidsskrift. Utover dette ble eksklusjonskriteriene anvendt ved inspeksjon av artiklene.

Søkene ga totalt 9327 treff, hvorav mange oppføringer forekom flere ganger. Behandlingsstudier som benyttet et randomisert, kontrollert design ble inkludert, og hvor primærdiagnosen var dysmorfofobi. Videre måtte de evaluere effekten av behandling mot venteliste, annen behandling eller, i farmakologiske behandlingsstudier, mot placebo. Det måtte også foreligge tilstrekkelige data. Antallet behandlingsstudier totalt var på 211, hvorav 9 var i henhold til inklusjonskriteriene.

Resultat

Klinisk vignett: Ung kvinne med dysmorfofobi

A, en 32 år gammel enslig, vestlig kvinne, ble referert av hudlegen sin til en klinikk med spesialistkompetanse på dysmorfofobi. Hun bodde alene, var ikke romantisk involvert med noen, og hadde ingen barn. Til tross for at hun hadde fullført en høyskoleutdanning, jobbet hun deltid i en klesbutikk. A tilskrev sine vansker med å

jobbe fulltid til det hun opplevde som forstyrrende, påtrengende tanker og tvangsmessig atferd relatert til bekymringene hun hadde rundt eget utseende.

A så normal ut, men hadde vært svært opptatt av huden sin (mindre urenheter og «ujevn» hudfarge) siden hun var 13 år gammel. Hun oppga at hun tenkte på utseendet sitt minst 7-8 timer daglig, og bekymret seg for at andre ville legge merke til henne eller dømme henne negativt fordi huden hennes var så «stygg». A brukte 5-6 timer daglig på å sjekke huden sin i speil og andre reflekterende overflater, plukket på huden sin, og sammenlignet huden sin med andres. Hun brukte tusenvis av dollar årlig på hudpleieprodukter, og hun gikk ofte til innkjøp av spesiell belysning og ulike typer speil for å kunne undersøke huden sin bedre.

Hun kom ofte for sent på jobb fordi hun var så opptatt av og fortvilet over huden sin, og var også mindre produktiv på jobb av samme grunn, noe som førte til konflikter med sjefen. Hun ble ofte «fanget» foran speilet på jobb mens hun undersøkte huden sin. A var så skamfull over hvordan hun så ut, og så redd for at andre dømte henne negativt (f.eks. som «abnormal» og «heslig»), at hun unngikk all kontakt med venner og traff familien bare ved spesielle anledninger. Hun rapporterte at hun følte seg angstfull og redd på grunn av huden sin. Hun ga også uttrykk for passiv suicidal ideasjon fordi hun syntes huden var så stygg. A hadde vært til flere hudleger for å forbedre hudens utseende. Hun drev med en tvangspreget plukking av huden for å «glatte ut» huden og for å fjerne små urenheter, men fordi denne plukkingen var vanskelig for henne å kontrollere og pågikk over flere timer daglig, førte denne atferden til hudirritasjon, rødhet og arr. A hadde gjennomgått tre dermatologiske behandlinger, men var fortsatt like «besatt» av å forbedre huden sin. «Jeg vil bare se normal ut!», sa hun selv. A rapporterte at de dermatologiske behandlingene hadde gjort lite for å endre hennes oppfatning av hvordan huden hennes så ut, og fikk henne til å føle økt angst og økt

fokus på huden. Dette var første gang A hadde søkt psykisk helsehjelp for sine hudproblemer. Tidligere hadde hun vært redd for å snakke om sine bekymringer med psykisk helsearbeidere av frykt for at hun ville oppfattes som «overflatisk» eller «forfengelig». (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010, s. 223, min oversettelse)

Klinisk vignett: Ung mann med dysmorfofobi

B var en ung mann på 23, og besatt av huden sin. Dagene hans var preget av tanker om hvor heslig han så ut pga. det han opplevde som akne og aknearr. Han følte seg deprimert for hvordan han så ut, og opplevde mye angst knyttet til dette. Han opplevde selv at han var for stygg til at andre kunne se ham. Han avbrøt universitetsutdanningen sin, flyttet hjem til foreldrene, og buret seg inne på soverommet sitt. Han traff ikke venner, og forlot aldri huset. Han var så stresset av sine opplevde hudplager at han ikke engang greide å innta måltider sammen med familien.

På grunn av sine bekymringer rundt eget utseende utviklet B en alvorlig depresjon og vurderte å ta livet sitt. Topiske behandlinger og tabletter foreskrevet av en dermatolog hjalp ikke på hans bekymringer vedrørende sitt utseende. Derimot, etter 12 ukers behandling med Citalopram, hvor man trappet opp til en dose på 30 mg daglig, oppnådde man en total remisjon av symptomene hans. For første gang på årevis inntok han måltider sammen med familien, forlot huset, løp ærend, så venner, og gjorde planer om å gjenoppta utdanningen sin. (Phillips, 2006, side 5, min oversettelse)

Begge de kliniske vignettene demonstrerer lidelsen og funksjonstapet som er typisk for denne pasientgruppen, men gir også et omriss av de potensielle diagnostiske snubletråder en kliniker kan vikle seg inn i hvis man ikke får tilgang til utseendebekymringene som ligger i bunn.

Felles for vignettene er også at den selvopplevde utseendeproblematikken kommer klart frem, mens i realiteten er ikke denne informasjonen nødvendigvis så lett tilgjengelig for klinikerne. I stedet presenterer pasientene med et noe mer grumsete symptombilde, ofte preget av angst, depresjon og varierende grad av sosial unnvikelse, og er gjerne enten motvillige til å ta opp bekymringene knyttet til eget utseende av frykt for å bli oppfattet som forfengelige (Phillips & Feusner, 2010), eller de unnlater å ta det opp fordi de oppfatter utseendeproblematikken som reell. Før de mottar riktig behandling, er lav grad av innsikt vanlig i denne pasientgruppen. Studier har gjennomgående vist at innsikten er dårligere ved dysmorfofobi enn ved tvangslidelse, hvor 27 til 60 % av dysmorfofobipasienter har vrangforestillinger mot bare 2 % av pasienter med tvangslidelse (Phillips & Kaye, 2007; Eisen, Phillips, Cole & Rasmussen, 2004). Det er derfor viktig at klinikerne er dette bevisst og screener for dette initialt.

Diagnostikk

En observant kliniker kan allerede ved første møte merke seg visse synlige karakteristikk ved pasienten som vekker mistanke om dysmorfofobi. Man bør være oppmerksom på tegn til plukking på huden, som sår eller arr, eller legge merke til om pasienten bruker spesielle kamouflasjeteknikker, som f.eks. alltid bruke lue/caps, eller dekker deler av ansiktet med håret. Tegn til overdreven soling, kraftig sminke eller bruk av parykker kan også være et tegn.

Wilhelm, Phillips & Steketee (2013) anbefaler at man også er oppmerksom på tegn til selvhenføring eller vrangforestillinger, som pasienten gjerne selv beskriver som «paranoia», og hvor de formidler en opplevelse av at folk ser på dem, snakker om dem, eller ler av dem fordi de er stygge. De anbefaler videre at man er oppmerksom på tegn til panikkanfall relatert til det å se seg i speil og/eller situasjoner hvor de tror at folk vurderer dem negativt pga.

utseendet deres. Depresjon, sosial fobi, rusmisbruk, og tanker om suicid bør vekke tanker om dysmorfofobi, samt tilfeller hvor pasienten har vansker med å forlate hjemmet.

Det er utviklet validerte screeningsverktøy spesielt for dysmorfofobi, som The Body Dysmorphic Questionnaire (Phillips, 2005), et selvutfyllingsskjema som har en høy sensitivitet og spesifisitet (Grant, Kim & Crow, 2001). Phillips (2005) peker selv på at det er en viss risiko for overdiagnostisering ved bruk av dette skjemaet, og at det alltid må følges opp med at pasienten blir vurdert av en kliniker.

BDD-YBOCS (Phillips, 2005) er et semistrukturert intervju som er en modifisert utgave av Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (YBOCS), tilpasset dysmorfofobi. Den graderer alvorlighetsgraden av symptomene, og er følgelig godt egnet for å måle respons på behandling.

Veale & Neziroglu (2010) foreslår et enkelt, åpent spørsmål som egner seg for kartleggingssamtaler: «Mange bekymrer seg mye for utseendet sitt. Bekymrer du deg mye for utseendet ditt, og kunne ønske at du bekymret deg mindre?» (s.6) Får man napp her, kan man gå videre og forsøke å avdekke hvilke deler av utseendet bekymringene er relatert til, hvor mye tid som går med til å tenke på dette, samt om det foreligger ritualistisk atferd i forbindelse med utseendebekymringene.

NICE (2005) gjennomførte i 2014 en gjennomgang av sine retningslinjer for dysmorfofobi, som nå er gruppert sammen med retningslinjene for tvangslidelser. De er plassert på den statiske listen, dvs. de fant ingenting ved gjennomgangen av aktuell forskning i 2014 som tilsa at disse skulle endres. Disse anbefaler at man i tillegg spør pasienten om hva, spesifikt, de bekymrer seg for ved utseendet sitt, hvor mange timer per dag man bruker på å bekymre seg (mer enn en time daglig anses som overdrevent), hvordan dette påvirker livet deres, og om bekymringene gjør det vanskelig å fokusere på skole/arbeid og sosialt samvær med venner.

Phillips (2006) fremhever at det er viktig at klinikeren stiller slike spørsmål på en måte som formidler empati og refleksjon, og at man tar eventuelle bekymringer på alvor da mange av disse pasientene er svært sensitive for avvisning og har høy motstand mot å snakke om utseendet sitt. Fordi mange i denne pasientgruppen har lav innsikt, anbefales det ikke at man spør om pasienten er bekymret for en «innbilt defekt» ved eget utseende. Man risikerer da at pasienten avkrefter dette, fordi de anser problemene ved eget utseende som ekte eller åpenbare for andre.

Det anbefales også at man ikke vektlegger kriteriet i ICD-10 om at pasienten skal ha søkt medisinsk behandling for sine utseenderelaterte plager (Phillips, 2006; Veale & Matsunaga, 2014), da dette anses som irrelevant for om pasienten skal ha diagnosen eller ikke. Det anbefales derimot at man kartlegger hva slags medisinsk/kosmetisk behandling pasienten eventuelt har forsøkt, og hva som var utfallet av denne. Det vanlige er at kosmetisk behandling ikke har hjulpet pasienten, eller, i de tilfeller hvor det har hjulpet noe, at pasienten flytter fokus over på noe annet ved utseendet sitt. Veale et al. (1996) fant at 81 % av 50 dysmorfofobipasienter var misfornøyde med tidligere kirurgiske konsultasjoner eller inngrep. Det er konsensus for at kosmetisk kirurgi så godt som aldri vil lindre symptomene ved dysmorfofobi (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010).

Hjørnesteinen i en dysmorfofobidiagnose er at pasienten er overdrevent opptatt av en innbilt eller minimal defekt i eget utseende. Man definerer dette utfra hvor hyppig denne opptattheten er fremst i bevisstheten hos pasienten, og den generelle anbefalingen (NICE, 2005; Phillips, 2005) er at man setter grensen ved 1 time daglig, hvorav alt over dette anses som overdrevent.

Veale & Neziroglu (2010) peker derimot på at dette kan tilsløre en eventuell diagnose hos individer som søker kosmetisk kirurgi (uten å ha en «defekt»), hos individer som kan kamuflere kroppsområdet de er misfornøyd med i det daglige, og hos individer som i utstrakt

grad distraherer seg ved hjelp av rusmidler, internett eller TV, eller som har høy grad av unngåelse og derved holder seg innendørs. Eksempelvis vil en person som lykkes med å kamuflere det de oppfatter som problematisk ha redusert angst i det daglige, men likevel utvise betraktelig unngåelsesatferd i forhold til situasjoner hvor kamuflasjen kan tenkes å komme til kort; f.eks. at man unngår intime forhold fordi «defekten/e» ellers kan dekkes av klær. Klinikeren bør derfor ha i dette i bakhodet i tilfeller hvor man mistenker dysmorfofobi, men hvor personen likevel angir mindre enn 1 time.

Det er generell enighet om at det som inngår i fenomenet «overdrevent opptatt av en innbilt eller minimal defekt», er hvor mye tid personen bruker på overdrevent selvfokus i forhold til utseendet, ruminering, og at man i stor grad sammenligner egne trekk med andres. Typisk for dysmorfofobi er også den tvangspregede, repetitive atferden dette munner ut i; som speilsjeking, kamuflasje og overdrevne stelleritualer. Det anses som en viktig del av behandlingen at man adresserer og problematiserer denne strategien.

Hva som ligger i «innbilt eller minimal defekt» kan for klinikeren være en vanskelig grenseoppgang å trekke. Dels fordi det oppleves som svært virkelig for pasienten, og dels fordi estetiske vurderinger vil farges av subjektive preferanser. Med «minimal defekt» menes små variasjoner som kan være synlige for andre, som f.eks. fregner, skallethet, små bryster, eller mindre arr o.l. som terapeuten kanskje ikke ville lagt merke til om pasienten ikke påpekte dette først. Her må man forsøksvis vurdere ut fra hva som er normalt innenfor pasientens kjønn og alder. Phillips (2006) advarer sterkt mot å gå inn i en diskusjon med pasienten om det de oppfatter som «defekt», og heller ikke lufte egne vurderinger, hverken positive eller negative, da pasienten lett kan mistolke dette. Man står også i fare for å skade den terapeutiske alliansen hvis man forteller pasienten at det de oppfatter som defekt er «innbilt» (Veale & Neziroglu, 2010). Det vil følgelig være mer hensiktsmessig å hjelpe

pasienten til å vurdere egne tanker og atferd, samt tematisere hvordan enkelte vurderer seg selv unødig negativt.

En tredje ting klinikerer bør vurdere er i hvilken grad pasientens negative utseendefokus fører til funksjonsnedsettelse. Dette er et viktig punkt for å differensiere mellom misnøye med eget utseende som faller innenfor normalvariasjonen, og dysmorfofobi. Dysmorfofobi befinner seg likevel på et kontinuum. De som er mildest rammet fungerer sånn noenlunde med stor egeninnsats, men vil likevel oppleve negativ påvirkning i forhold til skole eller jobb. Motivasjon og konsentrasjon kan være påvirket av overdrevent utseendefokus, og tidkrevende, tvangspreget ritualistisk atferd som speilsjekking og overdrevne stelleritualer kan både påvirke arbeidsinnsats samt føre til forsentkomming. De fleste har dog såpass høyt symptomtrykk at de er utenfor arbeidslivet eller dropper ut av skole (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010).

Tenker man at pasienten har dysmorfofobi, bør målsettingen for terapeuten være å formidle dette på en åpen måte, og tematisere pasientens overdrevne fokus på eget utseende og hvordan dette påvirker deres evne til å fungere negativt. Terapeuten bør forklare at disse symptomene oppfyller kriteriene for en dysmorfofobidiagnose. Phillips (2006) erfaring er at de aller fleste pasienter sier seg enige i klinikerens kommentarer om hvordan disse symptomene påvirker livet deres negativt, og medfører en betydelig grad av personlig lidelse.

Differensialdiagnostikk og komorbiditet

Det er ikke uvanlig at pasientene presenterer med symptomer på depresjon, da dette er den vanligste komorbide lidelsen (Bjornsson, Didie & Phillips, 2010). Det er derfor viktig at man screener for dysmorfofobi og ikke antar at pasientens negative tanker vedrørende eget utseende kun er et uttrykk for depressivt tankegods.

Sosial fobi forekommer ofte sammen med dysmorfofobi, og har mange konseptuelle likheter samtidig som det er en del overlapp. Fang & Hofmann (2010) fant at begge lidelser deler en høy grad av komorbiditet, lik debutalder, samme tendens til kronisk forløp, og utviser et nokså likt kognitivt bias mot å fortolke tvetydig sosial informasjon negativt. Dysmorfofobi fører ofte til angst i sosiale situasjoner, tilbaketrekning og unngåelse, og det kan være lettere for pasienten å presentere denne angsten enn å snakke om utseendebekymringene som ligger i bunn. Det er følgelig viktig at man som kliniker ikke feiltolker angst i sosiale situasjoner som sosial fobi eller unnvikende personlighetsforstyrrelse, men at man får tak i hva som ligger til grunn for denne angsten. Den enkleste måten å differensiere på, er at man ved sosial fobi oftest frykter negative vurderinger fra andre for hvordan man opptrer eller for måten man handler på i sosiale situasjoner (f.eks. redsel for å si/gjøre noe andre synes er dumt), mens man ved dysmorfofobi frykter negative vurderinger knyttet til utseendet (f.eks. redsel for å bli sett på som stygg/frastøtende). Samtidig er sosial fobi og dysmorfofobi ofte komorbide, og i slike tilfeller bør begge diagnoser settes (Phillips & Feusner, 2010).

Pasienter med dysmorfofobi kan ha panikkanfall som kan forveksles med panikkklidelse. Imidlertid vil anfallene hos pasienter med dysmorfofobi ofte utløses av eget speilbilde, eller av at de tror at de blir negativt evaluert av andre for utseendet sitt (Phillips & Feusner, 2010). Det står således i kontrast til kriteriet om at anfallene «ikke er begrenset til noen særskilt situasjon eller spesielle omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar» (WHO, 1992. s.137).

Fordi mange dysmorfofobipasienter vil ha vegring mot å forlate hjemmet, er det ikke unaturlig at en kliniker tenker i retning agorafobi. Pasienter som presenterer med symptomer på agorafobi, bør derfor spørres om de vegrer seg for å gå utendørs eller delta sosialt fordi de har bekymringer rundt utseendet sitt. Dersom dette bekreftes, blir det mer korrekt med en dysmorfofobidiagnose heller enn en agorafobidiagnose (Phillips & Feusner, 2010).

Tvangslidelse og dysmorfofobi har mange likhetstrekk. Overopptattheten man ser ved dysmorfofobi beskrives ofte som besettende, vedvarende og gjentakende tanker som er plagsomme, angstfremkallende, og vanskelig å motstå og kontrollere (Frare, Perugi, Ruffolo & Toni, 2004). Likeledes utviser de fleste dysmorfofobipasientene repetitiv atferd, som speilsjekking, gjentatte forespørsler om beroligelse fra andre, og plukking på huden (Phillips, 2005). Lidelsene har også til felles at pasientene har sterke preferanser for symmetri og perfektjon. Forskjellen ligger i hvor fokuset ligger for pasienten; hvor det er rettet mot utseendet for dysmorfofobipasienten, men mot frykt for smitte eller annen fare for tvangslidelsespatienten. Videre har sjekkeatferden ved dysmorfofobi, som speilsjekking, et utspring i et mer komplekst og patologisk mønster av tryggingatferd enn den enklere modellen av angstreduksjon man ser ved sjekkeatferden hos de med tvangslidelse. Der pasienten med tvangslidelse oppnår angstreduksjon av sjekkeatferd, vil dysmorfofobipasienten oftest føle seg verre (Phillips, 2009; Veale & Riley, 2001).

Spiseforstyrrelser opptrer ofte sammen med dysmorfofobi, og begge diagnoser bør settes ved komorbiditet (Ruffolo, Phillips, Menard, Fay & Weisberg, 2006; Phillips & Feusner, 2010). Det er normalt ikke vanskelig å skille disse to da dysmorfofobipasientens fiksering er rettet mer mot spesifikke deler av kropp og/eller ansikt, men tilfeller hvor dysmorfofobipasienten også har fokus på vekt og/eller størrelsen på enkelte kroppsområder kan presentere et diagnostisk dilemma. Enkelte har lenge sett på dysmorfofobi som en variant av spiseforstyrrelse, men ulike mønster av komorbiditet (Rosen & Ramirez, 1998) samt forskjeller innen kjønnsfordeling (omtrent lik kjønnsratio ved dysmorfofobi, men overvekt av kvinner ved anorexia nervosa) synes å tale imot dette (Grant & Phillips, 2004).

Hos dysmorfofobipasienter med uttalt vrangforestilling og/eller påtakelig selvhenføring, kan tankene gå hen mot schizofreni. Schizofreni innebærer imidlertid mange andre symptomer som ikke er karakteristiske ved dysmorfofobi, så dersom de psykotiske

symptomene er relatert til dysmorfofobisymptomene, blir dysmorfofobi den korrekte diagnosen (Phillips & Feusner, 2010; Phillips 2006).

For de fleste differensialdiagnostiske vurderinger opp mot Akse I-diagnoser, foreslår Veale & Neziroglu (2010) at man bruker det de kaller «tryllestavspørsmålet» for å avgjøre hvorvidt en komorbid lidelse utgjør hovedproblemet eller ikke; hvor man f.eks. spør pasienten om de fortsatt ville følt seg deprimert eller hatt like mye angst om man kunne svinge en tryllestav og trylle bort besettelsen og bekymringene rundt utseendet. På samme måte kan spørsmålet brukes til å utforske symptomenes kronologi («hvilke symptomer kom først?»), og alvorlighetsgraden («hvilke symptomer tynger og hemmer deg mest i hverdagen?») (Veale & Neziroglu, 2010, s.189).

Når det gjelder Akse II-diagnoser anbefales det å kartlegge for dette, da raten for komorbide personlighetsforstyrrelser synes å være ganske høy (Phillips & McElroy, 2000; Semiz et al., 2008). Det anses likevel ikke å være et nevneverdig hinder for behandling for dysmorfofobi, selv om Semiz et al. (2008) fant at de som hadde både dysmorfofobi og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hadde signifikant dårligere fungering totalt og høyere nivå av psykopatologi. Med unntak av personlighetsforstyrrelser fra cluster A (paranoid, schizoid og schizotyp), som predikerte dårligere behandlingsutfall for dysmorfofobi, fant Neziroglu, McKay, Todaro & Yaryura-Tobias (1996) at det ikke var noen sammenheng mellom type personlighetspatologi og behandlingsutfall for dysmorfofobi. Veale & Neziroglu (2010) anfører at man ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse bør behandle denne først, hvis man anser den for å være pasientens hovedproblem.

Med unntak av en kasusbeskrivelse av en ung mann med autisme og komorbid dysmorfofobi (Warren, Sanders & Veenstra-VanderWeele, 2010), finnes det foreløpig ikke litteratur om komorbiditet ved autismspekterforstyrrelser eller andre nevropsykiatriske lidelser. Det eksisterer enkelte kasusbeskrivelser med debut av dysmorfofobisymptomer i

kjølvanet av hjerneorganisk lidelse, som inflammatoriske sykdommer (Salib, 1988; Gabbay et al., 2003), men dette er sjeldent.

Behandling

De faglige retningslinjer for behandling av dysmorfofobi i Norge, baserer seg på NICE (2005) sine retningslinjer (Helsebiblioteket, 2015). I følge NICE (2005) sine retningslinjer er anbefalt behandling for voksne med mild funksjonssvekkelse pga. dysmorfofobi 10 timer kognitiv atferdsterapi (KAT) med eksponering og responsprevensjon (ERP). Voksne med moderat til alvorlig funksjonssvekkelse pga. dysmorfofobi bør tilbys oppstart av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) eller mer intensiv KAT, inkludert ERP, som adresserer kjerneproblematikken ved dysmorfofobi.

Førstelinjebehandling for barn og unge med dysmorfofobi er KAT (inkludert ERP) som involverer familien, og som er tilpasset barnet/ungdommens mentale alder. For barn og unge med moderat til alvorlig funksjonssvekkelse som følge av dysmorfofobi, og hvor man ikke kommer i mål med KAT (inkludert ERP), sier retningslinjene at man bør tilby oppstart av SSRI med nøye oppfølging, spesielt i oppstartsfasen.

NICE (2005) vektlegger at man må kartlegge om det foreligger selvmordstanker både hos barn/unge og voksne, og iverksette de nødvendige risikoforebyggingstiltak ved behov.

Ipser, Sander & Stein (2009) konkluderer i sin Cochrane-oversikt at SSRI og KAT synes å være nyttig i behandlingen av dysmorfofobi, og at SSRI er signifikant bedre enn placebo; det henvises til denne for en grundigere redegjørelse enn det er hensiktsmessig å gå inn på her.

Kognitiv atferdsterapi og ERP

Behandling med KAT ved dysmorfofobi innebærer at man søker å endre de grunnleggende negative tankene pasienten har rundt eget utseende. KAT-protokollen innebærer typisk psykoedukasjon, identifikasjon av tanker og atferd relatert til dysmorfofobi, kognitiv restrukturering, og eksponering med responsprevensjon under klinikers veiledning (Veale & Neziroglu, 2010).

ERP innebærer gradvis å eksponeres/utsette seg for ubehagelige situasjoner (f.eks. synet av egen nese) og gjennom dette lære seg å tolerere angst, kombinert med at den rituelle atferden ikke utføres (f.eks. får ikke lov til å kamuflere nesen i samtale) (Hofman, 2007; Neziroglu & Khemlani-Patel, 2002).

KAT for dysmorfofobi har enkelte distinkte trekk, og inneholder eksempelvis moduler som omhandler speilteining, samt valgfrie moduler for symptomspesifikke problemer som hudplukking, napping av hår, og vektbekymringer (Fang & Hofman, 2010).

En metaanalyse av Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe (2006) undersøkte data fra randomiserte, kontrollerte studier så vel som kasusstudier og crossover-studier av psykologisk og farmakologisk behandling av dysmorfofobi. 15 studier ble inkludert, hvor 10 av disse innbefattet psykologiske behandlingsstudier som atferdsterapi, kognitiv atferdsterapi, og kognitiv terapi. De fant en høy effektstørrelse ved behandling av dysmorfofobi og depresjon, noe som indikerer god positiv effekt av behandling. De fant også en signifikant høyere effektstørrelse for kognitiv atferdsterapi enn ved farmakologisk behandling, noe som kan indikere at KAT er noe mer effektivt i behandlingen av dysmorfofobi enn SSRI.

Man har funnet dårlig behandlingsutfall for kun ERP, noe som kan skyldes den dårlige innsikten og depressive fungeringen som er typisk for denne pasientgruppen (Phillips, Didie & Menard, 2007; Phillips, Menard, Pagano, Fay & Stout, 2006; Phillips, Sinischalchi & McElroy, 2004) og synes å understøtte verdien av en kognitiv komponent i behandlingen.

Det er foreløpig ikke klart hva som er optimalt i forhold til behandlingsforløpets lengde, hyppighet/intensitet i timer, samt hvordan man best forebygger tilbakefall (Veale & Neziroglu, 2010).

En e-terapivariant av KAT-modulen for dysmorfofobi har også blitt undersøkt. Enander et al., (2016) sammenlignet terapeutguidet internettbasert KAT for dysmorfofobi (BDD-NET) med online støtteterapi, i et svensk studie med 94 dysmorfofobipasienter. BDD-NET består av åtte interaktive moduler, hvor hver modul dekker et spesielt tema; som psykoedukasjon, kognitiv atferdskonseptualisering av dysmorfofobi, kognitiv restrukturering, eksponering og responsprevensjon, verdibasert atferdsendring, vansker pasienten møter under behandling, og hvordan forebygge tilbakefall. Deltakerne måtte fullføre hjemmeoppgaver (som å lese materiell, svare på quiz, fylle ut arbeidsskjema, samt utføre eksponering og responsprevensjon), og rapportere til terapeuten for å kunne gå videre til neste modul. Deltakerne hadde kontakt med en identifisert terapeut gjennom hele behandlingen via et innebygget epost-system på BDD-NETs nettside. Terapeutens rolle var i hovedsak å guide hver deltaker gjennom behandlingen, gi tilbakemelding på hjemmeoppgavene, svare på spørsmål, og gi tilgang til den neste behandlingsmodulen. Den online støtteterapien besto av samtalerapi uten spesifikt innhold, som forsøkte å etterligne den psykososiale støtten pasientene oppgir å få «i det virkelige liv». Primært utfallsmål var Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) etter behandling, og ved oppfølging tre og seks måneder senere. Man benyttet også sekundære utfallsmål som depresjonsmål (MADRS-S), global fungering (GAF), klinisk global forbedring (CGI-I) og livskvalitet (EQ5D), men samtlige bortsett fra MADRS-S ble ekskludert fra studien pga. administrativ feil. Enander et al. (2016) fant at BDD-NET var signifikant bedre enn online støtteterapi, og forbundet med en signifikant reduksjon av dysmorfofobisymptomer så vel som depressive symptomer. En styrke ved denne studien er at den har et godt, randomisert

kontrollert design, og var av relativt god størrelse. En annen styrke ved studien er at klinikerne på forhånd øvde seg i å administrere BDD-YBOCS på kasuseksemppler, med svært god interbedømmer-reliabilitet. En svakhet ved studien er at den i stor grad besto av selvhenviste pasienter, som man må anta har nokså god grad av innsikt. Videre ekskluderte man respondenter som hadde selvmordstanker, alvorlige personlighetsforstyrrelser og komorbid rusmisbruk, så det er en viss fare for at respondentene i utgangspunktet var nokså høyt fungerende og mer motiverte for behandling enn det som er typisk for denne pasientgruppen.

Videre forskning vil vise om BDD-NET kan være nyttig som et ledd i behandlingstrappen NICE (2005) oppmuntrer til, hvor allmennpraktikere og psykiske helsearbeidere kan tilby et lavterskeltilbud til dysmorfofobipasienter med milde til moderate symptomer, og som har lav risiko for suicid.

Farmakologisk behandling

Randomiserte, kontrollerte, studier viser at SSRI er bedre enn både placebo og andre typer antidepressiva (Hollander et al., 1999; Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002). Flere studier har vist at SSRI er virkningsfullt også hos dysmorfofobipasienter med lav innsikt og vrangforestillinger, og at antipsykotika ikke synes å ha effekt alene (Phillips, McElroy, Keck, Hudson & Pope, 1994; Phillips, Dwight & McElroy, 1998; Hollander et al., 1999; Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002).

Sannsynligheten for tilbakefall ved diskontinuering av SSRI er stor, og tyder på at langtidsbehandling er nødvendig (Phillips, Albertini, Siniscalchi, Khan & Robertson, 2001).

Data så langt tyder også på at dysmorfofobipasienter trenger relativt høye doser SSRI (Phillips, 2002). De fleste studiene benyttet en rimelig hurtig dosetitrering, og man så at gjennomsnittstiden for respons på behandling var 6-9 uker, og at noen pasienter trengte 12-14

uker (Phillips,2002). På grunnlag av dette anbefales at pasienten står på et SSRI-preparat i 12 uker før man bytter til annet preparat, og at man øker til høyeste anbefalte dose hvis lavere doseringer er utilstrekkelig (Phillips, 2004).

Ikke-psykiatrisk behandling

Majoriteten av pasienter med dysmorfofobi oppsøker og mottar kirurgisk eller annen kosmetisk behandling. Enkelte pasienter, som enten har blitt avvist av kirurg eller ikke har råd til kirurgi, forsøker endog av desperasjon å utføre egen kirurgi; f.eks. forsøker ansiktsløftning med stiftepistol, eller ved å prøve å erstatte egen nesebrusk med brusk fra kylling (Phillips, 2005; Veale, 2000).

Systematiske behandlingsevalueringer av dysmorfofobipasienter som mottar profesjonell kirurgisk eller kosmetisk behandling finnes ikke, men observasjoner i dermatologisk og kirurgisk litteratur synes å indikere at utfallet av slik behandling er dårlig (Veale, 2000; Phillips, Grant, Siniscalchi & Albertini, 2001). Samtidig er dette en behandling man vanskelig kan studere eksperimentelt med tanke på etiske hensyn. Det hender også at misfornøyde pasienter begår suicid eller blir voldelige mot behandlende lege (Phillips, 1991).

Per i dag foreligger det ingen anbefaling for ikke-psykiatrisk behandling.

Mulige fremtidige behandlingsalternativer

KAT er den eneste psykososiale behandlingen med preliminær empirisk støtte, men klinikere som jobber mye med denne pasientgruppen (Phillips & Feusner, 2010) etterlyser flere behandlingsalternativer på grunnlag av at enkelte pasienter enten ikke ønsker KAT eller avbryter behandlingen prematurt.

Det har den siste tiden skjedd nye utviklinger innen kognitiv terapi som ofte refereres til som «den tredje bølge», med alternative behandlingstilnærminger som bl.a. metakognitiv

terapi (MCT) (Wells, 2009) og Acceptance and commitment therapy (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Begge disse er på mange måter en noe mer generell tilnærming enn KAT.

Flere studier har funnet at dysmorfofobi har en positiv korrelasjon med metakognisjoner som tankefusjon (hvor man feilaktig tilskriver en sammenheng mellom tanker og handling og/eller sannsynlighet for at noe vil skje), metabekymring (at man bekymrer seg over at man bekymrer seg), og dysfunksjonell metakognisjon (måten man tenker over måten man tenker på) (Cooper & Osman, 2007; Fairfax, 2008; Holmes, Arntz, & Smucker, 2007; Toh, Rossell, & Castle, 2009; Veale et al., 2014, Zeinodini, Sedighi, Baghertork, Noorbakhsh & Rajezi Esfahani, 2016).

Metakognitiv terapi (MCT) skiller seg fra kognitiv terapi ved et større fokus på overordnede tankeprosesser kontra selve tankeinnholdet. I terapien jobber man fortrinnsvis med å bevisstgjøre og endre hvordan pasienten responderer på tankene sine, fremfor å utfordre innholdet i dem. Det henvises til Wells (2009) for en grundigere redegjørelse av MCT.

Nyere studier synes å indikere at MCT har tilnærmet samme positive behandlingsutfall som KAT ved behandling av depresjon (Ashouri, Atef Vahid, Gharaee & Rasoulilian, 2013; Jordan et al., 2014), og ved behandlingsresistent angst og depresjon (Nordahl, 2009). Det er foreløpig få studier som har undersøkt effekten av MCT ved dysmorfofobi, men preliminært virker dette som en lovende retning.

Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi & Bahrami (2012) undersøkte i en nylig klinisk kontrollert studie effekten av MCT ved dysmorfofobi og tankefusjon, sammenlignet med ventelistebetingelse. Pasientene i denne studien var henvist fra dermatologiske klinikker og klinikker for kosmetisk kirurgi, og 20 av disse ble valgt ut etter å ha fulgt DSM-IVs kriterier for dysmorfofobi. Den eksperimentelle gruppen mottok 8 uker med ukentlige sesjoner metakognitiv terapi, og kontrollgruppen ble satt på venteliste. Forfatterne fant en signifikant

reduksjon av dysmorfofobisymptomer og tankefusjon hos gruppen som mottok metakognitiv terapi, sammenlignet med ventelistegruppen. Denne effekten var fortsatt tilstede ved en 6 måneders oppfølgingskontroll (Rabiei, et al., 2012). En svakhet ved denne studien er riktignok at behandlerne ikke hadde gjennomgått noen trening i metoden, og det er følgelig ukjent hvilket kvalitetsnivå MCT-behandlingen hadde. Samtidig er effektstørrelsen noe mindre enn det tilsvarende studier har funnet for tilsvarende lidelser, noe som skaper en viss usikkerhet rundt fortolkningen (Wells et al., 2012, Wells & King, 2006).

En norsk kasserie av fire dysmorfofobipasienter ved Spesialpost 4 for Tvangslidelser ved Østmarka, St. Olavs Hospital benyttet MCT i et tre-ukers behandlingsprogram med døgnopphold (Espenes, 2013). Denne kasusstudien ønsket å undersøke hvorvidt en metakognitiv tilnærming hadde en effekt på dysmorfofobisymptomer. Her benyttet man Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS), Thought-Fusion Inventory (TFI) og Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), Beck Depression Inventory (BDI) og Beck Anxiety Inventory (BAI) som utfallsmål. Man fant en signifikant reduksjon for samtlige pasienter på utfallsmålene, i den grad at pasientene ikke lenger fylte de diagnostiske kriteriene for dysmorfofobi ved avslutning av oppholdet. En svakhet ved studien er at det ikke forelå baseline- og utredningsdata for to av pasientene, noe som gjør det uklart hvilken status og symptomatikk de hadde før behandling. Videre skal man være forsiktig med å feste for stor tillit til kasusstudier da de ikke har den systematiske empiriske metode som kreves for å bygge god fagkunnskap. Det blir også uklart hvorvidt det var andre faktorer som utløste bedringen; eksempelvis om selve det tre-ukers døgnoppholdet i seg selv var en faktor. Som isolert fenomen er likevel denne studien interessant, da den er en av få per dags dato som har undersøkt effekten av metakognitiv terapi ved dysmorfofobi, samt ga en mulighet til å dybdeundersøke dette i en realistisk kontekst.

En svensk åpen pilotstudie undersøkte effekten av ACT på dysmorfofobipasienter (Linde et al., 2015). Totalt 21 pasienter mottok en 12-ukers behandling bestående av både gruppeterapi og individuell terapi, og som innbefattet ukentlige sesjoner med psykoedukasjon, aksept- og defusjonstrening, og eksponeringsøvelser rettet mot økt aksept av indre ubehag. Primærutfall ble målt ved Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS), som ble målt av en psykiater før og etter behandling, samt ved en 6 måneders postmåling. Sekundære utfall ble målt ved selvoppgitte dysmorfofobisymptomer, psykologisk fleksibilitet, livskvalitet, og grad av funksjonssvikt. Man fant signifikant reduksjon av dysmorfofobisymptomer og stor effektstørrelse. Man fant også signifikant forbedring på samtlige sekundærutfall. En åpenbar svakhet ved denne studien er at den mangler kontrollgruppe og hadde et relativt lite utvalg. Videre benyttet studien eksklusjonskriterier, og ekskluderte bl.a. aktivt suicidale pasienter samt pasienter med alvorlig, komorbid spiseforstyrrelse, noe som kan begrense generaliserbarheten.

Diskusjon

Det overordnede målet med denne oppgaven er å gi en oversikt over hva dysmorfofobi er, hvordan vi kjenner det igjen i klinikken, og hvordan det best behandles. Hva dysmorfofobi er og hvordan det best forstås nosologisk har endret seg de siste tiår, og selv om rasjonalet bak å forstå det som en beslektet form av tvangslidelse synes godt, gjenstår det fortsatt en del uklarheter. Forskning på patogenese og underliggende nevrobiologi har så vidt begynt, og forhåpentligvis vil dette føre til en stadig tydeligere nosologi.

Uavhengig av klassifisering har dysmorfofobi hatt en lik klinisk presentasjon fra første gang det ble beskrevet i medisinsk litteratur, men gjennom tidene synes den røde tråden å være at pasientene lider i stillhet og at lidelsen forblir uoppdaget eller feildiagnostisert av

linikere. Bevisstgjøring av klinikere blir følgelig et viktig tiltak for at denne pasientgruppen skal få behandling. Det er grunn til å tro at omklassifiseringen i DSM-5, og, sannsynligvis, ICD-11 både vil forenkle diagnostikken samt rette søkelyset i større grad mot denne lidelsen.

KAT er det anbefalte førstevalget hva angår dysmorfofobi (NICE, 2005), og dette er en terapiform med mange fordeler. At den består av et såpass strukturert innhold gjør at den kan administreres via så ulike formater som gruppeterapi, individualterapi, selvhjelpsbøker samt teknologiske tiltak; som KAT via internett og dataprogrammer. Den er relativt lite tidkrevende sammenlignet med andre terapiformer, og kan i mange tilfeller gi like god effekt som medisiner. Teknikkene pasienten lærer ved KAT er praktiske og nyttige, kan lett adapteres i dagliglivet og generaliseres til andre vanskelige situasjoner, og derved øke pasientens totale mestringsevne.

Eksempelvis kan, for de mildest rammede dysmorfofobipasientene med lite komorbiditet, BDD-NET (Enander et al. 2016) være en lovende behandlingsmetode. Man kan tenke seg at den vil være godt egnet som et lavterskeltilbud for ungdommer med debut av dysmorfofobisymptomer, og på den måte virke forebyggende i forhold til utvikling av et mer alvorlig forløp. Det er også tenkelig at denne terapiformen kan gjøre det lettere for pasientene å dele tankene de har rundt eget utseende, da de i motsetning til tradisjonell KAT slipper å sitte i samme rom som terapeuten og således ikke trenger å bekymre seg for å bli evaluert. Videre er det tenkelig at pasienten opplever større grad av kontroll ved å avansere gjennom ERP-øvelsene i et noe mer selvvalgt tempo, og at gjennomføringen av disse i større grad blir kjennetegnet av indre motivasjon fremfor å føle seg «presset» av terapeuten. Samtidig får ikke terapeuten da mulighet til å evaluere selve gjennomføringen av øvelsene. Enkelte pasienter kan også oppleve ERP som mer gjennomførbart nettopp når terapeuten er pådriver og samtidig bistandsgivende. Som i annen e-terapi er det også en fare for at man går glipp av viktig non-verbal informasjon. Samlet sett er likevel denne e-terapivarianten av KAT lovende,

da den potensielt kan øke tilgangen til evidensbasert psykiatrisk behandling for denne pasientgruppen, noe som vil være i tråd med NICE (2005) sine anbefalinger om prioritet samt prinsipp om behandlingstrapp.

KAT som behandlingsform har imidlertid, uavhengig av hvordan den administreres, enkelte svakheter som kan tenkes å være problematisk i forhold til dysmorfofobipasienter. KAT, inkludert ERP, forutsetter en relativt høy grad av både personlig motivasjon og forpliktelse i forhold til å gjennomføre terapitimer, hjemmeoppgaver, og eksponeringsøvelser. KAT regnes heller ikke for å være egnet for pasienter med mer komplekse behov eller som har nedsatt evnenivå. Selve eksponeringsøvelsene kan oppleves som såpass truende at pasienten trekker seg fra behandlingen. I arbeidet med barn og unge, som jo ofte krever en mer systemisk tenkning, kan man også tenke seg at KAT sitt nokså ensrettede fokus på å endre pasientens tanker, følelser og atferd kan feile i å adressere en mer omfattende problematikk innen familien.

Retningslinjene fra NICE (2005) som Norge forholder seg til baserer seg på gode behandlingsstudier som har få metodiske svakheter, men det er et relativt lite knippe studier det er snakk om. Det lave antallet behandlingsstudier for dysmorfofobi som benytter seg av stringente metodiske design er bemerkelsesverdig, med tanke på den høye prevalensen og morbiditeten som er assosiert med denne lidelsen. Mangelen på kontrollerte studier samt sparsommeligheten på studier som undersøker patogenesen ved dysmorfofobi tilsier at dette er et felt som fortjener større oppmerksomhet og mer forskningsstøtte. Eksempelvis foreligger det heller ingen forskning på komorbiditet i forhold til nevrobiologiske lidelser som autismspekterforstyrrelser o.l., og det ville vært spennende om man undersøkte dette nærmere. Dette ikke minst fordi det er en gryende aksept for at spiseforstyrrelser, spesielt i sin kroniske form, kan ha en link mot autistiske trekk (Zucker et al., 2007; Baron-Cohen et al, 2013; Koch et al., 2015), og dette igjen er en lidelse som ofte er komorbid ved dysmorfofobi.

Videre synes dysmorfofobipasienter å være karakterisert av enkelte trekk man også finner ved autismespekterforstyrrelser, som opptatthet av detaljer, en tendens til å overfokusere på seg selv, lite fleksibel atferd, samt rigide holdninger. Begge lidelser har også til felles at de lenge har vært underdiagnostisert, noe som kan tenkes å ha bidratt til at dette ikke har blitt undersøkt tidligere.

Man kan tenke seg at en faktor som nok appellerer til helsemyndighetene ved NICE (2005) sine retningslinjer om KAT og SSRI er tidseffektiviteten og hvordan dette passer godt inn i det økende kravet om standardiserte, evidensbaserte behandlingsforløp. Dette er i hovedsak et gode for pasienten så vel som for klinikerens, men ikke hvis det går på bekostning av at man utforsker alternative tilnærminger og ikke minst at dette fører til en mangel på evidensbaserte anbefalinger for de pasientene som ikke responderer på, eller er egnet for, standardforløpet.

Det er en mangel på studier som bruker andre kontrollbetingelser enn venteliste, og de fleste studiene ekskluderer pasienter med høy grad av alvorlig komorbiditet og er således ikke en tro gjengivelse av den kliniske virkeligheten. Det er således behov for mer og metodisk god behandlingsforskning som repliserer og bygger videre på de gode studiene som allerede foreligger, men også behov for behandlingsforskning som utforsker andre behandlingsalternativer; ikke minst for best å kunne ta hensyn til komorbiditet og gi klinikerens flere verktøy for å skreddersy behandlingsopplegg i forhold til den enkelte pasients behov.

Metodiske svakheter til tross, så kan studiet til Rabiell et al. (2012) tyde på at MCT kan være et mulig alternativ for pasienter som enten ikke ønsker/er egnet for KAT eller hvor KAT ikke har hatt effekt. At flere ulike studier (Cooper & Osman, 2007; Fairfax, 2008; Holmes et al., 2007; Toh et al., 2009; Veale et al., 2014) har identifisert flere patologiske metakognisjoner hos dysmorfofobipasienter tyder videre på at det kan være grunnlag for å

undersøke dette nærmere, så vel som at dette gir støtte til et transdiagnostisk syn om at ulike psykiske lidelser kan ha samme opprettholdende faktorer. Ved å behandle patologiske prosesser som er implisert ved flere lidelser, kan man tenke seg at dette nærmest blir den psykososiale behandlingsekvivalenten av et SSRI-preparat som ikke bare er virksomt for pasientens dysmorfofobisymptomer, men som f.eks. også hjelper for pasientens komorbide sosial fobi og depresjon. Dersom dette er mulig, så vil det i så fall være svært nyttig da komorbiditet ikke bare gjelder flertallet av pasientene, men også er forbundet med størst funksjonssvikt. Det er således mye å vinne på å finne en slik tilnærming.

Et annet viktig moment i forhold til å utforske andre behandlingsalternativer, er at denne pasientgruppen generelt føler lite tiltro til psykologisk behandling. Mange dysmorfofobipasienter har lav grad av innsikt, og opplever at problemet er fysisk heller enn psykologisk. Det kan være vanskelig for en kliniker å utfordre tankene en pasient har om utseendet sitt, spesielt når det grenser mot, eller foreligger, en reell vrangforestilling. Videre finnes det som nevnt pasienter som ikke ønsker behandling med KAT, eller som trekker seg fra behandling fordi KAT/ERP oppleves for truende. Det er følgelig viktig å utvikle behandlingstilnæringer disse pasientene vil vurdere som akseptable. Både MCT og ACT kan således være en mulig innfallsvinkel til behandlingsresistente pasienter, da man her ikke direkte utfordrer spesifikke tanker. Ved å problematisere måten man tenker på heller enn selve tankene, kan klinikeren få en mer smidig måte å jobbe rundt dysmorfofobipasientens tidvis urokkelige tanker rundt eget utseende, uten at man kommer i konflikt med pasienten eller står i fare for å skade den terapeutiske alliansen. Unntaksvis kan man tenke seg at en metakognitiv tilnærming kan oppleves som lite validerende av pasienten; da spesielt i tilfeller hvor pasienten kanskje f.eks. ønsker å snakke om hvor ulykkelige de blir av utseendet sitt, og hvor terapeuten i stedet dreier fokus over på «hvorvidt det er nyttig å tenke sånn».

Andre studier har vist at akseptbaserte intervensjoner kan øke villigheten til å utføre aktiviteter som vekker vanskelige følelser (Eifert & Heffner, 2003; Lewitt et al., 2004), noe som ofte er en kritisk utfordring i behandlingen av dysmorfofobi. En slik tilnærming kan derfor muligens redusere sjansen for at pasienten avbryter behandlingen fordi tradisjonell ERP blir for vanskelig. Det virker følgelig plausibelt at også en akseptbasert tilnærming kan være nyttig i behandlingen av dysmorfofobi.

Det ville derfor vært interessant med gode, randomiserte kontrollstudier som sammenlignet både ACT og MCT opp mot KAT i behandlingen av dysmorfofobi, så vel som flere behandlingsstudier som undersøkte effekten av ulike komponenter ved behandlingen samt optimal behandlingstid og timefrekvens. Utvikling av en metakognitiv og/eller akseptbasert tilnærming for dysmorfofobi kan gi både klinikere og forskning nye verktøy til å hjelpe denne pasientgruppen. Samtidig vil det være interessant å se flere studier benytte seg av andre måleutfall enn symptomenes alvorlighetsgrad, selv om Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) regnes som gullstandarden for å evaluere dysmorfofobi. Spesielt kan man tenke seg at dette vil være nyttig i evaluering av behandlingstid for tilnærminger som ACT og MCT da disse søker å øke pasientens adaptive atferdsrepertoar heller enn å minske indre ubehag, noe et bredere utvalg måleutfall kanskje vil fange opp i større grad.

Konklusjon

Denne litteraturgjennomgangen understøtter i likhet med tidligere studier at dysmorfofobi er en relativt vanlig, alvorlig lidelse, og ofte forbundet med omfattende yrkesmessig og sosial funksjonssvikt. I klinikken bør mistanken om dysmorfofobi vekkes ved depresjon, sosial fobi/unngåelse, suicidalitet, rusmisbruk, ved tegn til at pasienten benytter seg av spesielle

kamouflasjeteknikker (hatt, kraftig sminke, overdreven soling), samt sår eller arr på huden som kan indikere plukking. Man bør videre være oppmerksom på tegn til selvhenføring eller vrangforestillinger knyttet til utseendet. Dysmorfofobi skiller seg i hovedsak fra andre lidelser ved at lidelsestrykket og presenterte symptomer bunner i pasientens opplevelse av defekt/er ved eget utseende, men klinikerer må ofte screene for dette spesifikt da mange pasienter unngår å tematisere dette selv pga. skam eller lav grad av innsikt. Pasientene presenterer typisk med depresjon, tvang- og/eller angstproblematikk som kan virke som hovedproblemet, men som i mange tilfeller opptrer sekundært. De viktigste differensialdiagnostiske avveiningene er depresjon, sosial fobi, tvangslidelse, panikklidelse, agorafobi, spiseforstyrrelser, og personlighetsforstyrrelser. Komorbiditet er vanlig, og må kartlegges, men utgjør som regel ikke et hinder for behandling. Sentrale behandlingsprinsipper er KAT med ERP og SSRI, i tråd med de faglige nasjonale retningslinjene. Samtlige behandlingsstudier fant en signifikant reduksjon i dysmorfofobisymptomer ved KAT, og fant at SSRI er nyttig selv for pasienter med lav grad av innsikt. Andre behandlingsmetoder som MCT og ACT virker lovende, men kunnskapen er foreløpig begrenset.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashouri, A., Atef Vahid, M. K., Gharaee, B., & Rasoulian, M. (2013). Effectiveness of Meta-Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 24-34.
- Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C., & Wheelwright, S. (2013). Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Molecular Autism*, 4(1), 1-8. doi:10.1186/2040-2392-4-24
- Barr, L. C., Goodman, W. K., & Price, L. H. (1992). Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion. *The American Journal of Psychiatry*, 149(10), 1406-1407.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 221-232.
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., & Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108-115. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.014
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder: A Population-

- Based Survey. *Psychiatry Research*, 178(1), 171-175.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>
- Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2004). Cognitive factors in bodydysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 34, 922–926. DOI: 10.3928/0048-5713-20041201-14:
- Clifford, C. A., Murray, R. M., & Fulker, D. W. (1984). Genetic and environmental influences on obsessional traits and symptoms. *Psychological Medicine*, 14(4), 791-800.
- Cooper, M. & Osman, S. (2007) Metacognition in Body Dysmorphic Disorder—A Preliminary Exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21;2:148-155.
 doi: <http://dx.doi.org/10.1891/088983907780851568>
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293-312. doi:10.1016/j.jbtep.2003.11.001
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10-15. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.010
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alstrom, K., Andersson, G., . . . Ruck, C. (2016). Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 352, i241. doi:10.1136/bmj.i241
- Espenes, K. (2013). *Metakognitiv terapi (MCT) for Body Dysmorphic Disorder (BDD): En kasserie av fire pasienter.* (Hovedoppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet fra
<http://www.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A733548&dsid=-1523>

- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 53-59. doi:10.1002/cpp.557
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.001
- Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2007). Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1417-1425. doi:10.1001/archpsyc.64.12.1417
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., & Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19(5), 292-298. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.04.014
- Gabbay, V., Asnis, G. M., Bello, J. A., Alonso, C. M., Serras, S. J., & O'Dowd, M. A. (2003). New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology*, 61(1), 123-125.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 517-522.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2004). Is Anorexia Nervosa a Subtype of Body Dysmorphic Disorder? Probably Not, but Read On *Harvard review of psychiatry*, 12(2), 123-126. doi:10.1080/10673220490447236
- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270-276. doi:10.1016/s0010-440x(03)00088-9
- Hanes, K. R. (1996). Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder: a case report. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(2), 188-189.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Helsebiblioteket (ingen dato oppgitt). *Obsessiv-kompulsiv lidelse: kjerne intervensjoner i behandling av obsessiv-kompulsiv lidelse og dysmorfofobi*. Hentet 14.11.15 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/obsessive-compulsive-disorder-core-interventions-in-the-treatment-of-obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-pdf%281%29>

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavioral Therapy*, 36(4), 193-209. doi:10.1080/16506070701421313

Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C., & Simeon, D. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56(11), 1033-1039.

Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 297-305. doi:10.1016/j.jbtep.2007.10.007

Ipser, J. C., Sander, C., & Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), Cd005332. doi:10.1002/14651858.CD005332.pub2

Jonnal, A. H., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 96(6), 791-796.

- Jordan, J., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Fernando, K., Frampton, C. M., Porter, R. J., Joyce, P. R. (2014). Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(10), 932-943. doi:10.1177/0004867414533015
- Kafka, F. (1998). *Forvandlingen – Og Andre Fortellinger*. Oslo: Den Norske Bokklubben (Originalt verk utgitt i 1915).
- Koch, S. V., Larsen, J. T., Mouridsen, S. E., Bentz, M., Petersen, L., Bulik, C., . . . Plessen, K. J. (2015). Autism spectrum disorder in individuals with anorexia nervosa and in their first- and second-degree relatives: Danish nationwide register-based cohort-study. *The British Journal of Psychiatry*, 206(5), 401-407.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Li, W., Arienzo, D., & Feusner, J. D. (2013). Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. *Zeitschrift fur klinische Psychologie und Psychotherapie (Gottingen, Germany)*, 42(3), 184-191. doi:10.1026/1616-3443/a000213
- Linde, J., Ruck, C., Bjureberg, J., Ivanov, V. Z., Djurfeldt, D. R., & Ramnero, J. (2015). Acceptance-Based Exposure Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 46(4), 423-431. doi:10.1016/j.beth.2015.05.002
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Iervolino, A. C., Anson, M., Cherkas, L., & Mataix-Cols, D. (2012). Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample.

- American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159b(4), 376-382. doi:10.1002/ajmg.b.32040
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2002). A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7(6), 464-471.
- Neziroglu F, McKay D, Todaro J, Yaryura-Tobias JA. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnosis. *Behavior Therapy*. 1996;27:67–77.
- NICE (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (update)*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- Nordahl, H. M. (2009) Effectiveness of Brief Metacognitive Therapy versus Cognitive-Behavioral Therapy in a General Outpatient Setting. *International Journal of Cognitive Therapy* 2(2):152-159 doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.152
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138-1149. doi:10.1176/ajp.148.9.1138
- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 170-175.
- Phillips, K. A. (2002). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectrums*, 7(6), 453-460, 463.
- Phillips, K. A. (2004). Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*, 3(1), 12-17.
- Phillips KA. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder* (2nd ed, revised). New York, NY: Oxford University Press, USA.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Stout, R. L. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 95-104. doi:10.1016/j.jpsychires.2005.08.005

- Phillips, K. A. (2006). The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Primary psychiatry, 13*(7), 51-59.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder*. Cary, NC, USA: Oxford University Press, USA.
- Phillips, K. A., Albertini, R. S., & Rasmussen, S. A. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*(4), 381-388.
- Phillips, K. A., Albertini, R. S., Siniscalchi, J. M., Khan, A., & Robinson, M. (2001). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(9), 721-727.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(6), 717-725.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., & Menard, W. (2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders, 97*(1-3), 129-135. doi:10.1016/j.jad.2006.06.006
- Phillips, K. A., Dwight, M. M., & McElroy, S. L. (1998). Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(4), 165-171.
- Phillips, K. A., & Feusner, J. (2010). Assessment and Differential Diagnosis of Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals, 40*(7), 317-324.
doi:http://dx.doi.org/10.3928/00485713-20100701-04
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 42*(6), 504-510. doi:10.1176/appi.psy.42.6.504

- Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5(1), 13-27.
doi:10.1016/j.bodyim.2007.12.003
- Phillips, K. A., & Kaye, W. H. (2007). The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 12(5), 347-358.
- Phillips, K. A., & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 229-236.
doi:10.1053/comp.2000.7429
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Hudson, J. I., & Pope, H. G., Jr. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30(2), 179-186.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G., Jr., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302-308. doi:10.1176/ajp.150.2.302
- Phillips, K. A., & Menard, W. (2006). Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280-1282.
doi:doi:10.1176/ajp.2006.163.7.1280
- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77-87.
doi:10.1016/j.comppsy.2005.07.002
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317-325. doi:10.1176/appi.psy.46.4.317

- Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G., & Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(2), 125-129.
- Phillips, K. A., Siniscalchi, J. M., & McElroy, S. L. (2004). Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *The Psychiatric quarterly, 75*(4), 309-320.
- Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J., & Stein, D. J. (2010). Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*(6), 573-591. doi:10.1002/da.20709
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*(2), 724-729. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.013
- Rosen, J. C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3-4), 441-449.
- Ruffolo, J. S., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 39*(1), 11-19. doi:10.1002/eat.20219
- Salib, E. A. (1988). Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) presenting at the age of 21 as a schizophrenia-like state with bizarre dysmorphophobic features. *British Journal of Psychiatry, 152*, 709-710.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder — What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of*

Psychosomatic Research, 78(3), 223-227.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.002>

- Semiz, U., Basoglu, C., Cetin, M., Ebrinc, S., Uzun, O., & Ergun, B. (2008). Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatrica*, 20(1), 33-40. doi:10.1111/j.1601-5215.2007.00231.x
- Toh W. L, Rossell S. L, Castle D. J. (2009) Body dysmorphic disorder: A review of current nosological issues and associated cognitive deficits. *Current Psychiatry Reviews*. 5(4):261–270.
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 450-458. doi:10.1375/183242705774310060
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2007). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: a population-based twin-family study. *Psychological Medicine*, 37(11), 1635-1644. doi:10.1017/s0033291707000980
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and ‘DIY’ surgery in patients with body dysmorphic disorder. *The Psychiatrist*, 24(6), 218-220. doi:10.1192/pb.24.6.218
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125. doi:10.1016/s1740-1445(03)00009-3
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 341-353. doi:10.1159/000360740

- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, *169*(2), 196-201.
- Veale, D., & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*, 14-20.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behavior Research and Therapy*, *39*(12), 1381-1393.
- Warren, Z. E., Sanders, K. B., & Veenstra-VanderWeele, J. (2010). Identity crisis involving body image in a young man with autism. *American Journal of Psychiatry*, *167*(11), 1299-1303. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091281
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behavior Research and Therapy*, *50*(6), 367-373. doi:10.1016/j.brat.2012.02.004
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*(3), 206-212. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.002
- Wilhelm, S., Phillips, K. A. & Steketee, G. (2013) *Body Dysmorphic Disorder: a treatment manual*. New York: Guilford Press

- Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 99-111. doi:10.1016/j.brat.2004.12.006
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Psykiske Lidelser og Atferds-forstyrrelser, Kliniske Beskrivelser og Diagnostiske Retningslinjer*. (13th ed.) Oslo: Gyldendal
- Zeinodini, Z., Sedighi, S., Baghertork Rahimi, M., Noorbakhsh, S., & Rajezi Esfahani, S. (2016). Dysfunctional Metacognitive Beliefs in Body Dysmorphic Disorder. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 10-16. doi:10.5539/gjhs.v8n3p10
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 265-270.
- Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133(6), 976-1006. doi:10.1037/0033-2909.133.6.976