

# BODY DYSMORPHIC DISORDER BDD

## (DYSMORFOFOBI)

SAMANSTÄLLT FRÅN WORKSHOP MED JAMIE FEUSNER, ARIE WINOGRAD, UCLA

### Försvenskat till *inbillad fulhet*

Sammanställt av Björn Enqvist efter Karolinska Anxiety B.D.D., workshop i september 2004

### **B.D.D. enligt DSM-IV.**

1. Fixering vid en inbillad defekt i utseendet. Om någon smärre fysisk avvikelse föreligger så är fixeringen vid denna påtagligt överdriven.
2. Fixeringen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrar funktion i arbete, socialt, eller i andra viktiga avseenden.
3. Fixeringen förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t.ex. missnöje med kroppsform och storlek vid anorexia nevrosa)

Räknas som en somatoform avvikelse

**Debut** vid 16 år eller tidigare

**Diagnosen** ställs vanligen senare, 10-15 år efter debuten. Behandling vanligen aktuell först i 30-årsåldern. Patienterna hemlighåller sitt beteende, har uttalade skamkänslor.

**Den vanliga lokaliseringen för fixeringen** är vanligen från halsen och uppåt. Vanliga områden är

- Huden
- Näsan
- Håret
- Asymmetrier i ansikte och kropp.
- Profilen.

### **Patientens insikt och förståelse**

Varierar från god insikt till vanföreställningar. Insikten kan pendla från korta stunder till längre tid. Fixa idéer förekommer liksom vetskap om att fixeringen inte har grund.

**Vanföreställningar.** Hälften av patienterna är övertygade om att den upplevda defekten är verklig.

### **Frekvens.**

**1-2 %** av en befolkning. (i USA=5 miljoner)

**2-28 %** av universitetsstuderande.

**3-5 %** av psykiatriskt klientel.

**6-16 %** av de som söker kosmetisk kirurgi.

**9-15 %** av de som söker dermatologi.

**54 %** av kroppsbyggare (!)

### **Samtidig förekomst av andra störningar (komorbiditet, samsjuklighet)**

82% har haft depression

38% har haft social fobi

36% har haft missbruk

30% har haft OCD (tvång)

Andra beteenden: trichotillomani (rycka ut hårstrån) och att peta på huden.

Många har någon form av personlighetsstörning

14 % av deprimerade patienter hade BDD.

**Suicidrisk: 40% har försökt.** Okänt hur många som har fullbordat.

### **Att ställa diagnosen BDD**

- Anamnes med tidigare kosmetisk kirurgi och/eller påverkan av hud. Ofta har ett flertal kirurgiska ingrepp utförts som inte hjälpt.
- Undvikande av speglar eller överdrivet bruk av speglar/reflekerande ytor.
- Påverkas känslomässigt av vad som uppfattas i spegeln.
- Undvikande av vissa (avslöjande) ljus.
- Försöker att kamouflera områden som uppfattas som avvikande (smink, hår, kläder, hattar)
- Överdrivet vårdande och trimmande ritualer. (OCD eller BDD?)
- Jämför sig ständigt med andra.
- Familjen har ofta OCD, tvång.
- 

## Råd om vad vårdpersonal skall göra/inte göra

- Ifrågasätt inte patientens upplevelse!
- Ställ öppna beskrivande frågor till patienten (om speglar, hur de uppfattar sig)
- Det är inte meningsfullt att argumentera eller ”tala förstånd med patienten”.
- Ge information om BDD.
- Förmedla material att läsa eller internet-länkar.
- Överväg remiss till psykiater och psykoterapeut med kognitiv eller KBT-inriktning som är förtrogen och insatt i behandling av BDD.
- **Undvik kosmetiska ingrepp.** Hos 20 % flyttar sig problemet till annan del av kroppen. Efter behandling ökar ofta symtomen. Många blir missnöjda med resultatet av behandlingen.

## BDD och kognitiva fynd

- Patienten har tunnelseende på sin upplevda avvikelse, tar inte in helhetssynen.
- Fokus på inre världen, tror att andra tolkar och bedömer som han/hon själv gör.
- Information som inte passar de egna föreställningarna tas inte in.
- Undvikandet ökar ofta, ingen naturlig exponering och ingen habituering.
- Hög stressnivå i utsatta situationer försvårar alternativa beteenden och tanke sätt.

## BDD-sekvensen

Tvångstankar→känslor→tvångsbeteende→tillfällig lindring→tvångstankar→.....

## Behandling

*Psykiater för medicinering*, psykoterapi med kognitiv och beteendeterapeutisk inriktning. SRI-preparat i höga doser minskar symtomen, både för de med och utan vanföreställningar. Tänk på suicidrisken.

*Psykoterapi består vanligen av:* •Information. •Att skapa kontroll över tankar och beteenden. •Kognitiv omstrukturering. •Hantering av kognitiva förvrängningar. •Exponering. •Responsprevention.

• Hemuppgifter. • Schemalagda aktiviteter. • Boostersessioner bör ingå för att förhindra återfall.

**Prognosen** god, 60-80 % visar förbättring av symtom och anpassning. Många kan fungera normalt efter terapi, utan terapi vanligen kroniskt förlopp.

## Litteratur

Phillips KA. *The broken mirror* Oxford univ press.

Claiborn J m.fl. *The BDD workbook* New Harbinger publ.

## Länkar

[accuratereflections.com](http://accuratereflections.com)

[bdd-sverige.net](http://bdd-sverige.net)

[bdd.central.com](http://bdd.central.com)

[ananke.org](http://ananke.org)

Björn Enqvist

leg.tdl., med. dr., leg. psykoter.

Hemsida [www.hypnosmetodik.com](http://www.hypnosmetodik.com) Mottagning: Åsö Psykoterapi, Åsögatan 155, på Söder, Stockholm.

7-10 min från Medborgarplatsen (T-bana). Ett flertal bussar stannar i kvarteret.

**Kontakt, information:** [bjorn\\_enqvist@swipnet.se](mailto:bjorn_enqvist@swipnet.se) Tel: 08 658 64 64