

Zaburzenie obrazu ciała

Jennifer Ross, Simon Gowers

Adv. Psychiatr. Treat. 2011 17: 142-149

Zaburzenie obrazu ciała (body dysmorphic disorder – w opublikowanym polskim tłumaczeniu Kryteriów diagnostycznych DSM-IV wykorzystano określenie „cielesne zaburzenie dysmorficzne” – przyp. red.) powoduje dyskomfort i często upośledza funkcjonowanie. Charakteryzuje się nadmiernym pochłonięciem wyimaginowanym lub niewielkim defektem dotyczącym wyglądu. Od wielu lat uznawano je za zaburzenie psychiczne (od 1980 roku nosi nazwę zaburzenia obrazu ciała), jednak przeprowadzono niewiele badań epidemiologicznych i klinicznych. Zaburzenie obrazu ciała było w dużym stopniu ignorowane przez psychiatrów, co często wiązało się z nie stawianiem takiego rozpoznania. W tym artykule dokonano przeglądu kryteriów diagnostycznych zaburzenia obrazu ciała, trafności rozpoznania i związku z innymi zaburzeniami, w tym z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, jadłowstrętem psychicznym, fobią społeczną i zaburzeniami somatyzacyjnymi. Omówiono przebieg zaburzenia, jego etiologię i metody leczenia. Ze względu na liczbę badań rosnącą wraz ze zgłaszaniem się pacjentów z objawami, zaburzenie obrazu ciała wymaga spójnej reakcji ochrony zdrowia.

Zaburzenie obrazu ciała koncentruje się na nadmiernym zaniepokojeniu i pochłonięciu wyobrażonym lub niewielkim defektem dotyczącym wyglądu zewnętrznego. Chociaż często upośledza funkcjonowanie, jest zbyt rzadko rozpoznawane i często nie rozumiane przez opinię społeczną i lekarzy. U osób cierpiących na zaburzenie obrazu ciała występuje wiele różnych objawów, przeważnie obejmujących obsesyjne myśli i kompulsyjne zachowania dotyczące wyglądu zewnętrznego. Najczęściej źródłem niezadowolenia są pewne cechy twarzy. Zaburzenie obrazu ciała przeważnie jest postrzegane jako spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, chociaż niekiedy jest traktowane jak zaburzenie lękowe, a w DSM-IV jest klasyfikowane jako zaburzenie pod postacią somatyczną.¹ Czasami jest mylone z fobią społeczną (która często współwystępuje), ponieważ osoby z zaburzeniem obrazu ciała przeważnie są nieśmiałe i wycofane społecznie.

Historia pojęcia

Chociaż zaburzenie obrazu ciała dopiero niedawno zostało uwzględnione w systemach diagnostycznych, to rozpoznawalne opisy tego zaburzenia sięgają XIX wieku. W 1886 roku Morselli jako pierwszy opisał charakterystyczne objawy dysmorfofobii. Później również Kraepelin opisał pacjentów z tym zaburzeniem, zaś sporządzony przez Freuda opis „człowieka

wilka” może być traktowany jako prawdopodobny przypadek zaburzenia obrazu ciała.²

W 1980 roku w opracowanej przez APA DSM-III³ dysmorfofobia otrzymała ostatecznie nazwę zaburzenia obrazu ciała, aby odróżnić ją od zaburzeń o charakterze fobii oraz umieszczona pod hasłem „atypowe zaburzenie pod postacią somatyczną”. Nie opracowano dla niej odrębnych kryteriów diagnostycznych aż do rewizji w 1987 roku (DSM-III-R),⁴ w którym została sklasyfikowana jako odrębne zaburzenie, z podziałem na podtyp urojeniowy i neurojeniowy.

Wraz z opublikowaniem DSM-IV¹ zmieniono kryteria zaburzenia obrazu ciała. Usunięto przekonania o charakterze urojeń, zaś dysmorfofobię urojeniową zaczęto kodować oddzielnie na osi I jako zaburzenie urojeniowe typ somatyczny. Zaburzenie obrazu ciała w ICD-10 jest kodowane jako „zaburzenie hipochondryczne” (F 45.2), w tej samej kategorii, w której znajduje się zaburzenie hipochondryczne,⁵ co wydaje się mniej satysfakcjonującą klasyfikacją. ICD-10 sugeruje ponadto rozpoznawanie „innych uporczywych zaburzeń urojeniowych” (F 22.8) u osób, których przekonania mają charakter urojeniowy, zamiast traktować to zaburzenie jako odrębne, jak ma to miejsce w DSM-IV. Grupa robocza DSM-5 rozważa obecnie umieszczenie zaburzeń obrazu ciała w kategorii spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.⁶ Najważniejsze punkty kryteriów DSM-IV i ICD-10 porównano w ramce 1.

Jennifer Ross, assistant psychologist; Simon Gowers, Professor of Adolescent Psychiatry, Section of Adolescent Psychiatry, University of Liverpool, UK.
Adres do korespondencji: Professor Simon Gowers, FRCPsych, University of Liverpool, Section of Adolescent Psychiatry, Academic Unit, 79 Liverpool Road, Chester CH2 1AW, Wielka Brytania, e-mail: simon.gowers@cwpl.nhs.uk

Konflikt interesów: nie zgłoszono.

Rzetelność i trafność rozpoznania

Zaniepokojenie kwestiami związanymi z wyglądem jest bardzo częstym zjawiskiem, zaś granice między łagodnym zaburzeniem obrazu ciała a zwykłym przejmowaniem się często są nieostre. Podobnie jak w przypadku zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych, próg odcięcia „przypadków zachorowań” zależy od stopnia zaburzeń i nadmiernego zaangażowania w kwestię wyglądu (często jako wartość graniczną proponuje się godzinę myślenia przede wszystkim o swoim wyglądzie). Rzekomy defekt (defekty) lub niedoskonałość (niedoskonałości) wyglądu powinny być niedostrzegalne dla innych lub wydawać się nieznaczne. To, jakie cechy wyglądu mieszczą się w postrzeganych subiektywnie granicach normy, w dużym stopniu mogą determinować czynniki kulturowe, jednak każde nadmierne zaangażowanie powinno być uważane za nieprawidłowe.

Objawy zaburzenia obrazu ciała współwystępują z objawami innych zaburzeń psychicznych, takich jak duża depresja, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder, OCD), fobia społeczna i zaburzenia odżywiania się. W jednym badaniu, w którym zaburzenie obrazu ciała porównywano z fobią społeczną, stwierdzono, że u 39,3% z 178 osób cierpiących w danym momencie na zaburzenie obrazu ciała w ciągu całego życia współwystępowała fobia społeczna (u 34,3% stwierdzano aktualną fobię społeczną).⁷ Fobia społeczna przeważnie zaczyna się wcześniej niż zaburzenie obrazu ciała i nie była związana z zaniepokojeniem kwestią wyglądu. Osoby z zaburzeniem obrazu ciała, które w ciągu całego życia cierpiały na fobie społeczną lub na nią nie cierpiały, charakteryzowały się wieloma wspólnymi cechami, takimi jak wiek w momencie zachorowania, dystrybucja płci, nasilenie zaburzenia obrazu ciała i ogólne zaburzenia funkcjonowania.⁷

Chociaż zaburzenie obrazu ciała według DSM-IV jest zaliczane do grupy zaburzeń pod postacią somatyczną, wiele osób uważa obecnie, że jest ono bliżej spokrewnione z OCD, ze względu na objawy obsesyjno-kompulsyjne oraz odpowiedź na podobne formy terapii i leczenia farmakologicznego. Wydaje się jednak, że te zaburzenia różnią się pod kilkoma ważnymi względami. Depresję rozpoznaje się tylko u 30% osób z OCD i aż 80-90% osób z zaburzeniem obrazu ciała.⁸ Chociaż stwierdzono znaczne nakładanie się obu zaburzeń, to obserwuje się różnice dotyczące stopnia wglądu, myśli samobójczych i współwystępowania objawów depresji (wszystkie te czynniki w większym stopniu dotyczą zaburzenia obrazu ciała w porównaniu z OCD). W przeciwieństwie do pacjentów z OCD, osoby cierpiące na zaburzenie obrazu ciała przeważnie nie uzyskują zmniejszenia napięcia w wyniku wykonywania rytuałów, takich jak przeglądanie się w lustrze czy zabiegi związane z dbaniem o siebie (mogą one nawet zwiększyć zdesperowanie). W przeciwieństwie do innych zaburzeń lękowych, zaburzeniu obrazu ciała częściej towarzyszy uczucie wstydu, winy, obrzydzenia, nienawiść do siebie i depresja.

Kwestionowano celowość rozróżniania urojeniowych i nieurojeniowych postaci zaburzenia obrazu ciała. Phillips i wsp.⁹

Ramka 1

DSM-IV (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 1994) i ICD-10 (Światowa Organizacja Zdrowia, 2007) uwzględniają nadmierne pochłonięcie kwestią wyglądu – w DSM (300.7) opisuje się je jako nadmierne pochłonięcie wyobrażonym defektem, natomiast w ICD (które zaburzenie obrazu ciała umieszcza w punkcie F45.2, pod którym koduje się zaburzenie hipochondryczne) – jako uporczywe pochłonięcie kwestią wyglądu.

W obydwu systemach wyklucza się obecnie urojeniowe postaci zaburzenia.

DSM wymaga do rozpoznania zaburzeń funkcjonowania społecznego lub zawodowego, natomiast ICD zwraca uwagę na częste współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (szczególnie depresyjnych i lękowych).

porównywali 48 chorych z nieurojeniowym zaburzeniem obrazu ciała i 52 chorych z urojeniową postacią tego zaburzenia i stwierdzili, że obie grupy nie różniły się istotnie pod względem czynników społeczno-demograficznych, fenomenologii, przebiegu choroby, objawów towarzyszących, współchorobowości i reakcji na leczenie. Chorzy z urojeniami uzyskiwali wyższy całkowity wynik w zmodyfikowanej wersji kwestionariusza Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), co sugeruje, że urojeniowa postać tego zaburzenia może być jego cięższą odmianą.

Epidemiologia

Częstość występowania zaburzenia obrazu ciała jest niejasna, ponieważ nie przeprowadzono badań populacyjnych. U większości chorych objawy pojawiają się w okresie dojrzewania lub we wczesnym wieku dorosłym, jednak u niektórych objawy rozwijają się w środkowym okresie dzieciństwa, zaś u jeszcze innych w późniejszym okresie życia, często po przeżyciu urazowego wydarzenia. Opiswane częstości występowania różnią się w zależności od proporcji płci, prognozy diagnostycznej i narzędzia wykorzystywanego do oceny zaburzenia obrazu ciała, kultury oraz wykorzystywanej metody badań przesiewowych. Na przykład w przeprowadzonym w Niemczech badaniu,¹⁰ które dotyczyło 2552 osób w wieku od 14 r.ż., rozpowszechnienie tego zaburzenia oszacowano na 1,7% (95% PU 1,2-2,1).

W przeciwieństwie do zaburzeń odżywiania się, które o wiele częściej występują u kobiet, zaburzenie obrazu ciała wydaje się jednakowo często dotyczyć mężczyzn i kobiet (przynajmniej w społeczeństwach zachodnich), chociaż mniej mężczyzn niż kobiet szuka z tego powodu pomocy.¹¹ Badania przesiewowe w kierunku zaburzenia obrazu ciała w ośrodkach chirurgii kosmetycznej i poradniach dermatologicznych sugerują, że zaburzenie jest stosunkowo częste wśród osób korzystających z tego typu placówek, jego rozpowszechnienie mieści się w zakresie 3-10%. W ośrodkach psychiatrycznych rozpoznanie (mimo że teoretycznie jest stosunkowo łatwe do ustalenia) często nie jest stawiane, ponieważ lekarze nie pytają rutynowo o objawy, które mogłyby sugerować to zaburzenie. W badaniu,

Ramka 2

Częste objawy

- Pochłonięcie rzekomym defektem dotyczącym wyglądu
- Objawy depresji
- Urojeniowe myśli i przekonania dotyczące wyglądu
- Myśli samobójcze
- Napady lęku, w tym lęku panicznego
- Przewlekłe obniżona samoocena
- Nadmierne skupienie na sobie w sytuacjach społecznych; przekonanie, że inni zauważają rzekomy defekt i wyśmiewają się z niego
- Poczucie wstydu
- Wycofanie z życia społecznego i relacji rodzinnych, fobia społeczna; samotność i narzucona przez siebie izolacja społeczna
- Nadmierna zależność od innych osób, w tym partnera, przyjaciół lub rodziców
- Niezdolność do pracy lub skoncentrowania się na niej z powodu pochłonięcia wyglądem
- Gorsze funkcjonowanie w szkole (problemy z utrzymaniem ocen, problemy z chodzeniem do szkoły/na uczelnie)
- Problemy z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji (w tym relacji intymnych i przyjaźni)
- Nadużywanie alkoholu lub narkotyków (często w ramach prób samoleczenia)

które dotyczyło grupy dorosłych przyjmowanych kolejno do szpitala,¹² u 16 z 122 osób (13,1%) rozpoznano zaburzenie obrazu ciała, chociaż u żadnej z nich lekarz prowadzący nie postawił tego rozpoznania. Wszyscy pacjenci z tej grupy relacjonowali, że nie zgłaszali problemów z wyglądem swojemu lekarzowi, jeżeli nie byli o to pytani, co tłumaczyli wstydem.

Conroy i wsp.¹³ stwierdzili podobną częstość występowania zaburzenia obrazu ciała (16%) u hospitalizowanych pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Duża część badanych relacjonowała, że objawy tego zaburzenia przyczyniały się do tendencji samobójczych, ale tylko 1 z 16 (6,3%) zgłosił te objawy swojemu psychiatrze; pozostałych 15 było zbyt zawstydzonych, żeby to zrobić.

Obydwa badania zwracają uwagę na znaczenie rutynowego zadawania przesiewowych pytań dotyczących zaburzenia obrazu ciała u osób leczących się psychiatrycznie, szczególnie hospitalizowanych, oraz pacjentów zgłaszających się z objawami depresji, fobii społecznej, nadużywaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych czy myślami samobójczymi.

Ponieważ chorzy sami nie ujawniają tego rodzaju objawów, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) w wytycznych dotyczących zaburzenia obrazu ciała¹⁴ sugeruje, że w trakcie diagnostycznego wywiadu psychiatrycznego należy zadawać proste pytania otwarte. Na przykład takie: „Niektóre osoby dużo się martwią z powodu swojego wyglądu. Czy martwi się pan/pani dużo z powodu swojego wyglądu i chciałby/chciałaby poświęcać temu mniej czasu?” W przypadku uzyskania twierdzącej odpowiedzi należy przejść do dalszych pytań w celu wyjaśnienia nasilenia i charakteru

rozmyślań dotyczących wyglądu, a także, m.in. różnicować zaburzenie obrazu ciała z potencjalnymi zaburzeniami odżywiania się.

Objawy kliniczne

„Nie poszłam wczoraj do szkoły. Wstałam wcześniej i zaczęłam przygotowywać się do wyjścia, jednak nie udało się. Zrobiłam sobie makijaż, ale nic nie wyszło dobrze. Przejrzałam się w lustrze i poczułam się chora. Miałam ogromne worki pod oczami, a powieki były zaczerwienione. Twarz była cała opuchnięta, a skóra wyglądała strasznie. Zalałam się łzami. Mama była na mnie zła, ponieważ nie wyszłam, i poczułam się po prostu bezwartościowa. Powiedziała, że wyglądam normalnie i że rujnuje sobie życie. Nie chcę tego. Wczoraj pocięłam się na całych ramionach i rękach i dzisiaj zaczyna to trochę boleć, bo rany zaczynają się goić. Dużo płakałam. Pomyślałam, że może wszystko lepiej się ułoży, ale po prostu się oszukiwałam. Nic nie może być lepiej. Jestem po prostu w pułapce.”¹⁵

Ten opis pokazuje, jak duży dyskomfort może powodować zaburzenie obrazu ciała. W pewnym stopniu nadmierne pochłonięcie kwestią wyglądu w tym zaburzeniu może leżeć na jednym końcu kontinuum zwykłych doświadczeń związanych z troską o wygląd. Zaburzenie to wpływa jednak na wiele aspektów funkcjonowania, przy czym niektóre osoby są jedynie nadmiernie pochłonięte obsesyjnym myśleniem o swoim wyglądzie, zaś inne przestają w ogóle wychodzić z domu lub mają myśli samobójcze.

Zaburzenie obrazu ciała może prowadzić do zachowań unikających, których kulminacją jest ekstremalna izolacja społeczna. Niekiedy chorzy wielokrotnie poddają się zabiegom chirurgicznym i podejmują próby modyfikowania własnego ciała (włącznie z samouszkodzeniami), chociaż nie wpływa to przeważnie na poprawę własnego wizerunku i subiektywny odbiór rzekomego defektu. Bardzo często rozwija się depresja, która czasami prowadzi do samobójstwa. Czasami zaburzenie obrazu ciała przebiega w postaci epizodycznych ataków, po których następują okresy normalnego funkcjonowania. Podczas takich epizodów pacjent będzie zamartwiał się swoim wyglądem, porównywał się z innymi i odczuwał bardzo nasilone napięcie.

Wiele objawów (ramka 2) i zachowań (ramka 3) związanych z zaburzeniem obrazu ciała zależy od charakteru rzekomego defektu (ramka 4). Na przykład nadmierne stosowanie kosmetyków częściej wiąże się z rzekomym defektem dotyczącym skóry. Chociaż najczęstsze obsesje dotyczą wyglądu twarzy, wiele kobiet zadręcza się niezadowolaniem z proporcji ciała, natomiast mężczyźni przeważnie martwią się tym, że chcieliby być więksi i bardziej umięśnieni. Phillips i Diaz¹⁶ oceniali związane z płcią różnice w grupie 188 osób z zaburzeniem obrazu ciała (93 kobiety i 95 mężczyzn). Mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie pod względem większości ocenianych zmiennych, włącznie z częstością występowania dużej depresji,

Ramka 3

Zachowania kompulsyjne¹¹

- Sprawdzanie swojego wyglądu w lustrach, przeglądanie się w szklanych drzwiach, oknach i innych odbijających powierzchniach
- Unikanie własnego odbicia lub zdjęć; często usuwanie luster z domu
- Próba zamaskowania wyobrazonego defektu (np. za pomocą używania maskujących kosmetyków, noszenia workowatych ubrań, przyjmowania szczególniej pozycji ciała, noszenie kapelusza)
- Przesadne zachowania związane z dbaniem o siebie (np. drapanie skóry, czesanie włosów, wrywanie brwi, golenie się)
- Kompulsyjne dotykanie skóry, szczególnie w celu oceny lub poczucia rzekomego defektu
- Wrogi stosunek do innych z nieznanego powodu, szczególnie osób przeciwnej płci
- Szukanie uspokojenia u bliskich
- Zbyt intensywne stosowanie diet i ćwiczeń fizycznych
- Porównywanie wyglądu/części ciała między sobą a innymi osobami, obsesyjne traktowanie idoli lub modeli jako wzoru dla siebie
- Stosowanie technik rozpraszania: próba odwrócenia uwagi od rzekomego defektu (np. noszenie ekstrawaganckich ubrań czy zbyt wyrazistej biżuterii)
- Kompulsyjne poszukiwanie informacji: czytanie książek, artykułów w gazetach i na stronach internetowych o treści związanej z rzekomym defektem (np. dotyczące wypadania włosów lub diet i ćwiczeń)
- Nadmierne zainteresowanie chirurgią plastyczną lub zabiegami dermatologicznymi
- Dążenie do operacji plastycznej, włącznie z zabiegami odsysania tłuszczu, czy usuwaniem niechcianych „skaz”
- Zachowania unikające: unikanie wychodzenia z domu lub wychodzenie z domu tylko o określonych porach, np. w nocy

choć kobiety częściej zamartwiała się w związku z kształtem bioder, masą ciała, drapały skórę i ukrywały ją pod makijażem, a także cierpiały jednocześnie na bulimie. Mężczyźni częściej zamartwiali się budową ciała, genitaliów i przeredzeniem włosów, byli samotni i nadużywali alkoholu. Mężczyźni również często jak kobiety byli zainteresowani zabiegami chirurgii kosmetycznej.

ZACHOWANIA KOMPULSYJNE**Przeglądanie się w lustrze**

Przeglądanie się w lustrze jest jednym z najczęstszych zachowań kompulsyjnych u osób z zaburzeniem obrazu ciała, chociaż często towarzyszy temu silna ambiwalencja. Chorzy często oceniają swój wygląd w innych odbijających powierzchniach, np. szybach wystawowych. Inne osoby natomiast całkowicie unikają luster; przykrywają je czymś, odwracają na drugą stronę lub gaszą światło, kiedy znajdują się w ich pobliżu. Ponieważ objawy często pojawiają się w stresującym momencie, nasileniu mogą ulec wówczas również zachowania kompulsyjne, w tym przeglądanie się w lustrze. Dlatego wiele osób

Ramka 4

Częste lokalizacje domniemanych defektów¹¹

- | | |
|--|----------------------------------|
| • Skóra (73%) | • Ramiona/nadgarstki (9%) |
| • Włosy (56%) | • Talia (9%) |
| • Nos (37%) | • Genitalia (8%) |
| • Masa ciała (22%) | • Policzki/kości policzkowe (8%) |
| • Brzuch (22%) | • Łydki (8%) |
| • Piersi/klatka piersiowa/brodawki sutkowe (21%) | • Wzrost (7%) |
| • Oczy (20%) | • Wielkość/kształt głowy (6%) |
| • Uda (20%) | • Czoło (6%) |
| • Zęby (20%) | • Stopy (6%) |
| • Nogi (całe) (18%) | • Dłonie (6%) |
| • Budowa ciała/struktura kości (16%) | • Szczeka (6%) |
| • Rysy twarzy (ogólnie) (14%) | • Usta (6%) |
| • Wielkość/kształt twarzy (12%) | • Plecy (6%) |
| • Wargi (12%) | • Palce rąk (5%) |
| • Pośladki (12%) | • Szyja (5%) |
| • Podbródek (11%) | • Ramiona (3%) |
| • Brwi (11%) | • Kolana (3%) |
| • Biodra (11%) | • Palce nóg (3%) |
| • Uszy (9%) | • Łokcie (2%) |
| | • Mięśnie twarzy (1%) |

stwierdza, że ich nienawiść do siebie i poczucie beznadziejności jest związane z lustrami i ich odbiciem.

Nagrywanie filmów i robienie zdjęć

Wiele napięcia wiąże się ze zdjęciami. Osoba z zaburzeniem obrazu ciała może unikać ważnych spotkań rodzinnych z powodu obaw przed byciem fotografowaną. Uchwycenie twarzy na filmie jest źródłem ogromnego dyskomfortu, ponieważ wywołuje niepokój związany z tym, kto może potem obejrzeć film i co sobie pomyśli. Zdjęcie prawie zawsze utwierdza osobę z zaburzeniem obrazu ciała w przeświadczeniu, że jej negatywne wyobrażenie na swój temat jest uzasadnione. Większość osób z tym zaburzeniem nie chce zaryzykować bycia sfotografowanym, ponieważ patrzenie na swój wizerunek, który uważają za niekorzystny, może wywołać napad objawów.

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE I ZAWODOWE

Wiele osób z zaburzeniem obrazu ciała czuje się bardzo niekomfortowo w sytuacjach społecznych, ponieważ ma trudności z wchodzeniem w relacje z innymi. Ich naturalna mowa ciała często jest ograniczona, ze względu na to, że odczuwają napięcie w związku z tym, że ludzie wokół mogą obserwować je i niekorzystnie oceniać. Z powodu tych obaw część osób nie opuszcza domu w ciągu dnia i unika sytuacji społecznych. Niektóre osoby są w stanie utrzymać pracę i prowadzić życie społeczne, jednak większość stale martwi się tym, co inni myślą na ich temat. Ukrywają poczucie niższości, co jest źródłem

znacznego dyskomfortu, często niedostrzegalnego dla osób z zewnątrz.

Funkcjonowanie szkolne

Ponieważ zaburzenie obrazu ciała przeważnie zaczyna się w okresie dojrzewania, funkcjonowanie szkolne pacjentów może być istotnie zaburzone. W zależności od nasilenia objawów, u chorych mogą występować ogromne trudności z utrzymywaniem ocen i chodzeniem do szkoły. W cięższych przypadkach osoby z zaburzeniem obrazu ciała mogą przerywać naukę i nie wykorzystywać swojego potencjału. Większość osób z tym zaburzeniem (90%) twierdzi, że wywiera ono wpływ na ich funkcjonowanie szkolne/zawodowe, zaś 99% potwierdza wpływ na funkcjonowanie społeczne.¹¹

Związki

Mimo silnego pragnienia związków z innymi ludźmi, wiele osób z zaburzeniem obrazu ciała raczej wybierze samotność niż narazi się na ryzyko obrzucenia lub upokorzenia z powodu swojego wyglądu, jeżeli zaangażuje się w kontakty z innymi. U wielu osób z tym zaburzeniem współwystępuje fobia społeczna lub osobowość unikająca, co znacznie utrudnia zdolność nawiązywania relacji.

Jakość życia

Na podstawie wielu różnych standaryzowanych narzędzi oceny jakości życia sugerowano, że osoby z zaburzeniem obrazu ciała, niezależnie od tego, czy są leczone, charakteryzuje znacznie gorsze funkcjonowanie i jakość życia.¹⁷

Współchorobowość

Z zaburzeniem obrazu ciała często współwystępują inne zaburzenia psychiczne. Mniej więcej u 80% chorych w którymś momencie życia wystąpi duża depresja, co znacznie przewyższa częstość jej występowania w ciągu całego życia w populacji ogólnej, którą szacuje się na 10-20%.¹¹ Mniej więcej 37% osób z zaburzeniem obrazu ciała cierpi również na fobię społeczną, a około 32% spełnia kryteria OCD. U kobiet czasami współwystępują także zaburzenia takie odżywiania się, jak jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna, podobnie jak zaburzenie lękowe uogólnione i trichotillomania. Ponieważ współchorobowość stanowi regułę, z klinicznego punktu widzenia istotniejsze jest określenie, czy zaburzenie obrazu ciała jest najważniejszym problemem oraz które objawy współwystępujące znikną w przypadku skutecznego leczenia zaburzenia podstawowego, zaś które są faktycznymi zaburzeniami współwystępującymi.

ZABURZENIE OBSESyjNO-KOMPULSYJNE

Phillips i wsp.⁸ porównywali cechy charakterystyczne pacjentów z OCD ($n=210$), zaburzeniem obrazu ciała ($n=45$) oraz współwystępującymi obydwoma zaburzeniami ($n=40$). Pacjenci nie różnili się istotnie pod względem zmiennych demo-

graficznych, wieku, początku i czasu trwania choroby. Badani z zaburzeniem obrazu ciała charakteryzowali się jednak znacznie gorszym wglądem niż pacjenci z OCD i częściej występowały u nich przekonania urojeniowe. U osób z zaburzeniem obrazu ciała częściej występowały również myśli samobójcze w ciągu całego życia, podobnie jak duża depresja i zaburzenia spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ

Wiele badań wykazuje współwystępowanie zaburzeń odżywiania się. Rabe-Jablonska i Tomasz¹⁸ przebadali 36 nastolatek chorujących na jadłowstręt psychiczny i 40 osób ze zdrowej grupy kontrolnej. Stwierdzili, że u 25% osób z jadłowstrętem występowały objawy dysmorfofobii, które przeważnie pojawiały się na co najmniej 6 miesięcy przed wystąpieniem objawów zaburzeń odżywiania się. Phillips i Diaz¹⁶ wykazali związek między zaburzeniem obrazu ciała a żarłocznością psychiczną.

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Co najmniej u 50% osób z zaburzeniem obrazu ciała stwierdza się jednocześnie zaburzenia osobowości. Najczęstsze są zaburzenia osobowości zaliczane do grupy C; przy czym do najczęstszych z tej grupy należą: osobowość unikająca, paranoidalna, obsesyjno-kompulsyjna i zależna.

TENDENCJE SAMOBÓJCZE

Badania wielokrotnie wykazywały, że u osób z zaburzeniem obrazu ciała częste są myśli i próby samobójcze. Tendencje samobójcze mogą zwiększać się w przypadku odmowy przeprowadzenia zabiegów chirurgii kosmetycznej. Veale i wsp.¹⁸ stwierdzili, że 25-30% chorych leczonych w poradniach psychiatrycznych przeżyło próbę samobójczą.

Różnymi drogami rekrutowano w sumie 200 osób z rozpoznaniem zaburzenia obrazu ciała według DSM-IV i przebadano za pomocą standardowych narzędzi.¹⁷ Stwierdzono częste występowanie w ciągu całego życia myśli (78,0%) i prób samobójczych (27,5%). Stwierdzono, że zaburzenie obrazu ciała było najważniejszą przyczyną myśli samobójczych u 70,5% badanych, u których wystąpiły tego rodzaju myśli i blisko połowy osób, które w przeszłości podjęły próbę samobójczą.

W innym badaniu z udziałem 185 osób z zaburzeniem obrazu ciała częstość myśli samobójczych oceniono na 57,8% rocznie, zaś 2,6% badanych rocznie próbowało popełnić samobójstwo. Dwie osoby (0,3% rocznie) zginęły wskutek podjętej próby samobójczej.²⁰

Etiologia

Zaburzenie obrazu ciała przeważnie rozwija się w okresie dojrzewania, czyli w czasie zwracania największej uwagi na swój wygląd. Podejrzewa się, że etiologia jest wieloczynnikowa, podobnie jak w przypadku innych zaburzeń lękowych i somatycz-

nych. Najbardziej prawdopodobny jest współdziałanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych.

CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Badania rodzinne sugerują predyspozycję genetyczną. Mniej więcej 20% osób z zaburzeniem obrazu ciała ma przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia, który również cierpi na to zaburzenie. Nie wiadomo jednak, czy wynika to z czynników genetycznych, czy wspólnych czynników środowiskowych. Nie przeprowadzono badań bliźniąt ani badań genetycznych dotyczących dysmorfofobii. Stwierdzono również obciążony wywiad rodzinny w kierunku OCD, co sugeruje możliwość wspólnej podatności genetycznej.

Postulowano nieprawidłowości w szlakach serotoninerdycznych, biorąc pod uwagę przypuszczalną rolę serotoniny w regulowaniu lęku, a także takich procesów, jak sen i funkcje pamięci. Przypuszcza się, że u osób z zaburzeniem obrazu ciała może występować blokada lub uszkodzenie miejsc receptorowych, które nie pozwalają na pełne działanie serotoniny.¹¹ Hipoteza ta jest jednak niepotwierdzona i nie jest swoista dla zaburzenia. Wielu chorych z zaburzeniem obrazu ciała reaguje jednak korzystnie na stosowanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), co potwierdzałoby tę teorię. Sugerowano, że do rozwoju tego zaburzenia może się przyczyniać również dysregulacja innych neuroprzekaźników, w tym dopaminy i kwasu gamma-aminomasłowego.¹¹

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE I ŚRODOWISKOWE

Opierając się na różnych hipotezach teoretycznych, takich jak teorie społecznego uczenia się, teoria warunkowania instrumentalnego i modele poznawczo-behawioralne, postulowano udział wielu rozmaitych czynników środowiskowych jako czynników etiologicznych.²¹ Do rozwoju zaburzenia obrazu ciała przyczyniać mogą się postawy rodziców, na przykład zwracanie przez nich nadmiernej uwagi na estetyczny wygląd. Rozwojowi zaburzenia sprzyjać może również znęcanie się na tle wyglądu – około 60% osób z dysmorfofobią relacjonuje częste lub przewlekłe wykorzystywanie w dzieciństwie.¹¹

Proponowano udział niektórych cech osobowości jako czynników podatności. Należały do nich: perfekcjonizm, introwersja, narcyzm, cechy osobowości schizoidalnej i unikającej.

Sugerowano, że do wystąpienia zaburzenia przyczyniają się również wydarzenia życiowe, takie jak urazy fizyczne lub seksualne, odrzucenie z późniejszą niestabilnością, a także stres społeczny, w tym szkolny, w okresie dojrzewania. Jednocześnie wpływ mediów podkreślający znaczenie urody może przyczyniać się do zaburzenia obrazu ciała, w podobny sposób jak w przypadku zaburzeń odżywiania się.²¹

Przebieg

Przebieg zaburzenia często jest przewlekły, a rokowanie dotyczące całkowitego wyzdrowienia złe. Nawet przy zastosowaniu

specjalistycznego leczenia proces zdrowienia często jest długi, a zaburzenie może przebiegać w postaci zaostrzeń i remisji.

Leczenie

STOSUNEK DO LECZENIA I MOTYWACJA

Chociaż dostępne są skuteczne metody leczenia zaburzenia obrazu ciała i objawów współistniejących, to ich wykorzystywanie napotyka na liczne przeszkody. Wielu chorych z zaburzeniem obrazu ciała cierpi na depresję, co powoduje, że nie są zmotywowani w dążeniu do wyzdrowienia. Inni podchodzą bardzo sceptycznie do sugestii, że cierpią na zaburzenie psychiczne i poszukują kosmetycznych metod leczenia jako alternatywnych wobec leczenia psychiatrycznego. Wiele osób nie wychodzi z domu i przejawia skrajnie nasilone objawy fobii społecznej albo odczuwa zbyt dużo lęku, zakłopotania lub wstydu, żeby poszukać pomocy i porozmawiać z terapeutą. W końcu, zaburzenie obrazu ciała często jest niezrozumiane przez terapeutów, dlatego znalezienie skutecznego leczenia może być trudne.

INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy, CBT) jest uważana za metodę leczenia z wyboru. Terapia koncentruje się na patologicznych procesach, takich jak ruminacje i porównywanie, które podważa się za pomocą takich technik jak ekspozycja i eksperymenty behawioralne.²² Przeprowadzono niewiele randomizowanych badań kontrolowanych, w których wykazano skuteczność CBT.

Rosen i wsp.²³ losowo przyporządkowywali 54 osoby z zaburzeniem obrazu ciała do grupy, w której stosowano CBT lub grupy pozostającej bez leczenia. Badani byli leczeni w małych grupach, w których odbywało się osiem dwugodzinnych sesji. Terapia obejmowała modyfikację natrętnych myśli związanych z niezadowoleniem z wyglądu i nadwartościowych idei dotyczących wyglądu fizycznego, ekspozycji na unikane wcześniej sytuacje związane z wyglądem oraz wyeliminowanie zachowań związanych ze sprawdzaniem wyglądu. W grupie, w której stosowano CBT, nasilenie objawów zaburzenia obrazu ciała istotnie się zmniejszyło. Pod koniec terapii u 82% uczestników nie stwierdzano objawów tego zaburzenia; podobnie u 77% osób leczonych CBT ocenianych po pewnym czasie. Obserwowano również poprawę ogólnego stanu psychicznego i samooceny.

Veale i wsp.¹⁹ przeprowadzili niewielkie randomizowane badanie kontrolowane, w którym 19 chorych zostało losowo przydzielonych do grupy CBT lub grupy kontrolnej osób oczekujących na leczenie przez 12 tygodni. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic dotyczących żadnego z parametrów wśród osób z listy oczekujących na leczenie. W grupie, w której stosowano CBT, obserwowano natomiast istotne zmiany doty-

część swoistych parametrów dotyczących zaburzenia obrazu ciała i obniżonego nastroju.

Ekspozycja i hamowanie reakcji

Ekspozycja i hamowanie reakcji polegają na konfrontowaniu się z budzącymi lęk sytuacjami przy jednoczesnym powstrzymaniu typowej (wzmacniającej) reakcji na te sytuacje. Często technika ekspozycji z powstrzymaniem reakcji jest stosowana w połączeniu z CBT. Chory opracowuje hierarchiczną listę budzących lęk lub unikanych sytuacji, a następnie wybiera jedną pozycję, którą chciałby się zająć. Można poprosić pacjentów, aby rozważyli alternatywne wytłumaczenie ich problemów dotyczących obrazu ciała i przetestowali je w celu określenia, czy stosowania przez nich metoda radzenia sobie (unikanie, sprawdzanie, porównywanie, ruminacje, nadmierne skupienie na sobie) podtrzymuje ich zaangażowanie i dyskomfort. Pacjenci są stopniowo zachęceni do zwiększenia ekspozycji na sytuacje publiczne i społeczne przy jednoczesnej rezygnacji z zachowań zabezpieczających.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

W leczeniu zaburzenia obrazu ciała stosowano wiele różnych leków przeciwdepresyjnych (najczęściej SSRI), jednak rzadko oceniano je w randomizowanych badaniach kontrolowanych.

Często konieczne są większe dawki SSRI i dłuższy czas leczenia niż w przypadku innych zaburzeń psychicznych, również depresji, podobnie jak w przypadku OCD. Po odstawieniu SSRI objawy mogą nawracać.

W badaniu kontrolowanym placebo z wykorzystaniem fluoksetyny i grupami równoległymi,²⁴ 67 pacjentów przydzielono losowo do grupy przyjmującej fluoksetynę lub placebo. Na fluoksetynę zareagowało 18 (53%) badanych, zaś na placebo 6 (18%). Chorzy z zaburzeniem obrazu ciała z urojeniami reagują na fluoksetynę równie często jak chorzy bez urojeń. Reakcja na leczenie była niezależna od czasu trwania i nasilenia zaburzenia, czy występowania dużej depresji, OCD lub zaburzeń osobowości. Fluoksetyna była przeważnie dobrze tolerowana.

W badaniu z udziałem 29 osób z zaburzeniem obrazu ciała z podwójnie ślełą próbą i grupami skrzyżowanymi porównywano klomipraminę z dezypraminą. Stwierdzono przewagę klomipraminy, biorąc pod uwagę ocenę obsesyjnego pochłonięcia badanych kwestią wyglądu, powtarzające się (kompulsyjne) zachowania i ogólną ocenę nasilenia objawów.²⁵ Skuteczność leczenia była niezależna od obecności lub nasilenia współwystępujących objawów OCD, depresji lub fobii społecznej. Stwierdzono również, że klomipramina była skuteczna u chorych z przekonaniem urojeniowymi.

Na postawie retrospektywnych opisów przypadków stwierdzono, że leki przeciwpsychotyczne nie przyniosły oczekiwanej poprawy.²⁶ Nie obserwowano reakcji nawet w przypadku występowania urojeń. Kłopotliwe były natomiast działania

niepożądane, takie jak przyrost masy ciała, który mógł nasilać problemy związane z zaburzeniami jego obrazu. W badaniu kontrolowanym stwierdzono, że augmentacja leczenia SSRI pimozydem nie przyniosła dodatkowych korzyści w porównaniu z dołączeniem placebo.²⁷

INNE NIŻ PSYCHIATRYCZNE METODY LECZENIA

U większości osób z zaburzeniem obrazu ciała inne niż psychiatryczne metody leczenia nie wydają się skuteczne.²⁸ W badaniu, które dotyczyło 200 osób z tym zaburzeniem, chorzy najczęściej poszukiwali leczenia dermatologicznego, a następnie chirurgicznego (najczęściej starali się o plastykę nosa). W tej grupie pacjentów 12% otrzymało izotretynoinę (z powodu trądziku), jednak żadna ze stosowanych metod leczenia nie spowodowała wiarygodnej poprawy w zaburzeniu obrazu ciała.

Zabiegi chirurgiczne rzadko pomagają osobom z zaburzeniem obrazu ciała. Chorzy najczęściej przenoszą swoje zainteresowanie na inną „nieprawidłowość” w ciele lub zwiększają zainteresowanie częścią ciała, która została zoperowana, postrzegając ją jako nadal brzydka i wymagającą dalszej uwagi. Zabiegi chirurgii plastycznej mogą prowadzić do ciągłego dążenia do kolejnych operacji i wtórnych do tego trudności finansowych.

WYTYCZNE NICE

Brytyjskie wytyczne NICE dla OCD i zaburzenia obrazu ciała¹⁴ sugerują etapowe podejście do leczenia. W łagodniejszych przypadkach lub w pierwszym etapie zaleca się metody ukierunkowanej samopomocy, np. w na podstawie podręcznika Veale i wsp.²⁹ W metaanalizie wyników badań dotyczących interwencji psychologicznych i farmakologicznych³⁰ potwierdzono skuteczność terapii psychologicznych (przede wszystkim CBT) i farmakologicznych (przede wszystkim SSRI). Wytyczne NICE zalecają, by osoby z zaburzeniem o umiarkowanym nasileniu otrzymywały SSRI lub CBT, natomiast połączenie obu tych metod jest zarezerwowane dla ciężkich przypadków. W wytycznych nie zalecano stosowania leków przeciwpsychotycznych, nawet chorzy z współistniejącym zaburzeniem urojeniowym mogą reagować na SSRI. Osoby, u których nie obserwuje się postępów w leczeniu, należy skierować do multidyscyplinarnego specjalistycznego ośrodka zajmującego się leczeniem OCD/zaburzenia obrazu ciała.

Podsumowanie

Zaburzenie obrazu ciała pozostaje mało poznane i rzadko rozpoznawane w ośrodkach ochrony zdrowia. Wytyczne NICE i zrewidowane systemy klasyfikacyjne, które zwracają uwagę na związek z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, powinny pomóc ustalić trafność tego zaburzenia i wyjaśnić potencjalne strategie terapeutyczne.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 142-149. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. APA.
- Brunswick RM (1928) A supplement to Freud's 'History of an Infantile Neurosis'. *International Journal of Psychoanalysis* 9:439-76.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn) (DSM-III)*. APA.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn revised) (DSM-III-R)*. APA.
- World Health Organization (2007) *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. WHO.
- Phillips KA (2009) Report of the DSM-V Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group (DSM-V Work Group Reports April 2009). American Psychiatric Association.
- Coles ME, Phillips KA, Menard W, et al (2006) Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety* 23: 26-33.
- Phillips KA, Pinto A, Menard W, et al (2007) Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety* 24:399-409.
- Phillips KA, McElroy SL, Hudson JL, et al (1994) A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin* 30:179-86.
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, et al (2006) The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine* 36: 877-85.
- Phillips KA (2005a) *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder* (2nd edn). Oxford University Press.
- Grant JE, Kim SW, Crow SJ (2001) Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 62:517-22.
- Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, et al (2008) Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry* 30: 67-72.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005) *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Clinical Guideline 32. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Anonymous (2002) Understanding BDD. BDD Central (<http://www.bddcentral.com>).
- Phillips KA, Diaz SF (1997) Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous Mental Disorders* 185:570-7.
- Phillips KA, Coles ME, Menard W, et al (2005b) Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 66:717-25.
- Rabe-Jablonska J, Tomasz M (2000) The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *European Psychiatry* 15:302-5.
- Veale D, Gournay K, Dryden W, et al (1996) Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioral model and pilot randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 34:717-29.
- Phillips KA, Menard W (2006) Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 163:1280-2.
- Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D (2008) Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image* 5:28-38.
- Veale D, Neziroglu F (2010) *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. Wiley-Blackwell.
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P (1995) Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:263-9.
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA (2002) A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry* 59:381-8.
- Hollander E, Allen A, Kwon J, et al (1999) Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry* 56:1033-9.
- Phillips KA (1996) An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 3:177-9.
- Phillips KA (2005c) Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry* 162:377-9.
- Crerand C, Franklin M, Sarwer D (2006) Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 118:167-80.
- Veale D, Wilson R, Clark A (2009) *Overcoming Body Image Problems Including Body Dysmorphic Disorder: A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. Robinson.
- Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D (2006) A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Research and Therapy* 44:99-111.

KOMENTARZ

Prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM
w Katowicach

Zaburzenie obrazu ciała funkcjonuje od końca XIX wieku pod nazwą naukową i potoczną dysmorfofobia. Zapoznałam się z artykułem z ogromną ciekawością i muszę przyznać, że dawno nie czytałam rozważań dotyczącego tego problemu, które miałyby tak duże walory dydaktyczne. Powinien go przeczytać każdy lekarz w trakcie specjalizacji. Pomoże przyszłemu psychiatrze spojrzeć na tę chorobę w aspekcie dwóch obowiązujących jeszcze klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV, choć autorzy odnoszą się do pojęcia zaburzenia obrazu ciała również w aspekcie historycznym. W trakcie czytania lekarz ma możliwość zapoznania się z kryteriami diagnostycznymi, postawienia rzetelnego i trafnego rozpoznania na podstawie zróżnicowania objawów z koniecznością oceny istnienia związku z innymi zaburzeniami. Należy wziąć pod uwagę, czy nie współistnieją stwierdzone objawy z depresją, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, zaburzeniami odżywiania się, fobią społeczną, zaburzeniami somatyzacyjnymi, ale również ze schizofrenią, choć w obu systemach wyklucza się urojeniowe postaci dysmorfofobii. Z rozpoznaniem tym (obraz kliniczny i diagnozowanie) rozprawia się prof. Maria Siwak-Kobayashi w II tomie „Psychiatrii” – „Psychiatria kliniczna” str. 467-473, natomiast internauci określają dysmorfofobię jako chorobę na wygląd.

Dysmorfofobia (body dysmorphic disorder, BDD) jest zaburzeniem psychicznym, którego cechą charakterystyczną jest występowanie lęku związanego z przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie lub budowie ciała. Czasem taki defekt ciała jest tylko wyolbrzymiony. Termin ma pochodzenie greckie. Słowo dysmorfia oznacza w języku greckim brzydotę, szczególnie twarzy. Choroba ta jest dość rzadko

rozpoznawana i to powoduje, że nie ma rzetelnych badań epidemiologicznych. Najczęściej rozpoczyna się w młodym wieku (okresie dojrzewania) i dotyka prawie identycznej liczby mężczyzn i kobiet, a granice zakresu częstości jej występowania są szerokie, bo wahają się od 3 do 16%.

Bardzo charakterystyczne są zachowania kompulsyjne, takie jak przeglądanie się w lustrze, nagrywanie filmów i robienie zdjęć. Przekonanie o deformacji własnego ciała bywa tak dotkliwe, że może popychać do samobójstwa. W badaniach amerykańskich stwierdzono, że myśli samobójcze ma 78% chorych, a 24-28% podejmuje próbę odebrania sobie życia. Niewykluczone, że samobójstwa chorych z tym zaburzeniem zdarzają się częściej niż wśród chorych na depresję, zaburzenie dwubiegunowe i zaburzenia odżywiania. Choroba ma charakter przewlekły, a rokowanie jest problematyczne. Większość chorych nie zawiera małżeństwa, źle funkcjonuje w grupie szkolnej, ma trudności w relacjach z innymi ludźmi – w rodzinie czy w miejscu pracy, co w konsekwencji pogarsza jakość ich życia. Chorzy wielokrotnie poddają się operacjom plastycznym lub podejmują próby naprawiania swojego wyglądu przez samouszkodzenia.

W ostatniej części artykułu autorzy oceniają skuteczność interwencji psychologicznych i farmakoterapii zaczerpniętych z wytycznych NICE, w przypadku działań psychologicznych skupiają się przede wszystkim na terapii poznawczo-behawioralnej, a w farmakoterapii na SSRI.

Piśmiennictwo:

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition. (1994): APA, Washington
2. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Dysmorfofobia> Dostęp: 07.08.2011
3. Phillips KA The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. Oxford: Oxford University Press, 2005, s. 56.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. (1998): UWM Vesalius, IPiN Kraków-Warszawa.
5. Stanisław Porczyk: Dysmorfobia. Pomocnik Psychologiczny, 12 kwietnia 2007 (bezpłatny dodatek do tygodnika Polityka).
6. Pużyński S., Rybakowski J., Węgiorka J (red.). Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2011.