

# Dysmorfofobi – nytt lys på gammel sykdom

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Dysmorfofobi er karakterisert ved en overdreven opptatthet av en innbilt, eventuelt reell, men minimal defekt i pasientens utseende, og fører til betydelig ubehag.

**Materiale og metode.** Søk i databasene Medline og PsycINFO (1966–2002) på ordene «body dysmorphic disorder» og «dysmorphophobia» resulterte i 253 artikler. 70 av disse representerte systematiske studier, mens 59 var kasusbeskrivelser.

**Resultater.** Dysmorfofobi er antakelig langt vanligere enn tidligere antatt (0,7–2,3 %), og er fremdeles ukjent for mange klinikere. Lidelsen debuterer ofte i puberteten, og har et kronisk forløp uten adekvat behandling. Selv om tilstanden synes triviell for utenforstående, har den betydelige konsekvenser i form av sosial isolering, arbeidsuførhet, unødvendig kosmetisk kirurgi, psykiatrisk komorbiditet, selvmordsforsøk og selvmord. Anbefalt behandling er medikamentell (primært selektive serotoninreopptakshemmere) og kognitiv terapi. Mange søker behandling hos dermatologer og kosmetiske kirurger, uten dokumentert effekt, snarere med forverring som resultat.

**Fortolkning.** De senere årene er dysmorfofobi blitt bedre kjent og forstått. Trass i dette er forskningen omkring lidelsen fortsatt i et tidlig stadium. Selv om mye gjenstår å lære om kroppsdysmorfofobisk lidelse, er det viktig at klinikere diagnostiserer denne tilstanden, da tilgjengelig behandling er lovende.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

## Kristin Mack

Psykiatrisk avdeling  
Aker universitetssykehus

## Berit Grøholt

Instituttgruppe for psykiatri  
Sogn Senter for barne- og ungdomspsykiatri  
0319 Oslo

Dysmorfofobi, kroppsdysmorfisk lidelse eller «body dysmorphic disorder» er alle navn på samme lidelse som første gang ble beskrevet av Moriselli i 1891 (1). Lidelsen var etter dette lite omtalt i psykiatrisk litteratur inntil 1991 (2). Året etter fant lidelsen sin plass i ICD-10 (3). Betegnelsen «body dysmorphic disorder» (BDD) fra DSM-IV anvendes ofte i Norge, men kroppsdysmorfisk lidelse og dysmorfofobi er norske oversettelser i diagnoselistene (3, 4). ICD-10 skiller mellom en psykotisk type med vrangforestillinger (F22.8) og en ikke-psykotisk type (F45.2). I amerikansk psykiatrisk nosologi (DSM-IV) klassifiseres lidelsen som en somatoform lidelse (300,7) (4) (ramme 1). Også her blir det differensiert mellom dysmorfofobi med og uten vrangforestillinger. Men dette skillet er mindre distinkt enn i ICD-10 da dysmorfofobi med vrangforestillinger kan dobbeltkodes som både vrangforestillingslidelse, somatisk subtype og dysmorfofobi.

Denne artikkelen gir en oversikt over aktuell litteratur om dysmorfofobi, og en beskrivelse av kliniske trekk, klassifikasjon, forholdet mellom obsessiv-kompulsiv lidelse og dysmorfofobi, behandlingsstrategier og implikasjoner for klinisk praksis.

## Materiale og metode

Søk i Medline og PsycINFO (1966–juni 2002) på søkeordene «body dysmorphic disorder» og «dysmorphophobia» resulterte i 253 engelsk- og norskspråklige artikler, den første fra 1970. I 85 av artiklene nevnes lidelsen uten nærmere omtale. Av de 168 gjenværende artiklene er 59 kasusbeskrivelser, 36 oversiktsartikler og tre artikler omhandler diagnosen uten å presentere egne studier. I alt 70 artikler refererer mer systematiske studier. 27 artikler er prevalensstudier: fire med utgangspunkt i normalpopulasjoner, to i grupper av kroppsbyggere, åtte blant psykiatriske pasienter, fem fra dermatologiske pasienter og åtte blant personer som søker kosmetisk kirurgi. 20 artikler refererer behandlingsstudier, hvorav 12 med



## Fakta

- Pasienter med dysmorfofobi lider av en intens, smertefull opplevelse av å ha en eller flere utseendemessige defekter. Dette på tross av et normalt ytre
- Sykdommen ledsages blant annet av nedsatt sosial og yrkesmessig fungering, sameksisterende psykiatriske lidelser og selvmordsproblematikk
- Store prevalensstudier er ikke utført, men lidelsen som er beskrevet over store deler av verden, synes å være underdiagnostisert og langt vanligere enn man tidligere har trodd
- Det er viktig at klinikere gjør seg kjent med lidelsen da behandling med selektive serotoninreopptakshemmere synes lovende

atferdsorientert psykoterapi og åtte med medikamenter. Bare en av studiene er en randomisert blindstudie (5).

## Kliniske trekk

*Kasustikk. En 22 år gammel mann, 185 cm høy, mørk, pen og slank, er besatt av tanken på at han er for høy. Han måler høyden sin utallige ganger i løpet av dagen, og klarer i liten grad å konsentrere seg om annet. Dette går utover studier og venner. Han isolerer seg, og vurderer å ta sitt eget liv, dersom røntgenbilder av skjelettet skulle vise at han kommer til å vokse mer.*

Denne pasienthistorien illustrerer noen av kjennetegnene på dysmorfofobi. Pasientene drømmer ikke om å oppnå skjønnhet, deres subjektive ønske er å se normale ut. På tross av den intense opplevelsen av å være unormalt stygg, kan de kan godt ha et tiltrekkende ytre. En hvilken som helst kroppsdel kan være i fokus, men defekter knyttet til ansiktet, særlig nesen, huden og håret, er vanligst (6, 7). Også bekymringer om kviser, rynker, arr, blekhet, rødme, klumpete nese eller skallethet forekommer ofte (8). Flertallet er opptatt av flere defekter samtidig (9), ofte så intenst at det gir seg utslag i gjentatte handlinger knyttet til de innbilt skavankene. Slike er beskrevet hos over 90 %, selv om tvangspregede handlinger ikke er blant diagnosekriteriene for lidelsen (10). Eksempler

er overdreven speiling, forsøk på å kamufflere defekten (klær, sminke, kroppstilling) eller gjentatte bestrebelser på å overbevise andre om dens eksistens (11). Konsekvensene kan bli betydelige. For eksempel kan pasientene, i forsøk på å pirke vekk uregelmessigheter i huden, påføre seg selv så store skader at de trenger akutt kirurgisk behandling (12).

### Klassifikasjon

Det er divergerende meninger om hvordan dysmorfofobi best klassifiseres. Noen fremhever lidelsen som distinkt og unik (13), andre plasserer den innen det obsessiv-kompulsive-spekteret av lidelser (14), mens andre har plassert dysmorfofobi blant en rekke lidelser med forstyrrelser i kroppsbildet (9).

Er dysmorfofobi med og uten vrangforestillinger to forskjellige, eller variasjoner over en og samme lidelse? Flere studier har vist at de to tilstandene i stor grad overlapper hverandre (9, 10, 12). En studie viste at pasientenes sykdomsinnsikt gjerne fluktuerte under sykdomsforløpet, langs hele skalaen fra god innsikt til vrangforestillinger hvor innsikt var fraværende. Dysmorfofobipasienter med vrangforestillinger skilte seg ikke vesentlig fra dem uten, med hensyn til demografiske trekk, fenomenologi, sykdomsforløp, assosiert psykopatologi og fraværende behandlingsrespons (10). Flere undersøkelser viste at pasienter med psykotiske vrangforestillinger responderte like godt på selektive serotoninreopptakshemmere som dem uten (15, 16), og at de ikke hadde effekt av nevroleptika alene (10).

Allerede de første artiklene om dysmorfofobi fremmet hypotesen om et slektskap med obsessiv-kompulsiv lidelse (1). Både dysmorfofobi og obsessiv-kompulsiv lidelse kjennetegnes av vedvarende og pinefulle tanker som er vanskelig å undertrykke og kontrollere, og som gjerne resulterer i gjentatte tvangspregede handlingsmønstre. Det er påvist høy forekomst av dysmorfofobi blant pasienter med obsessiv-kompulsiv lidelse og også blant deres familiemedlemmer (14). Sammenfallende nevropsykologiske avvik i de to pasientgruppene understøtter også hypotesen om at dysmorfofobi hører til det obsessiv-kompulsive spekteret av lidelser (17). En sammenlikningsstudie viste store likheter mellom de to pasientgruppene, med hensyn til kjønnsratio, fenomenologi, sykdomsforløp, alvorlighetsgrad, nedsatt funksjonsnivå, samtidig psykopatologi og familiehistorie (10). Imidlertid avslørte studien også ulikheter; pasientene med dysmorfofobi led oftere av samtidig depresjon eller sosial fobi, hadde høyere forekomst av selvmordsforsøk enn pasientene med tvangslidelse og fremfor alt hadde de dårligere sykdomsinnsikt.

### Epidemiologi

Store prevalensstudier av dysmorfofobi er ikke utført. Allikevel synes lidelsen, som er

## Ramme 1

### Diagnostiske kriterier for dysmorfofobi i DSM-IV

- Opptatthet av et innbilt defekt utseende. Om en liten fysisk defekt foreligger, er personens bekymring betydelig overdrevet.
- Opptattheten forårsaker klinisk betydningsfullt ubehag eller funksjonssvikt, sosialt, arbeidsmessig eller på andre viktige områder.
- Opptattheten forklares ikke bedre av en annen psykiatrisk lidelse (f.eks. misnøye med kroppsforn og størrelse som ved anorexia nervosa)

beskrevet over store deler av verden, å være underdiagnostisert og langt vanligere enn man hittil har trodd (11). Underrapporteringen skyldes dels at pasientene skammer seg over, og dermed hemmeligholder sine symptomer, og dels at pasientene ofte oppsøker ikke-psykiatrisk behandling, f.eks. hos dermatologer og kosmetiske kirurger (2). I tillegg bidrar legers manglende kunnskap om lidelsen til under- og feildiagnostisering (11).

Mindre studier av befolkningsgrupper rapporterer prevalensstall på 0,7 % og 1,1 %, blant tenåringer 2,3 % og i en studie av collestudenter 5,3 % (14, 18–20).

Blant psykiatriske pasienter og innen medisinske områder som dermatologi og kosmetisk kirurgi er prevalensen høyere. Blant polikliniske psykiatriske pasienter fant man en prevalens av dysmorfofobi på 3,2 % (21), og blant inneliggende psykiatriske pasienter 13,1 % (22). Ingen av disse pasientene fikk stilt diagnosen av sin behandlende lege i sykehuset. Pasientene ville heller ikke fortelle om sine symptomer med mindre de ble spurt eksplisitt om dem, på grunn av den uttalte

skamfølelse som ledsager lidelsen. Blant 268 pasienter henvist til dermatolog var prevalensen for dysmorfofobi 11,9 % (23). I to studier av pasienter henvist til kosmetisk kirurgi, fant man at henholdsvis 6 % og 7 % tilfredsstilte diagnosekriteriene for dysmorfofobi (24, 25).

Når det gjelder kjønnsfordelingen av dysmorfofobi er funnene sprikende (7, 15, 26). Dette kan skyldes forskjeller i studienes inklusjons-/eksklusjonskriterier (7, 26) og ulik alvorlighetsgrad av dysmorfofobi blant pasientene (27). De klareste kjønnsforskjellene er knyttet til symptomutformingen, og avspeiler rådende kulturelle forskjeller mellom kjønnene i landene der undersøkelsene er gjort. Begge kjønn er opptatt av hud, hår og nese. Kvinnene fokuserer i tillegg på fedme, mens mennene bekymrer seg over skalletehet, penisstørrelse og manglende muskler. Flere arbeider tar spesielt for seg en undergruppe av dysmorfofobi, muskeldysmorfi, populært kalt adoniskomplekset, som beskriver menn som er besatt av ønsket om større muskler (28, 29).

Det er vanlig å anta at dysmorfofobi debuterer i puberteten (15), men debutalder i 20-årene så vel som i førpuberteten er beskrevet (9).

### Funksjonsnedsettelse

Graden av funksjonsnedsettelse ved dysmorfofobi varierer, men alle med lidelsen har problemer på det personlige, yrkesmessige eller sosiale plan og forekomsten av psykiatriske innleggelser, arbeidsuførhet, selvmordsforsøk eller selvmord er høy (12). Skamfølelsen over utseende fører til at mange pasienter i stor grad unngår sosial kontakt.

Av 188 pasienter med dysmorfofobi var 85 % ugift, 47 % hadde tidligere vært innlagt i psykiatrisk sykehus, og 22 % hadde minst ett selvmordsforsøk bak seg (27). Også for barn og ungdom kan konsekvensene bli betydelige. Blant 33 barn og tenåringer med lidelsen hadde 94 % nedsatt sosial fungering, 85 % hadde problemer med jobb eller skolegang, 39 % hadde vært innlagt i psykiatrisk avdeling og 21 % hadde forsøkt å ta sitt eget liv (30).

Det er også vist at pasienter med dysmorfofobi opplever svært høyt nivå av subjektiv stress (31), og pasientene skåret dårligere på livskvalitet enn pasienter med diabetes, depresjon og nylig gjennomgått hjerteinfarkt (32).

### Samtidige lidelser

Som regel har pasienter med primær dysmorfofobi andre psykiatriske lidelser i tillegg, vanligst er depresjon, obsessiv-kompulsiv lidelse, sosial angst og personlighetsforstyrrelser (9, 12, 15, 33). Blant 58 pasienter med dysmorfofobi hadde 72 % komorbid stemningslidelse, hvorav halvparten alvorlig depresjon, 74 % hadde samtidig angstlidelse, hvorav 41 % var tvangslidelse, 21 % pa-

## Ramme 2

### Nyttige spørsmål ved mistanke om dysmorfofobi

- Er det trekk ved ditt utseende som plager eller bekymrer deg? *Hvis ja:* hva er det du har problemer med?
- Hvor mye tid bruker du i løpet av en dag på å tenke på dette?
- Har disse tankene påvirket livet ditt på noen måte (skole, arbeid, fritidsaktiviteter, sosialt eller annet)?
- Har disse tankene hatt innvirkning på familie eller venner?
- Har du gjort noe for å bli kvitt det du ikke liker ved ditt utseende?

nikklidelse/agorafobi og 12% sosial fobi (15). Blant 33 barn og tenåringer med dysmorfofobi, fant man tilsvarende forekomster av depresjon, tvangslidelse og sosial fobi (30). Lidelsene forekom like hyppig hos menn og kvinner blant 188 pasienter med dysmorfofobi (27), i motsetning til funn i den generelle befolkningen hvor alvorlig depresjon, panikklidelse, agorafobi og spesifikke fobi er vanligere hos kvinner enn menn. Blant 74 pasienter med dysmorfofobi hadde 57% en eller flere personlighetsforstyrrelser, vanligst unngående type (34).

### Etiologi

Kunnskapen om årsakene til dysmorfofobi er mangelfull. Teoriene i litteraturen er hovedsakelig basert på kausstudier, klinisk erfaring og kunnskap om utvikling av kroppsbildet. Det er relativt bred enighet om at årsaken til utvikling av lidelsen er multifaktoriell, med både biologiske/genetiske, psykologiske og kulturelle medvirkende faktorer (9). En grundigere redegjørelse for disse går utover rammene for denne artikkelen.

### Diagnostikk

Det eksisterer flere engelskspråklige verktøy for diagnostisering og kartlegging av dysmorfofobi. The Body Dysmorphic Module består av seks spørsmål som tar utgangspunkt i kriteriene for dysmorfofobi i DSM-IV. Spørsmålene gir ingen opplysninger om alvorlighetsgrad, men er nyttige for legen som skal stille diagnosen (9). BDD-YBOCS er en modifisert utgave av Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (YBOCS), tilpasset dysmorfofobi. Den består av et semistrukturert intervju som graderer alvorlighetsgraden av pasientens symptomer de siste ukene (35). Også The Body Dysmorphic Examen (BDDE) er et semistrukturert klinisk intervju som kartlegger omfanget av de kognitive og atferdsrelaterte symptomer ved dysmorfofobi (36). The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) er et spør-

reskjema pasienten selv fyller ut (37). Det er nylig utviklet et selvutfyllingsskjema beregnet på screening av dysmorfofobi blant dermatologiske pasienter (38). Alle instrumentene har gode psykometriske egenskaper.

Phillips har utviklet noen få, enkle spørsmål gjengitt i ramme 2, som er nyttige å stille dersom leger ønsker å finne ut om dysmorfofobi foreligger (11).

### Behandling og prognose

Antallet kontrollerte behandlingsstudier av dysmorfofobi er begrenset. På bakgrunn av eksisterende data er konklusjonen i dag at hovedbehandlingen er medikamentell med selektive serotoninreopptakshemmere (16, 39–41), gjerne kombinert med kognitiv atferdsmodifiserende terapi. Den første randomiserte, placebokontrollerte behandlingsstudien ble nylig publisert, og viste at fluoxetin gav bedre symptomreduksjon enn placebo blant 67 pasienter med dysmorfofobi (5). Også pasienter med psykotiske vrangforestillinger responderte positivt. Behandlingsresponsen var uavhengig av varigheten og alvorlighetsgraden av lidelsen og andre samtidige lidelser. Basert på klinisk erfaring foreslår Phillips at doser av selektive serotoninreopptakshemmere økes gradvis til anbefalte eller høyest tolererte dose, dersom lavere doser ikke gir effekt. Medikamentene bør brukes i minimum tre måneder, da forekomsten av tilbakefall er stor ved tidlig seponering. Dersom responsen på én selektiv serotoninreopptakshemmer er dårlig, anbefales det å forsøke en annen (12). Avhengig av symptomatologi kan effekten bedres ved kombinasjon med for eksempel buspiron, nevroleptika eller litium (39).

Flere studier har vist at kognitiv atferds terapi også har god effekt ved dysmorfofobi (9, 11, 12). Teknikker som kognitiv restrukturering, eksponering (for eksempel overfor sosiale situasjoner) og responsprevensjon (unngå tvangshandlinger som for eksempel å speile seg) har vist seg nyttige (42).

Ikke-psykiatrisk behandling av grunnlidenelsen anbefales ikke. Mange med dysmorfofobi oppsøker ikke-psykiatrisk medisinsk behandling, og blant dermatologer og kosmetiske kirurger utgjør de 6–12% av pasientgrunnlaget (23–25). Blant 289 personer med dysmorfofobi, hadde 3/4 oppsøkt slik behandling, og 2/3 hadde mottatt behandling (43). Effekten av ikke-psykiatrisk behandling varierer i ulike studier, men de fleste konkluderer med at pasientene sjelden blir bedre, og i enkelte tilfeller verre (27, 44, 45).

Manglende forløpsstudier gjør det vanskelig å si noe sikkert om prognosen. Symptomene er ofte tilbakevendende, og ubehandlet synes lidelsen å bestå gjennom tiår (11, 43).

### Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1138–49.
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 381–8.
- Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 949–70.
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnostic controversies and treatment challenges. *Bull Menninger Clin* 2000; 64: 18–35.
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bull Menninger Clin* 1998; 62: A33–A48.
- Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 453–9.
- Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 170–5.
- Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press, 1996.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504–10.
- Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder: a guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 235–43.