
Kūno dismorfofobinio sutrikimo epidemiologiniai ir klinikiniai aspektai: literatūros apžvalga

I. K. Pakutkaitė*
E. Dlungauskas**
A. Navickas*
V. Danilevičiūtė*
B. Diomšina*

**Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika*

***Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos*

Santrauka. Kūno dismorfofobinis sutrikimas (KDS) pirmą kartą literatūroje paminėtas 1891 m. dismorfofobijos terminu. KDS diagnozė pirmą kartą paminėta DSM-III-R 1987 m. ir išliko DSM-IV ir DSM-V leidimuose. TLK-10 šio sutrikimo nėra, o jo simptomai minimi prie keturių skirtingų diagnozių. Asmenys su KDS dažniausiai yra perdėtai susirūpinę oda, plaukais, nosimi, nors susirūpinimas gali būti dėl bet kurio išvaizdos bruožo. Skirtingų tyrimų duomenimis, bendrojoje populiacijoje KDS paplitimas yra 0,7–2,4 %, o kosmetinės chirurgijos pacientų populiacijoje – iki 53 %. Sutrikimo išsivystymą lemia daugelis veiksnių: genetiniai, biologiniai, sociokultūriniai, psichologiniai veiksniai, patirti išgyvenimai. Asmenims su KDS daugiau nei 40 % atvejų nustatomi trys ir daugiau gretutinių psichikos sutrikimų, dažniausiai – depresija, socialinė fobija, obsesinis kompulsinis sutrikimas ir priklausomybės ligos. Daugelis asmenų su KDS pageidauja kosmetinio gydymo ir daugiau nei pusė jų jį gauna. Kadangi kosmetinės procedūros KDS simptomų nesumažina, kartais net sustiprina, teigiama, kad KDS turėtų būti kontraindikacija tokioms procedūroms. Įvertinus esamą KDS situaciją Lietuvoje ir Vakarų valstybėse, Lietuvoje būtų naudinga ir svarbu: 1) atlikti KDS epidemiologinius tyrimus; 2) ištirti specifinius Lietuvos populiacijai būdingus KDS ypatumus; 3) sukurti ar validuoti lietuviškus KDS atrankos ir diagnostikos instrumentus; 4) mokyti ir informuoti gydytojus apie KDS; 5) parengti rekomendacijas pacientų atrankai kosmetinėms procedūroms.

Raktažodžiai: kūno dismorfofobinis sutrikimas, epidemiologija, klinika, diagnostika.

Neurologijos seminarai 2015; 19(64): 84–93

IŽANGA

Šiuolaikinėje visuomenėje išvaizda yra ypač sureikšmintą. Patraukli fizinė išvaizda dažnai siejama su asmens sėkme profesinėje karjeroje ir socialiniame gyvenime. Vakarietiškoje kultūroje, taip pat ir Lietuvoje, jau keliolika metų visuomenės informavimo priemonės, propaguojamos tobulos išvaizdos idealą, prisideda prie kūno kulto ir visuomenės nuomonės formavimo, kad šiuolaikinis žmogus turi daryti karjerą, kurti šeimą ir kartu atrodyti nepriekaištingai [1, 2]. Graži išvaizda ir liesa figūra tampa seksualumo ir sveikatos simboliais. Išvaizda ir kūno formos dažnai siejamos su žmogaus gebėjimu kontroliuoti savo kūną, renkantis tam tikrą maistą ir ribojant jo kiekį, sportuojant ar skiriant pakankamai dėmesio kitoms išvaizdos priežiūros ir tobulinimo priemonėms [1, 2]. Kartu siejamos ir su asmens gebėjimu kontroliuoti savo gyvenimą, veiklą, darbą, tokiais asmeninėmis savybėmis, kaip pareigingumas ir atsakingumas [1, 2].

Kadangi susirūpinimas fizine išvaizda vakarietiškoje visuomenėje tampa beveik įprastu reiškiniu, kartais labai

sunku pastebėti, kada jis tampa psichikos sutrikimo požymiu, sutrikdančiu normalų asmens funkcionavimą ir labai pabloginančiu jo gyvenimo kokybę.

Su medicinos pažanga atsiranda vis daugiau priemonių tobulinti žmogaus išvaizdą, jos tampa vis labiau prieinama didžiajai visuomenės daliai. Remiantis Tarptautinės estetinės ir plastinės chirurgijos draugijos paskelbtais duomenimis [3], per 2013 m. oficialiai visame pasaulyje buvo atlikta daugiau nei 23 milijonai kosmetinių procedūrų, iš kurių pusė buvo chirurginės. Lyginant su 2010 m., per trejus metus šis skaičius išaugo devyniais milijonais. Valstybės, pirmaujančios kosmetinių procedūrų skaičiumi, buvo Brazilija ir JAV, į penketuką taip pat pateko ir Europos valstybė – Vokietija. Kadangi informavimas apie atliktų kosmetinių procedūrų skaičių yra savanoriškas, realūs skaičiai turėtų būti daug didesni. Lietuvoje kosmetinių procedūrų statistikos nėra, nes šios paslaugos dažniausiai teikiamos privačiame sektoriuje. Tačiau, remiantis pasauline tendencija, galima daryti prielaidą, kad kosmetinių procedūrų populiarumas ir prieinamumas auga ir Lietuvoje. Asmenys su kūno dismorfofobiniu sutrikimu (KDS) dažniausiai kreipiasi ne į psichiatrus, o į kosmetinės medicinos specialistus, kurie dažniausiai nepateisina tokių pacientų lūkesčių [4, 5]. Todėl apie šį sutrikimą svarbu žinoti ne tik psichikos sveikatos specialistams, bet ir kitų specialybių gydytojams, kadangi jie paprastai pirmieji susiduria su tokio pa-

Adresas:

*Indrė Kotryna Pakutkaitė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika
Vasaros g. 5, 10309 Vilnius
Tel. (8 656) 11255, el. paštas ipakutkaite@gmail.com*

ciento simptomais, kuriuos labai svarbu pastebėti, tinkamai įvertinti ir laiku paskatinti asmenį kreiptis reikiamos pagalbos.

Apžvalginio straipsnio tikslas – atlikti svarbiausios mokslinės literatūros apie kūno dismorfofobinio sutrikimo istorinius, klasifikacijos, epidemiologinius, diagnostikos ir etiologijos aspektus analizę.

Darbo metodas: literatūros atranka atlikta naudojant duomenų bazę *Pubmed*. Paieškoje įvedus „*body dysmorphic disorder*“, ieškota 2005–2015 m. publikacijų anglų ir lietuvių kalbomis. Rastos 463 publikacijos anglų kalba ir nė vienos lietuvių kalba. Atlikta aktualiausių publikacijų, taip pat ir pagrindinių psichiatrijos klasifikacijų, vadovų ir monografijų apie KDS analizė.

ISTORINIAI KŪNO DISMORFOFOBINIO SUTRIKIMO ASPEKTAI

Kūno dismorfofobinis sutrikimas literatūroje minimas jau daugiau nei šimtmetį, kaip „dermatologinė hipochondrija“, „grožio hipochondrija“, „savo bjaurumu susirūpinęs asmuo“ (vok. *hässlichkeitskümmerer*), „tariama dermatologinė liga“ (angl. *dermatological nondisease*), „dismorfinis sindromas“, „monosimptomatinė hipochondrija“ ar „dismorfofobija“ [6].

Terminą „dismorfofobija“ pirmą kartą pavartojo italų psichiatras Morselli (1891 m.) apibūdinti obsesinei idėjai, baimei ir susirūpinimui dėl išvaizduojamos kūno deformacijos [7]. Vėliau šį terminą pavartojo prancūzų psichiatras Janet (1903 m.), aprašydamas pacientės atvejį, kuri dėl susirūpinimo ir neigiamų įsitikinimų apie savo išvaizdą 5 metus vengė išeiti iš namų [7]. Dupre (1907 m.) šias baimes mėgino paaiškinti propriocepacinės informacijos sutrikdymais [8]. Rusijoje dismorfofobijos atvejį apie pacientę, įsitikinusią, kad ji yra per didelė, o jos apatinė veido dalis yra deformuota, aprašė Osipov (1912 m.) [7]. Vieną žymiausių KDS atvejų, žinomą kaip „Žmogus vilkas“, apie pacientą, susirūpinusį išvaizduojamais savo nosies

defektais, aprašė psichoanalizės pradininkas Freud (1918 m.) [7, 9].

Kūno dismorfofobinis sutrikimas psichinių ligų klasifikacijoje pirmą kartą paminėtas 1980 m. Amerikos psichiatrijos asociacijos diagnostikos ir statistikos vadove DSM-III, kaip dismorfofobija – atipinis somatoforminis sutrikimas [10]. Terminas „kūno dismorfofobinis sutrikimas“ kartu su šio sutrikimo diagnostiniais kriterijais pirmą kartą aprašytas DSM-III-R (1987 m.) ir išliko visuose DSM leidimuose [7, 11]. Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijoje TLK-10 minimi abu terminai – dismorfofobija ir kūno dismorfofobinis sutrikimas [12].

DIAGNOSTINIAI KRITERIJAI IR DIAGNOZĖS FORMULAVIMAS: DSM VS. TLK

Remiantis DSM-V, KDS apibūdinamas šiais diagnostiniais kriterijais [13]:

- Susirūpinimas vienu ar daugiau suvokiamų fizinės išvaizdos defektų ar trūkumų, kurie kitiems yra nepastebimi ar atrodo neįžymūs.
- Tam tikru sutrikimo laikotarpiu, kaip atsakas į susirūpinimą išvaizda, atsiranda pasikartojantis elgesys (pvz., atvaizdo tikrinimas veidrodyje, perdėtas išvaizdos puoselėjimas, odos krapštymas, patvirtinimo iš aplinkinių ieškojimas) ar psichiniai veiksmai (pvz., savo išvaizdos lyginimas su kitų).
- Susirūpinimas asmeniui sukelia kliniškai reikšmingą distresą arba sutrikdo socialines, darbinės funkcijas ar funkcionavimą kitose svarbiose srityse.
- Asmens susirūpinimas išvaizda dėl kūno riebalų ar svorio geriau negali būti paaiškintas kaip valgymo sutrikimų simptomais.

Susirūpinimas išvaizda yra dažnas visuomenės reiškiny, tačiau, remiantis DSM kriterijais, KDS nuo normalaus susirūpinimo išvaizda skiriasi asmens išgyvenamu kliniškai reikšmingu distresu, asmens socialinių ir kitų

1 lentelė. Kūno dismorfofobinis sutrikimas TLK-10 klasifikacijoje [12]

TLK-10 diagnozė	Diagnozės aspektai, susiję su KDS simptomais
Hipochondrinis sutrikimas (F45.2)	<ul style="list-style-type: none"> Nuolatinis įsitikinimas, kad pateikiamą simptomą ar simptomus sukelia bent viena rimta somatinė liga, nors pakartotiniai medicininiai tyrimai nerodo jokios somatinės šių simptomų priežasties, arba nuolatinis susirūpinimas dėl tariamo kūno formos defekto. Nuolatinis nesutikimas su dauguma gydytojų įtikinėjimų ar patarimų, kad nėra jokios somatinės ligos ar sutrikimo, kuris patvirtintų turimus simptomus. <p>Apima kūno dismorfinį sutrikimą ir dismorfofobiją (nekliesesinę).</p>
Šizotipinis sutrikimas (F21)	<ul style="list-style-type: none"> Būdingas ekscentriškas elgesys ir mąstymo bei afekto anomalijos, kurie primena sutrikimus, konstatuojamus šizofrenijos metu. Įkyrumas be vidinio pasipriešinimo, dažnai su dismorfofobiniu, seksualiu ar agresyviu turiniu.
Kliesesinis sutrikimas (F22.0)	Vieno kliesesio atsiradimas, arba kompleksas giminingų kliesesių, kurie trunka ilgai, o kartais visą gyvenimą. Kliesesiai yra įvairaus turinio. <...> gali išreikšti įsitikinimą, kad jo kūnas yra išsigimęs .
Kiti nuolatiniai kliesesiniai sutrikimai (F22.8)	Tai kiti nuolatiniai kliesesiniai sutrikimai, kurie neatitinka kliesesinio sutrikimo (F22.0) kriterijų. Apima kliesesinę dismorfofobiją .

svarbių funkcijų sutrikdymu bei pasireiškiančiomis obsesijomis ir kompulsiniu elgesiu.

Literatūroje yra išskiriami nekliesinis ir kliesinis KDS variantai [6, 7, 14, 15]. Pastarasis pasitaiko 36–39 % KDS atvejų [16]. DSM-IV KDS buvo priskirtas prie somatoforminių sutrikimų, o kliesinis jo variantas klasifikuojamas kaip „kliesinio sutrikimo somatinis tipas“. Atliktų tyrimų duomenimis, kliesinis KDS variantas daugeliu aspektų atitinka nekliesinį [11, 16], todėl abiejų šių variantų, kaip skirtingų diagnozių, išskyrimas kėlė nemažai sumaišties formuluojant diagnozę ir taikant medikamentinį gydymą [11]. DSM-V abu variantai yra priskirti tai pačiai diagnozei ir nustatomi, remiantis tais pačiais kriterijais [17].

TLK-10-AM klasifikacijoje KDS nėra atskirai išskirtas, čia jis ar jam būdingi simptomai minimi prie keturių skirtingų diagnozių: I hipochondrinio sutrikimo (F45.2); II šizotipinio sutrikimo (F21); III kliesinio sutrikimo (F22.0); IV kitų nuolatinių kliesinių sutrikimų (F22.8) (1 lentelė) [12, 18] ir nė viena jų šio sutrikimo neapibūdina gana tiksliai [7]. Atskiros diagnozės klasifikacijoje nebuvimas specialistams apsunkina KDS simptomų klasifikaciją, nulemia nepakankamą KDS diagnostiką ir neefektyvaus gydymo taikymą tokiems pacientams [18]. Todėl, susidūrus su KDS, rekomenduojama remtis DSM diagnostiniais kriterijais [7].

EPIDEMIOLOGIJA IR DEMOGRAFINIAI ASPEKTAI

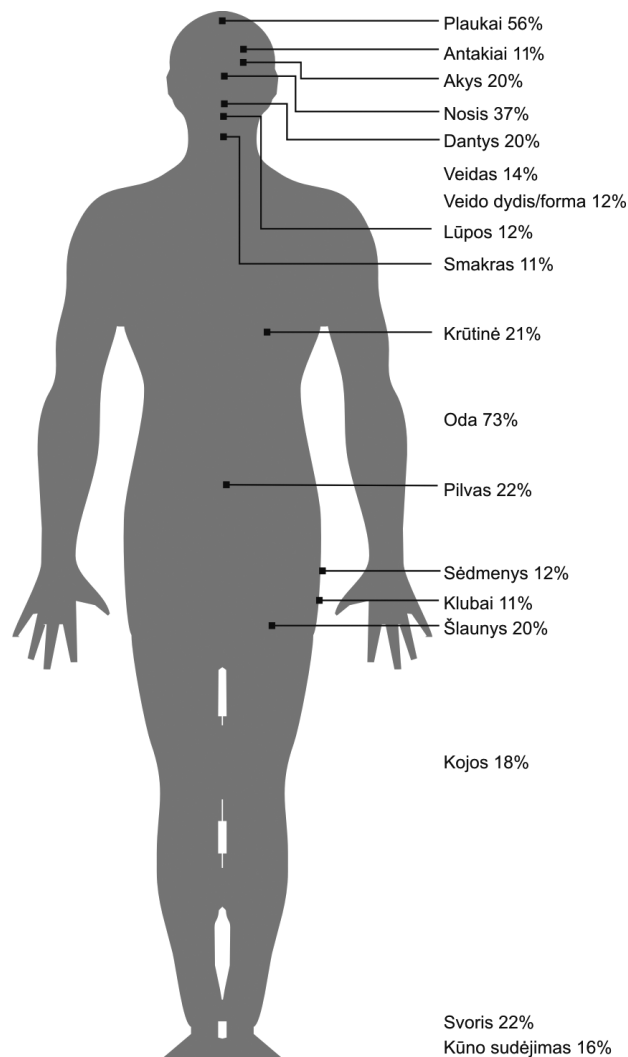
KDS paplitimas bendrojoje suaugusiųjų populiacijoje, skirtingais literatūros duomenimis, yra 0,7–2,4 % [7, 13, 14, 19–21] ir beveik nesiskiria JAV ir Europos valstybėse [13, 14]. Teigiama, kad šie skaičiai gali būti kur kas didesni, nes kai kurie apklausose dalyvaujantys asmenys gali neatskleisti savo simptomų ar iš viso atsisakyti dalyvauti tokiuose tyrimuose dėl išgyvenamo didelio gėdos jausmo, būdingo KDS [7, 22].

Asmenys su KDS dažniausiai kreipiasi į plastikos chirurgus, dermatologus, ortodontus, burnos bei veido ir žandikaulio chirurgus, o ne į psichinės sveikatos priežiūros specialistus. KDS dažnis tarp kosmetinės chirurgijos pacientų yra 3–18 % [7], pagal kai kurių tyrimų duomenis siekia net 53 % [23]; dermatologijos – 9–15 %, ortodontijos – 8 %, burnos bei veido ir žandikaulių chirurgijos – 10 % [13].

KDS dažnesnis tarp moterų, tačiau gana dažnas ir tarp vyrų: atliktų tyrimų duomenimis, JAV KDS nustatytas 2,5 % moterų ir 2,2 % vyrų, Vokietijoje – 1,9 % moterų ir 1,4 % vyrų [13, 23].

KDS prasideda dažniausiai ankstyvoje paauglystėje, tačiau pasitaiko ir suaugusiame amžiuje ar net vaikystėje [14]. KDS amžiaus pradžios vidurkis – 16 m., dažniausias KDS simptomų pradžios amžius – 13 m. [14].

2011–2012 m. naudojant į lietuvių kalbą išverstą „Atrankos kosmetinėms procedūroms skalę“ (*Cosmetic Pro-*



1 pav. Dažniausiai asmenims su KDS nepasitenkinimą keliančios kūno vietos [14]

Pastaba: susumuoti procentai didesni nei 100 %, nes asmenims su KDS susirūpinimą dažniausiai kelia daugiau nei vienas išvaizdos bruožas.

cedure Screening Scale, COPS), Lietuvoje ištyrus privačios plastinės chirurgijos klinikos pacientus, polinkis į KDS nustatytas 18,8 %, o kontrolinėje grupėje, kurią sudarė asmenys iš bendrosios populiacijos, – 4,67 % [24]. Tai tik preliminarūs duomenys, kadangi tyrimo dalyviai interviu metu nebuvo vertinti gydytojo psichiatro ir polinkis KDS nustatytas tik vertinant taikyto klausimyno atsakymus. Lietuvoje reikėtų atlikti išsamesnius tyrimus KDS epidemiologiniams ir demografiniams aspektams įvertinti.

KLINIKINIAI ASPEKTAI

Dažniausiai asmenys su KDS yra nepatenkinti ir susirūpinę savo oda (73 % pacientų), plaukais (56 % pacientų), nosimi (37 % pacientų), pilvu (22 % pacientų), krūtinė (21 % pacientų), akimis (20 % pacientų), šlaunimis (20 % pacien-

tų) ir dantimis (20 % pacientų), kiti bruožai ar kūno dalys pasitaiko rečiau (1 pav.) [14]. Ligos eigoje KDS pacientai vidutiniškai nurodo 5–7 susirūpinimą keliančius bruožus [25].

Obsesijos ir kompulsinis elgesys

Asmenys su KDS dėl tam tikro išvaizdos bruožo jaučiasi esantys bjaurūs ir nenormalūs. Toks iškreiptas išvaizdos suvokimas tampa obsesija – mintys tampa sunkiai kontroliuojamos, asmeniui kelia distresą ir emocinę kančią [26]. Būdingi tokie emociniai išgyvenimai kaip nerimas, liūdesys, beviltiškumas, baimė, nusivylimas, pasišlykštėjimas, frustracija ir kt. [14]. Trečdalis asmenų su KDS apie savo išvaizdos „defektus“ galvoja 1–3 valandas per dieną, beveik 40 % – 3–8 valandas per dieną, ketvirtadalis asmenų – daugiau nei 8 valandas per dieną [14].

Siekdami sumažinti dėl obsesijų kylantį distresą, beveik visi pacientai imasi įvairių veiksnių ar strategijų – kompulsijų, kurios yra skirtos išvaizdos „defektui“ paslėpti, patikrinti, „pataisyti“ ar gauti patvirtinimą, kad jis vis tik neatrodo taip blogai [26]. Beveik visi asmenys su KDS mėgina „defektą“ maskuoti drabužiais, kosmetika, plaukais, rankomis ar rinkdamiesi atitinkamą pozą ar stovėseną (91 %), savo susirūpinimą keliantį bruožą lygina su aplinkinių (88 %), tikrina atvaizdą veidrodžiuose ir kituose atspindinčiuose paviršiuose (87 %), didelė dalis ieško chirurginio, dermatologinio, odontologinio ar kito kosmetinio gydymo (72 %), daugiau kaip pusė asmenų perdėtai ir nuolat puoselėja savo išvaizdą (tvarko plaukus, tepa makiažą, skutasi, šalina plaukus ir kt.) (59 %), klausia aplinkinių ar ieško patvirtinimo dėl savo išvaizdos (54 %) ar liečia išvaizdos „defektą“ (52 %), kiek rečiau pasitaiko itin dažnas drabužių keitimas, dietų laikymasis, odos krapšymas, deginimasis, besaikis sportas ar svorių kilnojimas. Pastaraisiais metais labai išpopuliarėjęs vadinamųjų asmenų darymas išmaniaisiais telefonais kai kuriais atvejais taip pat galėtų būti laikomas kompulsiniu elgesiu. Vidutiniškai vienam asmeniui būdingi 6 skirtingi tokie veiksmai. Kompulsiniai veiksmai užima daug laiko, beveik pusė asmenų jiems sugaišta 3–8 ir daugiau valandų per dieną [14].

Įtaka gyvenimo kokybei ir kūno dismorfofobinio sutrikimo pasekmės

Beveik visi asmenys su KDS dėl įsitikinimo savo bjaurumu ar baimės, kad aplinkiniai gali menkinančiai pakoментuoti jų išvaizdą, patiria socialinių ir artimų santykių problemų bei vengia vienokių ar kitokių socialinių situacijų [27, 28]. Iš tirtų 200 KDS pacientų net trečdalis ligos eigoje mažiausiai savaitę vengė išeiti iš namų. Beveik toks pat yra dažnas darbingumo kritimas – asmenys dėl nuolatinių minčių ir kompulsinių veiksnių nebegali sutelkti dėmesio, mokytis ar dirbti [14]. Asmenys su KDS dažniau yra nesusituokę ar išsiskyrę, o nedarbingumas tarp šių asmenų yra didesnis nei bendrojoje populiacijoje [19, 20]. Depresiškas taip pat būdingas beveik vi-

siems KDS asmenims, apie 40 % asmenų piktnaudžiauja ar yra priklausomi nuo alkoholio ar narkotinių medžiagų [14].

Suicidinės mintys, bandymo nusižudyti ir įvykdytos savižudybės rodikliai tarp asmenų su KDS yra gana aukšti; vidutiniškai 80 % būdingos suicidinės mintys ir 24–28 % yra bandę žudyti [29]. Viena atlikta prospektyvinė studija atskleidė, kad įvykdytos savižudybės rodiklis buvo 0,3 % atvejų per metus (nors šį rodiklį, dėl santykinai mažos imties ir nepakankamos stebėjimo trukmės, autoriai rekomenduoja vertinti kaip išankstinį) [30].

Vidutiniškai trečdaliui asmenų būdingas smurtinis elgesys, kuris gali būti išprovokuotas pykčio dėl nepakeičiamos savo išvaizdos, kliesių, kad aplinkiniai iš jų tyčiojasi, ar jausmo, kad kiti juos atstumia dėl išvaizdos [6, 23]. Neretai toks elgesys gali būti nukreiptas į kosmetinės medicinos specialistus, nepatenkinusius asmenų su KDS lūkesčių [23, 31].

ETIOLOGIJA IR PATOFIZIOLOGIJA

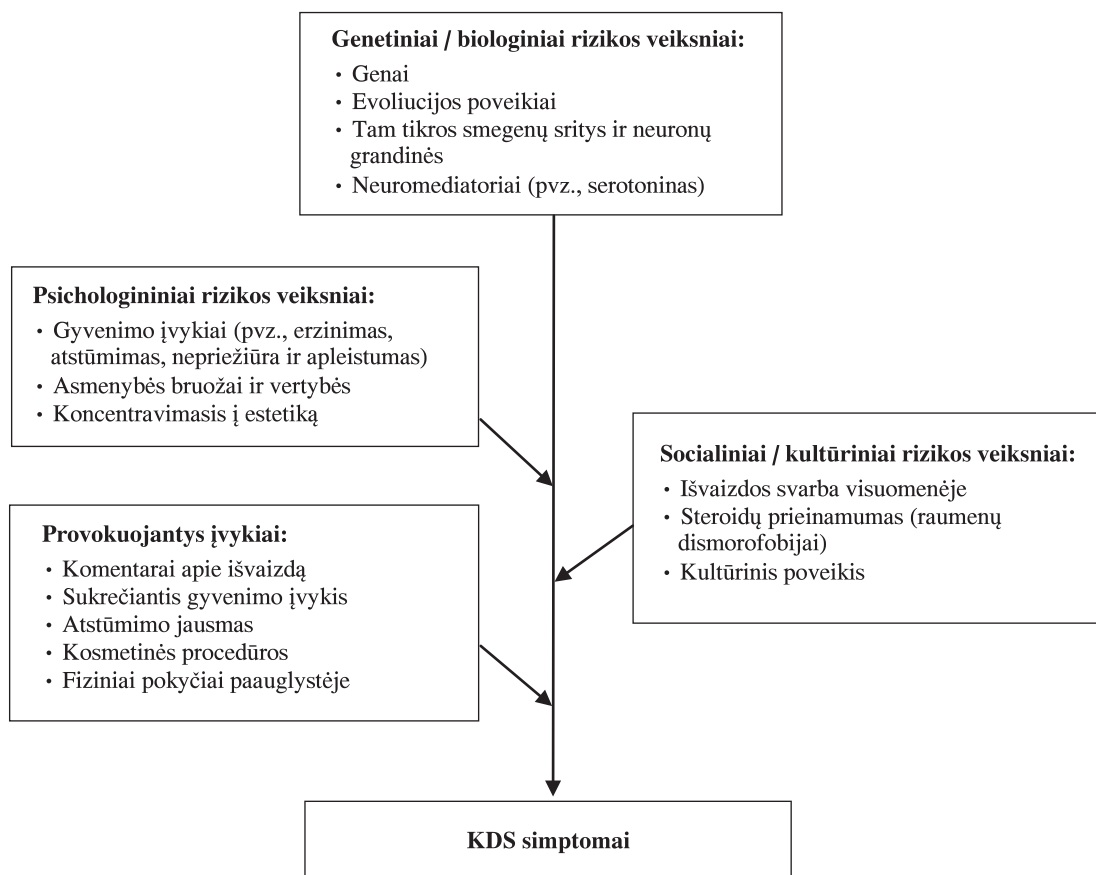
KDS išsivystymą nulemia daugelis veiksnių – biologiniai, psichologiniai ir sociokultūriniai [7, 14].

Neuropsichologiniais ir vaizdiniais smegenų tyrimais nustatyti asmenų su KDS neuronų grandinės pakenkimai frontostriatinėje ir temporoparietookipitalinėje srityse, kurios apdoroja emocinę informaciją ir veidų atvaizdus [32]. Taip pat nustatyta, kad asmenys su KDS perdėtai koncentruojasi į vizualinio stimulo detales [33]. O tyrime su emocijų išraiškų fotografijomis neutralias žmonių veido išraiškas jie buvo linkę interpretuoti kaip piktas ir paniekinančias tais atvejais, kai buvo sakoma, kad žmonės iš nuotraukų žiūri į tiriamuosius [34]. Pastarasis tyrimas patvirtina tokiems pacientams būdingas idėjas ir kliesesius, kad aplinkiniai juos vertina, kritikuoja ar atstumia dėl jų išvaizdos.

Keliamos hipotezės apie serotoninerginės sistemos pažeidimų ir KDS ryšį, tačiau jos kol kas grindžiamos tik netiesioginiais tyrimais – stebint teigiamą KDS simptomų dinamiką paskyrus farmakoterapiją serotonino reabsorbcijos inhibitoriais [35].

Keli atlikti tyrimai pagrindžia paveldimumo ir geneti- nių veiksnių įtaką KDS patogenezei [35]. Bienvenu ir bendraautoriai [36] nustatė, kad 8 % asmenų su KDS turi šeimos narį su KDS, šis dažnis yra reikšmingai didesnis nei bendroje populiacijoje. Taip pat buvo nustatytas obsesinio-kompulsinio sutrikimo (OKS) ir KDS paveldėjimo ryšys tarp pirmos eilės giminaičių: Phillips ir bendraautoriai nustatė, kad 7 % KDS pacientų turėjo pirmos eilės giminaitį su KDS [35], o Bienvenu ir bendraautoriai [36] – OKS probandų tarp pirmos eilės giminaičių KDS pasitaikė 6 kartus dažniau nei tarp kontrolinės grupės giminaičių.

Kol kas atliktas tik vienas preliminarus genetinis tyrimas nustatė ryšį tarp GABA(A)- 2 1(A) alelio ir KDS bei komorbidiškų KDS ir OKS. To paties tyrimo metu nusta-



2 pav. Galimas KDS išsivystymo kelias pagal Phillips [14]

tytas ryšys tarp KDS ir serotonino transporterio promotoriaus trumpojo alelio polimorfizmo [35].

Phillips [14] atkreipia dėmesį, kad įtakos KDS turi vaikystės išgyvenimai: tokie kaip emocinis ar fizinis apleistumas, emocinė, fizinė ar seksualinė prievarta ir perdėtas tėvų susirūpinimas asmens išvaizda, taip pat asmenybės bruožai: tokie kaip perfekcionizmas, žema savivertė, nepasitikėjimas savimi, perdėtas emocinis reagavimas į atstūmimą ir kritiką. Labiau specifinis asmenų su KDS bruožas, nagrinėjamas skirtingų autorių, – tai jautrumas estetikai [7, 14, 37, 38], kuriuo bandoma paaiškinti didesnę šių asmenų pastabumą nežymiai veido asimetrijai ar bruožų, kurie yra susiję su lyties požymiais, dydžiui, proporcijoms.

KDS išsivystymui įtakos gali turėti žiniasklaidos formuojami nerealistiški grožio idealai ir visuomenės dėmesys išvaizdai [14]. Veale [7] iškėlė hipotezę, kad galbūt ten, kur fizinė išvaizda ir grožis yra labiau vertinami ir kosmetinės operacijos yra populiareesnės (pvz., Pietų Amerikoje), KDS dažnis galėtų būti didesnis, nei tose kultūrose, kur išvaizda nėra taip sureikšmintą (pvz., arabų kultūrose). Tačiau kol kas nėra pakankamai duomenų apie atliktas studijas, kurios vertintų KDS dažnį ar klinikinius aspektus skirtingose kultūrose.

Kosmetinės operacijos ar kitos kosmetinės procedūros taip pat gali išprovokuoti KDS pradžią [14].

Phillips savo knygoje apie KDS [14] apibūdina skirtingus KDS išsivystymą lemiančius veiksnius ir pateikia galimą sutrikimo išsivystymo kelią (2 pav.).

GRETUTINIAI PSICHIKOS SUTRIKIMAI IR DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

Asmenims su KDS paprastai nustatomas mažiausiai vienas gretutinis psichikos sutrikimas [7, 39]. Gunstad ir Phillips [40] tik mažiau nei dešimtdaliui asmenų su KDS nustatė jokią gretutinio psichikos sutrikimo ir daugiau nei 40 % atvejų nustatė tris ir daugiau. Dažniausiai pasitaikantys gretutiniai psichikos sutrikimai yra didžioji depresija, socialinė fobija, obsesinis-kompulsinis sutrikimas ir priklausomybės ligos, rečiau pasitaikantys – valgymo sutrikimai, bipolinis sutrikimas, distimija [7, 39, 40].

Depresija

KDS būdingi depresiją primenantys simptomai: tokie kaip sumažėjęs pasitenkinimo jausmas, pasitikėjimas savimi, sumažėjusi savivertė, interesų rato susiaurėjimas, dėmesio koncentracijos stoka, bevertiškumo idėjos ir kt. [7, 14, 27]. Diferencinę diagnostiką kartais apsunkina ir tai, kad pacientai gėdijasi pasakyti tikrąją savo susirūpinimo priežastį [22]. Didžioji depresija yra dažniausias gretutinis psichikos sutrikimas asmenims su KDS, skirtingų tyrimų duomenimis, pasitaikantis net iki 82 % KDS atvejų [7]. Dažniausiai depresija išsivysto po KDS simptomų pradžios [40], dėl ko galima daryti prielaidą, kad KDS yra depresijos išsivystymą paskatinantis veiksnys [41].

Socialinė fobija

Socialinė fobija asmenims su KDS nustatoma 37–39 % atvejų [39, 40, 42]. Priešingai nei depresija, socialinė fobija dažniausiai pasireiškia prieš atsirandant KDS simptomams [40, 42].

Kaip jau minėta, asmenys su KDS yra įsitikinę savo bjaurumu, mano atrodantys nenormaliai, jaučia gėdą ir baimę, o šie įsitikinimai kelia nuolatinį nerimą. Asmenims su KDS dėl įsitikinimo, kad aplinkiniai stebi jų išvaizdos „defektą“, kritikuoja ir šaiposi, socialinėse situacijose nerimas dar labiau paaštrėja, todėl, bijodami kritikos, ilgainiui jie ima vengti tokių situacijų. Kritikos baimė, žema savivertė, socialinių situacijų vengimas – požymiai, būdingi socialinei fobijai, todėl kartais yra sudėtinga atskirti šiuos du sutrikimus [7]. Veale pažymi [7], kad asmeniui su KDS gretutinė socialinės fobijos diagnozė turėtų būti nustatyta tik tada, kai asmens baimė pasireiškia vienoje ar daugiau tokių socialinių ar veiklos situacijų, kuriose asmuo yra matomas nepažįstamų žmonių ar galimai apžiūrimas bei vertinamas, ir asmuo bijo, kad jis gali parodyti savo nerimo simptomus (pvz., išrausti, suprakaituoti, imti drebėti) ar atlikti kokį nors jį žeminantį ar trikdantį veiksmą.

Dėl šių dviejų psichikos sutrikimų simptomų panašumo literatūroje rekomenduojama pacientus su socialine fobija taip pat įvertinti ir dėl KDS [42].

Obsesinis kompulsinis sutrikimas

OKS vidutiniškai pasitaiko trečdaliui asmenų su KDS. OKS simptomai dažniausiai atsiranda vėliau nei KDS [40].

Vertinant simptomus, atsaką į gydymą, demografinius ir neurobiologinius aspektus, KDS ir OKS turi nemažai panašumų [14, 36, 43], todėl DSM-5 KDS buvo priskirtas prie „obsesinių-kompulsinių ir su jais susijusių sutrikimų“ [17]. Tačiau egzistuoja ir nemažai skirtumų tarp šių dviejų sutrikimų. Lyginant su OKS, asmenims su KDS yra būdingas mažesnis kritiškumas savo simptomų atžvilgiu, atkaklesnės pervertinimo idėjos ir kliesdėsiai [43, 44], dažniau pasitaiko suicidinės mintys, didžioji depresija ir piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis [43]. Tiriant OKS asmenis, tarp jų KDS nustatytas tik 12 % atvejų [44].

KDS obsesiškos mintys ir kompulsinis elgesys neretai gali priminti OKS. Todėl Veale teigia, kad OKS, kaip gretutinis psichikos sutrikimas, turėtų būti diagnozuotas tais atvejais, kai asmens obsesijos ir kompulsijos neapsiriboja vien tik susirūpinimu išvaizda. Kaip svarbų aspektą autorius mini tai, kad OKS turinčiam asmeniui nebūdingas įsitikinimas, jog tam tikras išvaizdos bruožas yra bjaurus ar nenormalus. Jeigu toks asmuo ir susirūpinęs išvaizda, tai dėl asimetrijos, netobulumo ar jausmo, kad joje kažkas yra „ne taip“ [7].

Priklausomybės ligos

Grant ir bendraautorai [45] priklausomybės ligas nustatė beveik pusei asmenų su KDS, iš kurių dauguma (68 %) tei-

gė, kad KDS simptomai paskatino pradėti vartoti psichoaktyvias medžiagas. To paties tyrimo metu buvo nustatyta, kad 81 % asmenų su KDS simptomai prasidėjo iki pradedant vartoti psichoaktyvias medžiagas. Dažniausiai buvo piktnaudžiaujama alkoholiu ir kanapėmis. Phillips [14] ir Veale [7] kelia hipotezę, kad asmenys su KDS dažnai piktnaudžiauja alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis, siekdami sumažinti susirūpinimą savo išvaizda, prislopinti neigiamas emocijas ar socialinį nerimą [7, 14]. Nustatytas asmenų, kurie be KDS dar serga ir priklausomybės ligomis, mėginimo nusižudyti dažnis buvo didesnis nei asmenų tik su KDS (38,4 % ir 18,9 %) [45].

Valgymo sutrikimai

Vienoje didžiausių atliktų studijų, kurioje tirti asmenys su KDS [46], valgymo sutrikimas buvo nustatytas net 32,5 % atvejų (nervinė anoreksija – 9 %, nervinė bulimija – 6,5 %, nepatiksinti valgymo sutrikimai – 17,5 %). KDS ir valgymo sutrikimams dažnai būdingi panašūs simptomai: tokie kaip iškreiptas kūno vaizdo suvokimas, žema savivertė ar perfekcionizmas. Tačiau, esant valgymo sutrikimui, KDS turi būti nustatytas tik tuo atveju, kai susirūpinimą keliantis išvaizdos „defektas“ nėra susijęs su kūno svoriu ar forma [7]. Kitą reikšmingą studiją atliko Grant ir bendraautorai [47]. Jos metu buvo tirtas 41 nervinė anoreksija sergantis pacientas ir KDS nustatytas net 39 % atvejų. Dažniausi susirūpinimą keliantys išvaizdos bruožai buvo nosis, oda, plaukai, smakras, lūpos ir akys – beveik nesiskyrė nuo asmenų tik su KDS minimų išvaizdos bruožų. Kollei ir bendraautorai [48], įvertinę 49 asmenis su nervine anoreksija ir 51 asmenį su nervine bulimija, KDS nustatė 12 % tiriamųjų. Pastarieji tyrimai nurodo, kad asmenis su valgymo sutrikimais reikėtų atidžiau vertinti ir dėl KDS simptomų [14].

KOSMETINĖS PROCEDŪROS IR KŪNO DISMORFOFOBINIS SUTRIKIMAS

Daugelis asmenų su KDS (71–76 %) dėl nepasitenkinimą keliančių bruožų kreipiasi ne į psichiatrus, o į kosmetinės medicinos specialistus (pvz., plastikos chirurgus, dermatologus ar odontologus) ir daugelis jų (64–66 %) gauna atitinkamą kosmetinį gydymą [4, 5]. Tačiau kosmetinis gydymas KDS simptomus sumažina tik itin retais atvejais (3,6–7 %) [4, 5]. Iš 200 asmenų su KDS, kuriems buvo taikytas koks nors kosmetinis gydymas, 91 % atvejų nebuvo jokio KDS simptomų pokyčio ir tik 17,7 % atvejų susirūpinimas atitinkamu išvaizdos bruožu (tuo bruožu, kuriam buvo taikytas gydymas) sumažėjo. Phillips teigia [14], kad jei asmenys po kosmetinio gydymo dėl tam tikro išvaizdos bruožo ima jaustis geriau, dažniausiai atsiranda susirūpinimas kitu išvaizdos bruožu.

Veale ir bendraautorai [49] nustatė, kad 81 % asmenų su KDS yra nepatenkinti ankstesniu kosmetiniu gydymu ar konsultacija. Negavę norimo gydymo ar likę nepatenkinti

jo rezultatais, tokie pacientai dažniausiai pageidauja naujų procedūrų ar vėl kreipiasi į kitus specialistus [7, 14]. Apklausus Amerikos estetinės ir plastinės chirurgijos draugijos narius, 12 % atskleidė, kad jiems yra tekę susidurti su nepatenkinto asmens su KDS fiziniiais grasinimais [31]. Literatūroje minimi ir atvejai, kai operacijos rezultatais nepatenkinti asmenys su įtariamu KDS užpuolė ar net nužudė plastikos chirurgą [23].

Kadangi kosmetinės procedūros ir objektyviai teigiami jų rezultatai negali sumažinti asmenų su KDS patiriamo distreso, o kartais priešingai – padidina jį ir sukelia tik papildomų problemų jas atlikusiems specialistams, literatūroje pažymima [4, 7, 27], kad KDS turėtų būti laikomas kontraindikacija kosmetinėms procedūroms.

Labai svarbu, kad plastinės chirurgijos gydytojai, gydytojai dermatologai, odontologai ir psichiatrai turėtų pakankamai žinių apie KDS ir galėtų jį pastebėti. Tačiau peržiūrėjus Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto oficialiuose internetiniuose puslapiuose viešai prieinamas minėtų specialybių gydytojų studijų programas, sunku pasakyti, ar būsimi specialistai gauna pakankamai žinių apie KDS, kadangi dalis studijų programų pateiktos nedetalizuojant paskaitų, seminarų ir pratybų temų. Taip pat peržiūrėtos minėtų specialybių gydytojų medicinos normos – KDS neįtrauktas į kompetencijų ir būtinųjų žinių reikalavimus, o plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojo medicinos normos Lietuvoje šiuo metu iš viso nėra.

PACIENTŲ ATRANKA KOSMETINĖMS PROCEDŪROMS

Visus kandidatus kosmetinėms procedūroms, ypač chirurginėms, rekomenduojama vertinti dėl KDS [7, 50, 51]. Tam yra sukurti diagnostiniai ar pacientų atrankos klausimynai [52].

Picavet ir bendraautorai [52], apžvelgę literatūrą iki 2011 m., identifikavo šešis įrankius, skirtus kosmetinės medicinos pacientų atrankai dėl KDS. Buvo vertintas įrankių jautrumas, specifiškumas, taip pat ar jie vystyti ir (ar) validuoti kosmetinės medicinos pacientų populiacijoje. Nustatyti tik du kosmetiniame sektoriuje validuoti įrankiai: Kūno dismorfofobinio sutrikimo klausimynas-dermatologinė versija (angl. *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire-Dermatologic versijon*, BDDQ-DV) ir Susirūpinimo dėl dismorfijos klausimynas (*Dysmorphic Concern Questionnaire*, DCQ). Šiuos klausimynus autoriai nurodė kaip tinkamiausius klinikiniam naudojimui ir tolimesniems KDS tyrimams kosmetinės chirurgijos sektoriuje [52]. Vėliau Veale su bendraautorais [53] parengė ir validavo Atrankos kosmetinėms procedūroms skalę (*Cosmetic Procedure Screening Scale*, COPS), skirtą identifikuoti KDS ir vertinti įvairių intervencijų pasekmes KDS. Veale [54] šią skalę taip pat pritaikė bei validavo ir moterų, pageidaujančių lytinių lūpų plastikos, atrankai dėl KDS (COPS-L). COPS skalė yra išversta ir į lietuvių kalbą

(COPS-LT), atlikta lietuviškos versijos kultūrinė adaptacija ir vidinio suderinamumo tyrimas [24]. Tačiau, norint ją plačiau taikyti pacientų atrankai, reikalingas šios skalės validavimas.

Nors klausimynai yra naudingi pacientų atrankai, tačiau ne visi asmenys gali būti linkę atvirai atsakyti į klausimus. Kai kurie autoriai [55] teigia, kad chirurgo pokalbis su pacientu – geriausias „testas“, padedantis atpažinti KDS.

Pokalbio metu specialistas turėtų atkreipti dėmesį ir įvertinti šiuos aspektus [7, 14, 51, 56]:

- Kaip stipriai asmuo yra susirūpinęs išvaizdos bruožu (-ais) ir koks ar kokie tai kūno bruožai?
- Kiek laiko per dieną asmuo praleidžia galvodamas apie susirūpinimą keliantį išvaizdos bruožą?
- Kaip susirūpinimas išvaizdos bruožu veikia asmens darbinės ir (ar) socialines funkcijas?
- Ar asmeniui būdingas kompulsinis elgesys (pvz., bruožo tikrinimas, maskavimas, kosmetinės procedūros ir kt.)?
- Ar asmens lūkesčiai kosmetinių procedūrų rezultatams yra nepagrįstai dideli?
- Ar asmeniui anksčiau buvo atliktos kosmetinės procedūros ir kaip jis vertina jų rezultatus?
- Kokia asmens psichiatrinė anamnezė?

KŪNO DISMORFOFOBINIO SUTRIKIMO GYDYMAS

Įpser ir bendraautorių atlikta *Cochrane* apžvalga apie KDS [57] ir Jungtinės Karalystės nacionalinio sveikatos ir klinikinio meistriškumo instituto gaires [58], kaip pirmo pasirinkimo KDS gydymus, rekomenduoja selektyvius serotonino reabsorbcijos inhibitorius (SSRI) ir kognityvinę elgesio terapiją (KET).

Įpser ir bendraautorai apžvelgė 5 patikimus klinikinius tyrimus (3 psichoterapijos ir 2 medikamentinio gydymo) [57] ir įvertino farmakoterapijos ir psichoterapijos efektyvumą gydant KDS. Selektyvus serotonino reabsorbcijos inhibitorius (SSRI) fluoksetinas buvo visais aspektais pranašesnis už placebo. Randomizuotų kontroliuojamų fluoksetino ir serotonino ir noradrenalino reabsorbcijos inhibitoriaus klomipramino klinikinių tyrimų metu stebėtas ryškus KDS simptomų sunkumo sumažėjimas. Įrodytas geresnis klomipramino efektyvumas, lyginant tricikliu atidepresantu desipraminu. Asmenų su kliesdiniais KDS įsitikinimais atsakas į SSRI monoterapiją buvo toks pats, kaip ir asmenų su ne kliesdine KDS forma. Ryškus KDS simptomų sumažėjimas taip pat buvo stebėtas dviejuose KET klinikiniuose tyrimuose, o viename klinikiniame tyrime nustatytas mažas atkryčių dažnis po KET.

Jungtinės Karalystės nacionalinio sveikatos ir Jungtinės Karalystės nacionalinio sveikatos ir klinikinio meistriškumo instituto gairės [58] pradiniam farmakologiniam KDS gydymui rekomenduoja fluoksetiną, kadangi apie jo

efektyvumą, gydant KDS, yra daugiau įrodymų, nei apie kitus SSRI. Taip pat gairėse pažymima, kad monoterapija antipsichotikais įprastai neturėtų būti skiriama net ir esant kliesinio pobūdžio KDS įsitikinimams.

APIBENDRINIMAS

KDS, skirtingų tyrimų duomenimis, bendrojoje populiacijoje pasitaiko 0,7–2,4 %, o kosmetinės chirurgijos pacientų populiacijoje – net iki 53 % atvejų. Nors KDS literatūroje minimas daugiau nei šimtmetį, Europoje ir JAV tyrinėjamas mažiausiai trečią dešimtmetį, yra suformuotos jo diagnostikos ir gydymo gairės, Lietuvoje apie šį psichikos sutrikimą tiek visuomenė, tiek gydytojai žino mažai. Lietuvoje nėra atlikta tikslių epidemiologinių ir demografinių KDS aspektus vertinančių tyrimų, nėra validuotų lietuviškų KDS atrankos ar diagnostinių įrankių, o diagnostiką apunkina diagnostikos kriterijų ir paties sutrikimo nebuvimas TLK-10-AM klasifikacijoje. Yra didelė rizika, kad daugelis nuo KDS simptomų kenčiančių asmenų negauna jiems reikalingos pagalbos. Ateityje reikėtų daugiau dėmesio skirti šiam sutrikimui ir jo tyrimams Lietuvoje. Tikslinga būtų sukurti ar validuoti adaptuoti KDS atrankinius ar diagnostinius įrankius lietuvių kalba. Populiarėjant tiek minimaliai invazyvioms, tiek chirurginėms kosmetinėms procedūroms ir didėjant jų prieinamumui, ypač svarbu yra apie KDS informuoti kosmetinės medicinos specialistus, paskatinti tikslesnę pacientų atranką procedūroms. Įvertinus esamą KDS situaciją Lietuvoje ir Vakarų valstybėse, Lietuvoje būtų naudinga ir svarbu: 1) atlikti KDS epidemiologinius tyrimus; 2) ištirti specifinius Lietuvos populiacijai būdingus KDS ypatumus; 3) sukurti ar validuoti lietuviškus KDS atrankos ir diagnostikos instrumentus; 4) mokyti ir informuoti gydytojus apie KDS; 5) parengti rekomendacijas pacientų atrankai kosmetinėms procedūroms.

Literatūra

- Garner GM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10(4): 647–56.
- Józefik B. Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery [Internet]. Hanover: The Association; 2006–2015 [cituota 2015 sausio 4 d.]. ISAPS Global Statistics. Prieinama adresu: <http://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics>
- Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549–55.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504–10.
- Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol* 2004; 3(2): 99–103.
- Veale D, Neziroglu E. *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. 1st ed. New York, NY: Wiley Blackwell, 2010.
- Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013; 15(4): PCC.12r01464.
- Gay P. *The Freud reader*. London: Vintage, 1995.
- Pine DS, McClure EB. Body dysmorphic disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 1818–21.
- Phillips KA, Hart AS, Simpson KB, Stein DJ. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr* 2014; 19(1): 10–20.
- TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Lietuvos psichiatrų asociacija. Leidybos komitetas, Pasaulinė sveikatos organizacija. Bunevičius R, Dembinskas A, red. Kaunas: Medicina, 1997; 70–130.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: an essential guide. New York, NY: Oxford University Press, 2009.
- Phillips KA. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40(2): 95–104.
- Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27(6): 573–91.
- Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety* 2014; 31(6): 487–93.
- Veale D, Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014; 36(Suppl 1): 14–20.
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006; 36(6): 877–85.
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr* 2008; 13: 316–22.
- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061–3.
- Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 67–72.
- Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *J Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12(2): 221–32.
- Pakutkaitė I, Sabulytė S. Lietuviškos COPS-LT (Cosmetic procedure screening questionnaire) klausimyno versijos kultūrinė adaptacija. Klausimyno taikymas ir vidinio suderinamumo tyrimas. Jaunųjų mokslininkų ir tyrėjų konferencija. Tezių knyga. 2013; 481–2.
- Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 549–55.
- Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image* 2004; 1: 113–25.
- Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic

- disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg* 2008; 32: 473–84.
28. Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2007; 4: 381–5.
 29. Phillips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry* 2007; 14: 58–66.
 30. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1280–2.
 31. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American society for aesthetic plastic surgery members. *Aesthet Surg J* 2002; 22: 531–5.
 32. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17(4): 205–10.
 33. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2000; 6(6): 673–81.
 34. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 105–11.
 35. Wei Li BS, Arienzo D, Feusner JD. Body dysmorphic disorder: neurobiological features and an updated model. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 2013; 42(3): 184–91.
 36. Bienvenu O, Samuels J, Riddle M, Hoehn-Saric R, Liang K, Cullen B, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 287–93.
 37. Lambrou C, Veale D, Wilson G. The role of aesthetic sensitivity in body dysmorphic disorder. *J Abnorm Psychol* 2011; 120(2): 443–53.
 38. Stangier U, Adam-Schwebe S, Müller T, Wolter M. Discrimination of facial appearance stimuli in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2008; 117(2): 435–43.
 39. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 317–25.
 40. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 270–6.
 41. Castle DJ, Rossell S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 521–38.
 42. Coles ME, Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety* 2006; 23: 26–33.
 43. Phillips KA, Pinto A, Hart AS, Coles ME, Eisen JL, Menard W, et al. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2012; 46(10): 1293–9.
 44. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(8): 1207–9.
 45. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(3): 309–405.
 46. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord* 2006; 39(1): 11–9.
 47. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *Int J Eat Disord* 2002; 32(3): 291–300.
 48. Kollei I, Schieber K, Zwaan M, Svitak M, Martin A. Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46(1): 52–9.
 49. Veale D, Boocock A, Gourmay K, Dryden W. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196–201.
 50. Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg* 2005; 31: 559–60.
 51. Gorney M. Recognition and management of the patient unsuitable for aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126: 2268–71.
 52. Picavet V, Gabriels L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope* 2011; 121(12): 2535–41.
 53. Veale D, Ellison N, Werner TG, Dodhia R, Serafty M, Clarke A. Development of a cosmetic procedure screening questionnaire (COPS) for body dysmorphic disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2011; 65(4): 530–2.
 54. Veale D, Eshkevari E, Ellison N, Cardozo L, Robinson D, Kavouni A. Validation of genital appearance satisfaction scale and the cosmetic procedure screening scale for women seeking labiaplasty. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013; 34(1): 46–52.
 55. Thomas JR, Sclafani AP, Hamilton M, McDonough E. Pre-operative identification of psychiatric illness in aesthetic facial surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2001; 25: 64–7.
 56. Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim Psychiatry* 2006; 13(7): 51–9.
 57. Ipser J, Sander C, Stein D. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1)CD005332.
 58. National Collaborating Centre for Mental Health [Internet]. Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder [cituota 2015 sausio 15 d.]. NICE Clinical Guideline 31; 2005. Prieinama: www.nice.org.uk/cg31

**I. K. Pakutkaitė, E. Długauskas, A. Navickas,
V. Danilevičiūtė, B. Diomšina**

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF BODY DYSMORPHIC DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Summary

Body dysmorphic disorder (BDD) was first described in literature in 1891 as “dysmorphophobia”. The diagnosis of BDD was first mentioned in DSM-III-R in 1987 and remained in DSM-IV and DSM-V. BDD diagnosis is not included in ICD-10 whereas its symptoms are described under four different diagnoses. Individuals with BDD are usually excessively preoccupied with their skin, hair and nose, however they can be preoccupied with any aspect of their appearance. According to different surveys, prevalence of BDD is from 0.7% to 2.4% in general population and up to 53% in the population of cosmetic surgery patients. There are many different factors that contribute to BDD’s development including genetic, biological, sociocultural and psychological fac-

tors, and specific lifetime events. More than 40% of individuals with BDD are diagnosed with three or more comorbid mental disorders, which most commonly are depression, social phobia, obsessive compulsive, and substance abuse disorders. Individuals with BDD most commonly seek cosmetic treatment and more than half of them receive it. Cosmetic procedures do not reduce overall BDD symptoms and sometimes even worsen them, therefore these procedures should be contraindicated for individuals with BDD. Considering current situation of BDD in Lithuania and Western countries, it would be essential and useful in Lithuania to do the following: 1. Carry out epidemiological surveys;

2. Investigate specific aspects of BDD that are characteristic of Lithuanian population; 3. Develop or validate BDD screening and diagnostic tools in Lithuanian; 4. Train and inform Lithuanian doctors about BDD. 5. Develop recommendations for patient screening regarding cosmetic procedures.

Keywords: body dysmorphic disorder, epidemiology, clinical aspects, diagnostic.

Gauta:
2015 02 25

Priimta spaudai:
2015 03 25