

Hvornår er det sygt at føle sig grim?

LEDER

Andreas Schröder &
Birgit Egedal
Bennedsen

Ugeskr Læger
2017;179:V68985

I dette nummer af Ugeskrift for Læger bringes en statusartikel, hvor man beskriver klassifikation, ætiologi og behandling af *body dysmorphic disorder* (BDD) [1]. Det er glædeligt, at der er fokus på denne alvorlige lidelse, som for mange patienter er forbundet med skam og ensomhed.

Der findes ikke en dansk betegnelse for BDD. I stedet bruges ofte det latinske begreb *dysmorfofobi*. BDD er sjældent som selvstændig lidelse, men findes hyppigt (> 10%) hos patienter, der er indlagt på psykiatriske afdelinger, typisk som komorbid problemstilling ved andre sindslidelser som angst, obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) eller depression. Det er først i de senere år, at BDD har fået større opmærksomhed, hvilket i høj grad skyldes den amerikanske psykiater *Katharine A. Phillips'* forskning [1].

I England har man i 2013 dannet *Body Dysmorphic Disorder Foundation*, som arbejder på at udbrede kendskab til lidelsen og dens behandlingsmuligheder [2].

Det centrale ved BDD er en forstyrret opfattelse af eget kropsbillede. Patienterne er optagede af »fejll« ved deres hår, hud, næse, bryster, mave eller kønsorganer, men også andre kropsdele kan være omfattet. Kroppdelen opleves som »forkert«; den er for stor/lille, for tynd/tyk, asymmetrisk, har forkert farve eller form. Forskning har vist, at det i langt højere grad er urimeligt høje indre standarder for eget udsende, som adskiller patienter med BDD fra raske personer, end det er patienternes overbevisning om, at andre mener, at de er grimme eller burde se anderledes ud [3]. Den oplevede defekt er altså oftest en mindre ufuldkommenhed, eller slet ikke eksisterende. Patienterne er opslugt af tanker om deres »forkerte udsende« mange timer hver dag, ligesom repetitive handlinger som at tjekke sig i spejlet er typiske. Megen energi bruges på enten at kamuflere »fejlen«, så den ikke ses af andre (vha. makeup, tøj, eller kropsholdning), eller at få den fjernet vha. kosmetiske og dermatologiske behandlinger. Personer, der lider af BDD, søger oftest ikke psykiatrisk eller psykologisk behandling, hvor især kognitiv adfærdsterapi har vist effekt. Som forfatterne påpeger, er dette problematisk, idet de kosmetiske indgreb typisk opretholder eller endda forværrer lidelsen.

Konsekvenserne af BDD er omfattende. Patienterne trækker sig fra social kontakt og undgår situationer, hvor »defekten« ikke kan skjules, f.eks. sportslige aktiviteter. Lidelsen er forbundet med stor skam, og i de sværeste tilfælde selvmordsforsøg.

Funktionsnedsættelsen, tankernes plagsomhed og den sygdomsrelaterede adfærd afgør, om der er tale om almindelig utilfredshed med eget udseende eller en psykisk lidelse. Denne skelnen er vigtigt, da BDD ofte debuterer i teenagealderen, hvor utilfredshed med egen krop mere er reglen end undtagelsen.

I det amerikanske diagnosesystem DSM-5 er BDD placeret under en ny gruppe af OCD-relaterede lidelser sammen med sjældne tilstande som *trikotillomani*, *skin picking* og *hoarding disorder*. Det samme kommer formentlig til at gælde for ICD-11, mens BDD i ICD-10 kodes som en afart af hypokondertilstand (F45.2). Den nye klassifikation begrundes med de OCD-relaterede lidelsers indbyrdes slægtskab, hvad angår genetiske og neurobiologiske forandringer [4]. Kliniske fællestræk er repetitiv uønsket tænkning og associeret uhensigtsmæssig adfærd.

Behandlingen indledes med, at man udfordrer patientens oplevelse eller overbevisning om at have en fysisk defekt, som skal skjules eller fjernes. I ukomplerede tilfælde, hvor patienten har god indsigt i problemstillingen, kan det være tilstrækkeligt, at egen læge sammen med patienten lægger en plan for ændring af den uhensigtsmæssige tænkning og adfærd. Medikamentel behandling med selektive serotoninoptagelseshæmmere (SSRI) kan overvejes i moderate tilfælde [1]. Er patienten svært plaget, har tydeligt nedsat funktionsniveau, eller har man mistanke om anden psykopatologi, henvises der til en praktiserende psykiater/psykolog med interesse for området eller til en psykiatrisk afdeling. Behandling af patienter, hvis forestillinger om eget udseende fastholdes med urokkelig overbevisning, er en specialtopgave. Her kræves typisk høje doser af SSRI-præparater, mens der ikke er evidens for antipsykotiske lægemidler, når patientens realitetssans i øvrigt er intakt.

LITTERATUR

1. Jawad MBM, Sjögren M. Body dysmorphic disorder. Ugeskr Læger 2017;179:V08160556.
2. <http://bddfoundation.org/> (5. feb 2017).
3. Veale D, Kinderman P, Riley S et al. Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. Br J Clin Psychol 2003;42:157-69.
4. Marras A, Fineberg N, Pallanti S. Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. CNS Spectrums 2016;21:324-33.

KORRESPONDANCE:

Andreas Schröder,
Funktionelle lidelser,
Aarhus Universitets-
hospital. E-mail:
andreas.schroeder@
aarhus.rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk