

BDD

DSM-5, diagnosmanual för psykiatri

Inom psykiatri används man sig av manualen DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Denna manual uppdateras med jämna mellanrum. Den senaste versionen, DSM-5, utkom på engelska 2013 och på svenska 2014. Nytt i denna version är att diagnoserna OCD, BDD, trichotillomani, dermatillomani och samlarsyndrom är sammanförda under rubriken: "Tvångssyndrom och relaterade syndrom".

Dysmorfofobi finns ännu inte med i det psykiatriska screeninginstrumentet MINI och i ICD-systemet (sjukdomsklassifikationer) återfinns diagnosen fortfarande under koden för hypokondri. En ny ICD-kod som följer DSM-5 kommer att införas under 2017.

Dysmorfofobi – BDD

Dysmorfofobi (upplevd fulhet) benämns oftast med den engelska förkortningen BDD, Body Dysmorphic Disorder. Denna förkortning kommer att användas genomgående i texten nedan.

Vad är BDD?

Personer med diagnosen BDD är fixerade vid sitt utseende och uppfattar sig som fula, defekta, abnorma, osymmetriska eller till och med vanställda när de ser sin spegelbild.

Det kan röra sig om vilken kroppsdel som helst: ögon, tänder, bröst, mage, ben, huvud, läppar, haka, ögonbryn eller könsorgan. Det kan vara ansiktet: akne, rynkor, linjer, ärr, osymmetri, blekhet eller näsans form och storlek. Det kan också handla om håret och en oro för att bli eller vara tunnhårig, att håret ligger fel eller att man har för mycket ansikts- och/eller kroppsbe håring.

Personer med BDD kan också tycka att deras kroppsbyggnad är för liten med för lite muskler eller att musklerna är osymmetriska, till exempel att vaderna har olika form och storlek. Detta kallas muskulär dysmorfofobi: en person (oftast en man) har en kroppslig fixering och tycker sig vara småväxt, smal eller sakna muskler, trots att dessa personer vanligtvis är mycket vältränade.

Inget av detta är synbart för omgivningen. Det är därför mycket svårt för anhöriga, vänner och andra i personens omgivning att förstå problematiken. Många personer med BDD har en uppfattning om att andra lägger märke till dem eller till och med gör sig lustiga över deras utseende. Detta är en villfarelse men den känns sann för dem.

Vilka problem medför BDD?

En person med BDD kan fastna i ritualer framför spegeln i timmar, vilket kan innebära att hen har svårt att passa tider. Håret måste ligga precis rätt, eventuella prickar eller akne måste döljas. De är helt upptagna av att kontrollera och jämföra olika kroppsdelar vilket kan ta åtskilliga timmar, ibland hela dagen. De kan byta kläder, sminka sig, använda döljande kläder eller en speciell frisyr för att kamouflera sina upplevda defekter. Trots allt arbete med att göra sig iordning kommer vissa personer ändå inte iväg till skola, arbete eller socialt umgänge, utan stannar hemma.

Överallt, ute som inne, finns det speglar och andra reflekterande ytor. Det är fönster, rostfria- och andra blanka ytor, bestick med mera som en person med BDD fastnar framför. Istället för att undvika att spegla sig dras de istället till att ständigt kontrollera sitt utseende. Vissa kan dock undvika speglar helt. Dessa beteenden blir som ritualer och ökar ofta obehaget och stressen.

Personer med BDD kan utveckla ett undvikande beteende som att isolera sig i sitt rum eller bostad, helst med fördragna gardiner och nerdragna persienner, eller som att undvika direkt belysning på sig om de får besök.

De kan också vilja ha lugnande bekräftelser och försäkringar om sitt utseende vilket inte hjälper, även när familj och vänner säger att de inte ser något fel. Omgivningen kan uppfatta problemen som inbillning, ett vanligt komplex eller ungdomsosäkerhet då de inte ser något fel och då förminska problemet. Detta kan leda till missförstånd och ytterligare isolering.

Familjemedlemmar utsätts för stress, till exempel när barnet eller tonåringen inte kommer iväg till skolan och det kan vara svårt att få skolpersonal att förstå. Det kan också vara svårt att behålla ett arbete då hen inte kommer i tid, ofta sjukskriver sig eller helt stannar hemma.

Ekonomin kan bli lidande dels för att de har svårt att arbeta eller studera och det är mycket vanligt att ungdomar med BDD slutar sina studier i förtid. Personer med BDD lägger ofta mycket pengar på inköp av olika skönhetsmedel, smink, döljande krämer och besök hos dermatolog. Vissa går så långt att de låter plastikeroperera sig, ibland gång på gång, eftersom de aldrig känner sig helt nöjda. De kan också skada sig själva i ett försök att förbättra sitt utseende till exempel genom att sola överdrivet mycket eller att peta, klämma och riva för att få bort ojämnheter på huden.

Anmälningar eller aggressivitet mot behandlare, läkare eller tandläkare är inte ovanliga då personen med BDD inte ser den förväntade förbättringen. Missbruk av alkohol eller andra droger är heller inte ovanligt.

Har personen en fixering vid kroppens uppbyggnad kan hen träna överdrivet, lyfta vikter och hålla strikta dieter vilket ibland leder till kroppsliga skador. I vissa fall kan personer med BDD missbruka anabola steroider i ett försök att bli större och få mer muskler.

Risken för självmord och självmordsförsök är stor både hos barn och vuxna med BDD och mycket stor hos ungdomar. I internationella studier har 80% av de som har BDD haft självmordstankar och över 25% har gjort självmordsförsök.

Tillhörande funktioner som stöder diagnos

Personer med BDD har en förvrängd idé av eller uppfattning om hur de ser ut. Risken att andra kan se och bedöma deras utseende negativt känns skrämmande.

Perfektionism är ett allmänt personlighetsdrag hos dessa personer och de kan ha en större förmåga att upptäcka avvikelser i detaljer även när det gäller annat än den egna kroppen.

En person med BDD kan ha en hög grad av ångest som social fobi och socialt undvikande. Det är vanligt med nedstämdhet. De har ofta dålig självkänsla och en del är introverta.

Eftersom personer med BDD skäms över sitt utseende, har de ofta svårt att förmedla sina tankar och uttrycka sin oro inför andra. De har också överlag en bristande sjukdomsinsikt.

En majoritet av personer med BDD söker och får olika kosmetiska behandlingar för att förbättra det utseende de uppfattar sig ha. Olika behandlingar av dermatologer och plastikkirurgiska ingrepp är vanliga men kan också sträcka sig till tandreglering eller elektrolysbehandlingar. Ibland har personer med BDD även utfört ingrepp på sig själva vilket oftast resulterar i en allmänt förvärrad situation.

Skillnad i BDD mellan män och kvinnor

Det finns internationella rapporter om BDD och dessa visar på fler likheter än olikheter kulturellt. Däremot kan symtomen påverkas av vissa kulturella värderingar eller preferenser.

Kvinnor och män ser ut att ha fler likheter än olikheter i kliniska egenskaper: negativ uppfattning av olika kroppsdelar, olika repetitiva beteenden, symtomens svårighetsgrad, dålig sjukdomsinsikt, självmordsrisk, samsjuklighet, sjukdomens förlopp och kosmetiska behandlingar och ingrepp.

Män har emellertid oftare muskulär dysmorfofobi samt en fixering vid könsorganens utseende medan kvinnor oftare har en samsjuklighet med ätstörningar.

Ärftlighet

BDD är till viss del genetiskt betingat. Det finns ofta någon nära släkting till den som har BDD som också har en diagnos inom tvångssyndrom-spektrat.

I de två tvillingstudier som genomförts fann man att gener förklarade 44% av symtomen vid BDD, samt att det finns en genetisk överlappning med tvångssyndrom.

Utveckling och förlopp

Oftast upptäcks BDD vid 16-17 års ålder men man vet att symtomen vanligtvis visar sig redan vid 12-13 år. Två tredjedelar av personer med BDD har symtom före 18 års ålder.

Gradvisa tecken på BDD börjar oftast vid 12-13 år och stegras med tiden, men vissa personer upplever ett snabbare insjuknande. Tillståndet tycks vanligtvis vara kroniskt utan behandling. BDD uppvisar samma symtom hos barn, ungdomar och vuxna.

Personer som tidigt, före 18 års ålder, får BDD löper en större risk att försöka ta sitt liv, har flera samsjukliga tillstånd och har en gradvis istället för en snabbare ökning av symtom, jämfört med de som insjuknar vid vuxen ålder.

Samsjuklighet (komorbiditet)

Vanligaste samsjuklighet är depression som ofta är en följd av BDD. Personen kan också ha social fobi, undvikandebeteende, tvångssyndrom, ätstörningar, eller missbruk av någon typ av läkemedel, alkohol eller droger.

Vad gäller alkohol- eller drogmissbruk rapporterar majoriteten att BDD hade föregått missbruket med minst ett år och majoriteten angav att det var fixeringen vid utseendet som ledde till ett problematiskt förhållande till droger och alkohol.

När personer uppvisar symtom på Trichotillomani (dra loss hårstrån) och Dermatillomani (hudplockning) och gör detta enbart för att förbättra sitt utseende, diagnostiseras det framförallt som BDD.

Förekomst

Det finns ett antal internationella studier av BDD men bara en från Sverige och då enbart på kvinnor (Prevalence of Body Dysmorphic Disorder among Swedish Women: a population-based study, S. Brohede, G. Wingren, B. Wijma och K. Wijma).

Resultaten från denna överensstämmer i stort med de internationella studierna. Studien påpekar också överlag att mer kartläggning och forskning behövs inom detta område.

I dessa studier uppskattar man att ca 2% av befolkningen har BDD och att fördelningen mellan män och kvinnor är relativt jämn. I dagsläget finns inga rapporter om hur utbrett BDD är bland barn och ungdomar.

Skönhetsnormer som förekommer i dagens samhälle har också påvisats ha en negativ påverkan men inte som en specifikt utlösande faktor. Man kan också påvisa att förekomsten av BDD har beskrivits i kulturer över hela världen sedan slutet av 1800-talet.

Internationella studier visar att 3-16% av patienter som gör plastikoperationer, 8% vuxna ortodontiska patienter och 10% som gör mun och käkkirurgi, har BDD.

Behandling

Som anhörig är det viktigt att komma ihåg att BDD är behandlingsbart, men att det på grund av bristande sjukdomsinsikt ibland kan krävas ett längre motivationsarbete för att få den som är drabbad att våga prova psykiatrisk/psykologisk behandling för sina problem.

De bäst dokumenterade behandlingarna för dysmorfofobi är kognitiv beteendeterapi (KBT) samt läkemedelsbehandling med antidepressiva (SSRI). Båda behandlingarna har var för sig visat effekt och leder till symtomminskning och ökad insikt.

KBT-behandlingen består av exponering med responsprevention (ERP) och i vissa fall även kognitiva inslag. Exponeringen innebär att patienten slutar undvika situationer och istället börjar göra sådant som är viktigt, för att på sikt återerövra delar av livet som begränsats av BDD.

Exponeringen kan också genomföras i form av beteendeexperiment där personens föreställningar testas: personen får då uppleva vad som händer om de till exempel visar sig utan att dölja sin upplevda defekt. Responsprevention innebär att sluta med tvångsmässiga beteenden kopplade till BDD, till exempel kontroller av utseendet och att söka försäkrar.

Det övergripande målet för KBT-behandlingen är att bryta fokus på utseendet, minska den oro som är förknippad med utseendet, samt att börja göra aktiviteter, som personen med BDD kanske upphört med på grund av rädsla att vara i vissa situationer, igen. Efter en lyckad behandling så förändras även den egna upplevelsen av utseendet, fixeringen vid utseendet bryts och de upplevda defekterna ter sig inte alls som lika stora.

Faktagranskat av:

Jesper Enander, Leg. Psykolog, Karolinska Institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap