

A testdiszmorfiás zavar pszichológiai vonatkozásai

Szászi Beáta^{1,2*}  és Szabó Pál^{2,3}

¹ Magyar Táncművészeti Egyetem Pedagógia és Pszichológia Tanszék, Budapest, Magyarország

² Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola, Pszichológiai Program, Debrecen, Magyarország

³ Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, Debrecen, Magyarország

SZEMLE

Beérkezett: 2022. november 6. • Átdolgozott kézirat érkezett: 2023. június 23. • Elfogadva: 2023. július 5.

Megjelent az interneten: 2023. augusztus 31.

© 2023 A szerző(k)



A testdiszmorfiás zavar (BDD) nagy szenvedéssel, a pszichológiai és szociális funkciók súlyos károsodásával jár. A pszichiátriai betegség központi tünete a saját test észlelésének súlyos zavara, amely alacsony önértékeléshez, szorongáshoz, depresszióhoz, szociális izolációhoz vezet, mindez akadályozza a továbbtanulást, munkavégzést, családalapítást. Nagy a pszichiátriai komorbiditás és az öngyilkosság miatti halálozás kockázata. A betegség nozológiai helyzete a DSM-5-ben megváltozott. Kialakulásában és fennmaradásában biológiai, pszichológiai, környezeti és szociokulturális tényezők játszanak szerepet. A szerzők célkitűzése a pszichológiai tényezők áttekintése. A legfeltűnőbb tünet, a testképzavar hátterében a kognitív funkciók (észlelés, figyelem, információfeldolgozás, végrehajtó működés) jellegzetes megváltozását feltételezik. Legtöbbet az arcészlelést és az érzelemfelismerést vizsgálták. Az érzelemszabályozás zavara is hajlamosít BDD-re. Jellegzetes személyiségvonások: féltékenység, érzékenység a visszautasításra, kritikára, alacsony önértékelés, perfekcionizmus. Domináló érzésük, a szégyen meggátolja, hogy segítséget kérjenek. A betegség korán, többnyire serdülőkorban (átlagosan 16,7 éves korban) kezdődik. Gyakoriak a korai életévekben átélt traumatikus élmények, stresszel teli életesemények, a testtel kapcsolatos kellemetlen megjegyzések. A BDD-sek gyakrabban számolnak be érzelmi, fizikai és szexuális abúzusról. Figyelemre méltó, hogy a zaklatásnak nemcsak áldozatait, hanem gyakran elkövetőit is. A társas környezetnek is etiológiai szerepet tulajdonítanak. Ez a közösségi médiában is megvalósulhat (Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok). A prevalencia az általános népességben 2%, pszichiátriai fekvőbetegeknél 7,4%, kozmetikai sebészeti és bőrgyógyászati betegeknél 10% feletti. Az elmúlt években gyakoribbá vált, a COVID-érában megjelent a „snapchat disz-morfia” és a „zoom disz-morfia”. Az SSRI-típusú antidepresszívumok és a kognitív viselkedésterápia

* Levelező szerző. E-mail: szaszi.beata@mte.eu

hatékonysága igazolt. Ígéretes az elfogadás-elköteleződés terápiája, a metakognitív terápia és a már bevált terápiás módszerek online változatai. A pszichológiai tényezők bármelyike lehet a terápia és megelőzés célpontja.

KULCSSZAVAK

testdiszmorfiás zavar, kognitív funkciók, arcérezlés, érzelmszabályozás, személyiségvonások, közösségi média

BEVEZETÉS

A *testdiszmorfiás zavar* (body dysmorphic disorder, a továbbiakban: BDD) nagy szenvedéssel és súlyos funkcióromlással járó, jellegzetesen fiatal korban kezdődő pszichiátriai betegség (Phillips, 2005; Szabó, 2010; Phillips, 2017; Németh és Csigó, 2021; Szabó és Szászi, 2021; Boland és Verduin, 2022). Bár a BDD-t már több mint 130 éve leírta egy olasz pszichiáter (Morselli, 1891), a betegséget mind a mai napig ritkán ismerik fel, és a betegek jelentős része ellátatlan marad (Borda, Neziroglu, Santos, Donnelly és Perez Rivera, 2011; Schulte, Schulz, Wilhelm és Buhlmann, 2020). Ellentmondásos helyzet, hogy a BDD-nek nincs hivatalosan elfogadott gyógyszeres kezelése, a bizonyítottan hatékony gyógyszeres terápia is „off-label” kezelésnek minősíthető (Szabó és Szászi, 2021).

A BDD központi tünete a *speciális testképzavar*: a páciens nem létező vagy jelentéktelen külső testi hiba miatt úgy érzi, hogy gusztustalan, visszataszító, ronda, emiatt szorong és lehangolt, és szinte mindent képes elkövetni annak érdekében, hogy a kinézete „normális” legyen (Cash, 2012; Phillips, 2017; Szabó és Szászi, 2021). A betegség diagnosztikai kritériumait (1. táblázat) a DSM-5TR foglalja össze (APA, 2022).

Az érintett személy a problémát okozó testrészt rendszeresen ellenőrzi, a vélt elváltozást próbálja enyhíteni, megszüntetni vagy legalább elleplezni. Ez naponta többórás (átlagosan 3–8 óra) elfoglaltságot jelent a pácienseknek. A testrésszel kapcsolatos gondolatok és viselkedések kényszeres jellege, valamint a kölcsönösen átfedő komorbiditás miatt a DSM-5-ben a BDD-t a kényszeres és kapcsolódó zavarok csoportjába sorolták, a kényszerbetegséggel, a trichotillomániával (hajtépegetés), a bőrtépkedéssel (skin picking) és a kóros gyűjtögetéssel (hoarding) együtt (Németh és Csigó, 2021; APA, 2022; Boland és Verduin, 2022).

A BDD prevalenciája az általános népesség körében 2% (Cerea, Bottesi, Grisham és Ghisi, 2018; Enander, Ivanov, Mataix-Cols, Kuja-Halkola, Ljótsson, Lundström és mtsai, 2018), felsőoktatásban tanulóknál 3,3% (Grant, Lust és Chamberlain, 2019), serdülők közösségi mintájában 1,7% (Schneider, Mond, Turner és Hudson, 2019), pszichiátriai osztályon kezelt felnőtt és serdülő betegeknél 7,4%, esztétikai sebészeti és bőrgyógyászati szakrendelések járóbetegei között pedig 15% feletti (Veale, Gledhill, Christodoulou és Hodsoll, 2016). Az esztétikai sebészeti és bőrgyógyászati járóbetegek körében talált magas prevalencia magyarázata az, hogy a pszichológiai tényező helyett az észlelt defektust jelölik meg orvosolandó problémaként az érintettek. Betegségbelátásuk változó, téveseszmék is előfordulhatnak (Philips, Pinto, Hart, Coles, Eisen, Menard és mtsai, 2012; Buhlmann, 2014; Wilhelm, Weingarden, Greenberg, McCoy, Ladis, Summers és mtsai, 2020), ezért nehezen irányíthatók a pszichiátriai ellátásba a betegek (Marron, Gracia-Cazaña, Miranda-Sivelo, Lamas-Diaz és Tomas-Aragones, 2019;



1. táblázat. A testdiszmorfiás zavar diagnosztikai kritériumai a DSM-5-TR szerint (APA, 2022)

- A) Túlzott foglalkozás a testi megjelenés egy vagy több észlelt defektusával vagy hibájával, melyek mások számára nem észrevehetőek vagy enyhének tűnnek.
- B) A zavar lefolyása során előfordultak repetitív viselkedések (pl. tükörben való ellenőriztetés, túlzott szépítkezés, bőrtépkedés, megnyugtató keresése) vagy mentális cselekedetek (pl. saját megjelenésének másokéval való összehasonlítása) a megjelenéssel kapcsolatos aggodalmakra adott reakcióként.
- C) A fentebbiekkel való túlzott foglalkozás klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas, munkahelyi vagy más fontos területek működésének károsodását okozza.
- D) A megjelenéssel való túlzott foglalkozás nem magyarázható jobban a testsúllyal vagy a testszírral kapcsolatos aggodalmakkal olyan személy esetében, aki esetében teljesülnek valamely étkezési zavar kritériumai.

Jelölje, ha:

Izomdiszmorfiával: A személyt túlságosan foglalkoztatja annak gondolata, hogy testfelépítése túlságosan kicsi vagy nem elég izmos. A jelölőt akkor is használjuk, ha a személyt más testtájuk is foglalkoztatják, ami gyakori eset.

Jelöljük a testdiszmorfiás zavarból fakadó hiedelmekkel (pl. „ronda vagyok” vagy „torz vagyok”) kapcsolatos belátás fokát:

Jó vagy megfelelő belátással: A személy felismeri, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek határozottan vagy valószínűleg nem igazak vagy, hogy igazak, vagy nem.

Nem megfelelő belátással: A személy úgy gondolja, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek határozottan vagy valószínűleg igazak.

Hiányzó belátással/téveszmés hiedelmek: A személy teljesen meg van róla győződve, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek igazak.

Morita, Merlotto, Dantas, Olivetti és Miot, 2021). A téveseszmé a beteg saját testéhez kötődhet, emellett egyéb, vonatkoztatásos téveseszmé is előfordul (mások kinevetik, gyűnyolódnak a defektuson) (Rossell, Labuschagne, Castle és Toh, 2020; Szászi és Szabó, 2021). A leggyakrabban érintett testterületek mindkét nemnél: bőr, haj/testszőrzet, orr, fogak (Phillips, 2005, 2017; Cerea és mtsai, 2018). A figyelem középpontjában általában 5–7 testrész áll (Szabó, 2010; Szabó és Szászi, 2021), ami napi többórás elfoglaltságot jelent a pácienseknek. A problémás testterület tekintetében nemi különbségek vannak. A BDD-s nőket a fentiekén kívül a testkontúrt érintő területek (has, comb, csípő, derék, fenék) mellett a mellék és a lábak foglalkoztatják. A férfiak az izomzat és a pénisz miatt is aggodalmaskodnak (Szabó és Szászi, 2021). Az etnikai csoportok hasonlóak az aggodalmakat érintő testterületek és a kényszeres cselekedetek szempontjából. Különbségek az ázsiaiak és a fehérek között vannak (Marques, LeBlanc, Robinaugh, Weingarden, Keshaviah és Wilhelm, 2011).

A BDD általában serdülőkorban kezdődik, az esetek kétharmadában 18 éves kor előtt (átlagosan 16,7 éves korban), a korai kezdet általában súlyosabb lefolyással jár (Bjornsson, Didie, Grant, Menard, Stalker és Phillips, 2013; Veale és mtsai, 2016). A pácienseket alacsony önértékelés, magas szégyenérzet jellemzi (Weingarden, Renshaw, Tangney és Wilhelm, 2016; Weingarden, Curley, Renshaw és Wilhelm 2017; Barnier és Collison, 2019), az állandó kiszolgáltatottság és elutasítás érzése miatt (Veale és Gilbert, 2014; Fabris, Badenes-Ribera és Longobardi, 2021). Az öngyilkossági gondolatok és kísérletek száma magas (Shaw, Arditte Hall, Rosenfield és Timpano, 2016). A befejezett öngyilkosságok száma 45-ször nagyobb a BDD-s páciensek körében, mint az általános népesség körében (Phillips, 2007). A páciensek állapotát tovább rontja, hogy a



BDD esetében a komorbiditás magas: átlagosan legalább 2 pszichiátriai zavarral rendelkeznek (affektív zavarok, szorongásos zavarok, kényszerbetegség, szerhasználat, evészavarok, személyiségzavarok) (Gunstand és Phillips, 2003; Toh, Castle és Rossell, 2017).

A BDD kialakulásában és fennmaradásában biológiai (genetikai, molekuláris genetikai, neurokémiai okok), pszichológiai, környezeti és szociokulturális tényezők játszanak szerepet, egymással bonyolult kölcsönhatásban. A jelen közlemény célja a BDD pszichológiai, környezeti és szociokulturális vonatkozásainak áttekintése, illetve a terápiás lehetőségek rövid összefoglalása.

Az áttekintés módszere

A szerzők a téma kvalitatív elemzéséhez a *narratív áttekintés* módszerét választották. A szakirodalom keresését a Pubmed (2200 találat) és ScienceDirect (10 040 találat) adatbázisokban végezték 2021 júliusától 2023. február végéig, a „body dysmorphic disorder” kulcsszó segítségével. Az elmúlt 50 évben megjelent közleményeket nézték át. A keresés azokra a forrásokra irányult, amelyek olyan vizsgálati eredményeket közöltek, amelyek közelebb visznek a BDD etiológiájának megértéséhez, vagy amelyek potenciálisan hasznosíthatók a BDD kezelésében. A szerzők a következő nagyobb részterületeket tekintik át: testképzavar, kognitív tényezők (arcérzékelés, szelektív figyelem, figyelmi és végrehajtó működések), érzelmkezelés, személyiségvonások (perfekcionizmus, szégyen), múltbeli társas környezeti hatások (kora gyermekkori traumatikus életesemények, bántalmazás, zaklatás), aktuális társas környezeti hatások (testtel kapcsolatos megjegyzések, közösségi média).

A TESTKÉP ÉS A TESTDISZMORFIÁS ZAVAR

A *testkép* tudománytörténete kb. 100 éves. A testképpel és rokon fogalmaival (testvázlat, test-séma) a neurológia és pszichiátria olyan klasszikus szerzői foglalkoztak, mint Wernicke és munkatársai (Szabó, 2000). A legegyszerűbb meghatározást az osztrák pszichiáter, Paul Schilder adta, aki 1923-ban monográfiát írt a testképről. Eszerint a testkép az a kép, amely a fejünkben van a saját testünkről, amelyet kialakítottunk róla. Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt a módot, ahogyan ezek az élmények szerveződnek (McCrea, Summerfield és Rosen, 1982; Szabó, 2000). A testkép jelentős mértékben meghatározza az önértékelést és az énképet, amely hat viselkedésünkre, hangulatunkra, közérzetünkre, életminőségünkre. A testkép kialakulásában több érzékszervi modalitás (vizuális, proprioceptív, taktilis, kinesztéziás, vesztibuláris) vesz részt, de hatása van rá a társas környezetnek és a kultúrának is.

A testkép iránti tudományos érdeklődés az evészavarokkal kapcsolatban vált intenzívebbé, a bulimia nervosa 1979-es leírása után az 1980-as években (Túry és Szabó, 2000; Túry és Pászthy, 2008). Szemben számos pszichológiai és pszichiátriai fogalommal, a „testkép” fogalma laikus körökben kevésbé ismert, kevésbé tudatosodó jelenségről van szó. Ez is hozzájárul ahhoz, hogy a BDD-s betegek nem tudják megfogalmazni problémájukat, és nem megfelelő helyen kérnek segítséget.

Testképzavar bármelyik testrésszel kapcsolatban kialakulhat. A növekedés, érés, idősödés, betegségek, sérülések és orvosi beavatkozások révén is változik a test és vele együtt a testkép. A gazdaságilag fejlett országokban az 1980-as évektől drámai mértékben megnőtt azok száma, akik elégedetlenek a külsejükkel, testi megjelenésükkel. Mivel a többségre jellemző, a jelenséget



„normatív elégedetlenségnek” nevezték. Ez kezdetben a serdülő és fiatal felnőtt nőkre volt jellemző, később egyre fiatalabb korban jelentkezett, a középkorú és idős nőknél is, valamint a férfiaknál és fiúknál is egyre gyakoribb lett (Cash, 2012).

A testképzavar a BDD központi és leglátványosabb tünete.

KOGNITÍV TÉNYEZŐK

A BDD etiológiájában szerepet játszó kognitív folyamatokat kb. 20 éve vizsgálják, az erre vonatkozó kutatások pedig az utóbbi évtizedben váltak intenzívebbé. Eredményeik a BDD megértését és a terápiás munka tervezését is befolyásolják (Beilharz, Castle, Grace és Rossell, 2017).

Arcészlelés BDD-ben

A BDD-s betegek gyakran elégedetlenek arcuk egészével vagy valamelyik részével (Phillips, Menard és Fay, 2006). A kognitív tényezők közül az arcészlelés jellegzetességeinek leírását és etiológiai szerepét kutatják a legintenzívebben (Grocholewski, Kliem és Heinrichs, 2012; Buhmann, Winter és Kathmann, 2013; Toh, Castle és Rossell, 2015; Möllmann, Hunger, Schulz, Wilhelm és Buhmann, 2020).

Számítógépes kísérletben a BDD-s személyek ($n = 10$) 50%-a módosított az arcáról készült képen, míg az egészséges személyekből álló kontrollcsoportban ($n = 10$) ez nem fordult elő (Yaryura-Tobias, Neziroglu, Chang, Lee, Pinto és Donohue, 2002). Nem igazolódott, hogy a BDD-s betegek ($n = 20$) pontosabban észlelnék a szimmetriabeli különbségeket az arcon vagy tárgyakon, mint a kényszerbetegek ($n = 20$) vagy az egészséges kontrollszemélyek ($n = 20$), a szimmetria iránti preferenciában sem volt különbség a csoportok között (Reese, McNally és Wilhelm, 2010). Amikor mások arcán kellett tényleges vagy módosított elváltozásokat észrevenni (pl. aknét vagy hajhiányt), a BDD-s betegcsoport nem teljesített jobban, mint a kényszerbetegek, a szociális fóbiások vagy az egészséges kontrollszemélyek csoportja (mind a négy csoportban 32 fő volt) (Hübner, Wiesendahl, Kleinstäuber, Stangier, Kathmann és Buhmann, 2016). Alacsony elemszámú vizsgálatban Stangier, Adam-Schwebe, Müller és Wolter (2008) épp ellenkező eredményre jutottak. A BDD-s betegek ($n = 21$) pontosabbak voltak a különbségek értékelésében a torzító vagy nem torzító bőrbetegségekben szenvedőkhöz képest ($n = 19$, $n = 20$) (Stangier és mtsai, 2008).

A „fordított arc hatást” („face inversion effect”) is vizsgálták BDD-s ($n = 18$) és egészséges kontrollszemélyeknél ($n = 17$) (Feusner és mtsai, 2010). A fordított arc hatás reakcióidő szempontjából szignifikáns mértékben kevésbé érvényesült a BDD-s csoportban hosszabb expozíció (5,000 ms) esetén. Rövid expozíciónál (500 ms) nem volt különbség a két csoport között, ahogyan a válaszok pontossága szerint sem.

A BDD-s személyek ($n = 12$) jobb arcfelismerő képességét igazolta egy másik vizsgálat is a fordított arcok esetében (Jefferies, Laws és Fineberg, 2012). 50 híres ember fordított állású arcát szignifikánsan nagyobb arányban neveztek meg a BDD-sek, mint az egészséges kontrollszemélyek ($n = 16$) (átlagosan 33,96 vs. 22,75 arcot). Az egyenes állású arcok felismerése nem különbözött a két csoportban.

Buhmann, Ectoff és Wilhelm (2008) vizsgálatában a saját arcot és idegenek különböző mértékben vonzó (vonzó, átlagos, nem vonzó) arcát kellett értékelniük az attraktivitás szempontjából BDD-s ($n = 19$) és kényszerbetegeknek ($n = 21$), valamint egészséges



kontrollszemélyeknek ($n = 21$). Emellett független személyek értékelték a vizsgálatban részt vevők arcának vonzóságát. A BDD-s személyek a vonzó arcot szignifikánsabban attraktívabbnak értékelték, mint a kényszerbeteg és kontrollcsoport tagjai, a saját arcukat pedig szignifikánsan kevésbé attraktívnak. A független értékelők nem találtak különbséget a három csoport között attraktivitásában (Buhlmann és mtsai, 2008). A BDD-s páciensek tehát sokkal szigorúbban ítélik meg a saját arcukat: mások vonzó arcát felértékelik, míg a sajátjukat leértékelik. Az arcok észlelése aprólékosabb, ez a figyelmi fókusz a hibakeresés irányába viszi.

Érzelmi arckifejezések észlelése BDD-ben

A BDD-sek gyakrabban észlelnek az arckifejezések megtekintésekor tévesen haragot, kényszerbetegekkel és egészséges kontrollszemélyekkel összehasonlítva (Buhlmann, McNally, Ectoff, Tuschen-Caffier és Wilhelm, 2004). Egy vizsgálatban különböző érzelmet tükröző arcokat tartalmazó jelenetekről kérdeztek meg BDD-s ($n = 18$) és egészséges kontrollszemélyeket ($n = 18$) (Buhlmann, Ectoff és Wilhelm, 2006). Ha a jelenet a vizsgálatban részt vevő személyekkel volt kapcsolatos, a BDD-s személyek gyakrabban észlelték azt, hogy a jelenetben szereplő személy arca megvetést vagy haragot fejez ki. Buhlmann és munkatársai a „Szemből olvasás teszt” alkalmazása során azonban nem találtak különbséget a BDD-s csoport ($n = 31$) és az egészséges kontrollszemélyek ($n = 31$) érzelmfelismerése között (Buhlmann és mtsai, 2013).

Jefferies és munkatársai (2012) korábban említett vizsgálatában az érzelmelek felismerését is vizsgálták. A 6 alapérzelem közül a félelmet szignifikánsan pontatlanabban ismerték fel a BDD-sek ($n = 12$) az egészséges kontrollszemélyekhez képest ($n = 16$). A fenyegetéssel kapcsolatos érzelmelek (félelem, harag, undor) is gyengébben ismerték fel, mint a fenyegetést nem tartalmazó érzelmelek (öröm, szomorúság, meglepetés).

Egy újabb vizsgálat szerint a BDD-sek ($n = 19$) szignifikáns mértékben pontatlanabban ismerik fel a haragot és szomorúságot az arcról. Egészséges kontrollcsoporthoz ($n = 21$) viszonyítva hosszabb a reakcióidejük a haragot és boldogságot tükröző arcok esetében (Grace, Toh, Buchanan, Castle és Rossell, 2019). A BDD-sek az érzelmileg semleges arcot is pontatlanabban és lassabban ismerik fel, ez a pszichiátriai tünetek súlyosságával lehet kapcsolatban. Egészségesek körében végzett vizsgálat szerint a pszichiátriai tünetek súlyossága (pl. a szorongás mértéke) összefügg a semleges érzelmet mutató arcok érzelmfelismerésének hibájával, a válaszadók negatív irányba torzítanak (Csukly, Czobor, Simon és Takács, 2008).

Összegezve, a BDD-s páciensek gyakran hibáznak az arckifejezések érzelmeinek azonosításában, összehasonlítva egészségesekkel vagy más pszichiátriai betegcsoporttal. Korábban igazolást nyert, hogy a maladaptív sémák és az érzelmfelismerés hibája összefüggést mutatnak, és pszichiátriai tünetekkel járnak együtt (Csukly és mtsai, 2008). A depressziós páciensek az öröm felismerésében hibáznak (Csukly, Telek, Filipovits, Unoka és Simon, 2011), ezzel szemben a BDD-s pácienseknek a magas arousalszinttel járó és/vagy fenyegetést jelentő arckifejezések (harag, megvetés, szomorúság) jelentenek problémát.

Vizuális-téri szerveződés, észlelési stratégia, figyelmi és végrehajtó működés BDD-ben

Már 1998-as vizsgálati eredmények utaltak arra, hogy BDD-ben kevésbé hatékonyak a végrehajtó működések (Hanes, 1998). Ezt Dunai és munkatársai megerősítették: a BDD-s betegek ($n = 14$) az online manipulációban, a tervezésben és az információ szervezésében mutattak szignifikáns deficitet a kontrollcsoporthoz képest ($n = 14$), míg a téri és vizuális memória



kapacitásában és a motoros sebességben nem volt különbség (Dunai, Labuschagne, Castle, Kyrios és Rossell, 2010).

BDD-ben a figyelem a kis részletekre koncentrálódik, így kevésbé sikerül a minta egészének az észlelése, ezt a *Rey-Osterrieth Komplex Ábrával* végzett vizsgálat eredménye igazolja (Deckersbach és mtsai, 2000; Greenberg, Weingarden, Reuman, Abrams, Mothi és Wilhelm, 2018; Yousef és mtsai, 2020).

BDD-ben fokozott figyelem irányul az egyén saját előnytelen vonásaira és mások vonzó vonásaira, melyet Greenberg, Reuman, Hartmann, Kasarskis és Wilhelm (2014) eredményei is alátámasztottak. BDD-s ($n = 19$) és egészséges kontrollszemélyek ($n = 20$) szemmozgását monitorozták a saját arcuk vagy mások átlagos attraktivitású és érzelemmentes arcának megtekintése során (Greenberg és mtsai, 2014).

Azok a BDD-s személyek ($n = 20$), akiknek az arcuk okozta a fő problémát, kísérleti helyzetben szignifikáns mértékben többször és hosszabb ideig fixáltak saját arcuk és idegen arcok problematikus részeire, kényszerbetegekkel ($n = 20$) és egészséges kontrollszemélyekkel ($n = 20$) összehasonlítva (Grochowski és mtsai, 2012).

Vizsgálati eredmények alapján a BDD-re jellemző téveseszmék is elsősorban a kóros szemantikai feldolgozással magyarázhatók, amellet, hogy a perceptuális feldolgozás is rosszabb (Rossell, Labuschagne, Dunai, Kyrios és Castle, 2014).

Beilharz és munkatársai közel 3000 közleményből 59 olyan cikket találtak, amelyben a BDD-sek vizuális feldolgozásra vonatkozó eredményeit közlik, egészséges kontrollszemélyekkel, kényszerbetegekkel vagy anorexiás betegekkel összehasonlítva (Beilharz és mtsai, 2017). A BDD-sek rosszabbul teljesítenek az arcfelismerésben, tárgyfelismerésben, érzelmfelismerésben és a vizuális információ egészséges feldolgozásában. Az áttekintés a kognitív funkciók javítására vonatkozó terápiás eszközök eredményére is kitér. Egy friss metaanalízis szerint a globális feldolgozás jelentős károsodása a BDD mellett anorexia nervosában is jelen van (Lang, Kerr-Gaffney, Hod-soll, Jassi, Tchanturia és Krebs, 2021).

Egy 23 vizsgálat eredményeit összefoglaló metaanalízis szerint a BDD-s betegeknél ($n = 518$) a kontrollcsoporttal ($n = 534$) összehasonlítva szignifikáns mértékben gyengébb a szelektív figyelmi működés, az ingerek értelmezése és az emlékezeti működés, azonban a lokális, részletekre irányuló, valamint az egészséges, globális feldolgozás terén nem különbözik a két csoport szignifikáns mértékben (Johnson, Williamson és Wade, 2018).

A BDD-s páciensek a vizuális ingerek perceptuális és szemantikai feldolgozásában gyengébben teljesítenek, mivel az egészséges kép helyett a kis részletekkel foglalkoznak. Ennek következtében a saját testük kis részleteinek eltérése is szembetűnőbb, fenyegetőbb lesz számukra. A kétértelmű vizuális ingereket félreértelmezik, az arcra vagy testre vonatkozó ingereket pedig pontatlanabban kódolják és idézik fel (Johnson és mtsai, 2018).

A tükör szerepe a BDD kialakulásában és fennmaradásában

A kognitív-behaviorista modell szerint a BDD kialakulásában és fenntartásában kulcstényező a *szelektív, énfókuszú figyelem*. A folyamat központi eleme a tükör, ezt kísérleti helyzetben is igazolták nem BDD-s egyetemi hallgatónál ($n = 55$) (Barnier és Collins, 2019). Miután 5 percig tükörben nézték az arcukat, csökkent a külsejükkel kapcsolatos elégedettségük, kevésbé tartották vonzóknak magukat, csökkent az önértékelésük, fokozódott a külsővel kapcsolatos distresszérzésük, nőtt a külsejük megváltoztatására irányuló készletességük és a testtel kapcsolatos szégyenérzetük.



A BDD-s pácienseknél megfigyelték a bámulás rituáléját, mely során folyamatosan pásztázzák saját testi hibájukat tükörben vagy tükröző felületeken (Möllmann és mtsai, 2020). A saját arc 5 percig tartó nézése fényképen vagy tükörben azt eredményezi, hogy a résztvevők kevésbé érzik magukat vonzónak, mint a vizsgálat előtt, illetve másokhoz képest. Ennek következményeként létrejön a saját külső – akár erkölcsi alapú – *leértékelése* (Lambrou, Veale és Wilson, 2012), a testtel kapcsolatos *undor* érzése (Stasik-O'Brian és Schmidt, 2018; Wilver, Summers, Garratt, Carlton és Cogle, 2018) és a kinézettel kapcsolatos *maladaptív gondolatok* jelentkezése (Hartmann, Thomas, Greenberg, Elliott, Matheny és Wilhelm, 2015). A páciens a vélt defektus miatt sebezhetőnek, alkalmatlannak érzi magát. Legtöbbször nem tud arról, hogy pszichiátriai zavarban szenved. Hiú, önző egyénnek tartja magát, aki bűnös és erkölcsileg gyenge, amiért a külseje ilyen nagy mértékben foglalkoztatja és terheli (Phillips, 2005). Mindezek együttes működése egyre fokozódóbb szorongást hoz létre a páciensekben.

Érzelemszabályozás

BDD-ben nemcsak az érzelmek felismerése, hanem az érzelmek szabályozása is eltér az átlagostól. Az érzelemszabályozás komplex folyamat, amely az egyén sajátos válasza az adott helyzetre. Magába foglalja a szubjektív élményeket, a kognitív válaszokat, az érzelmekkel kapcsolatos élettani változásokat, valamint a viselkedéses válaszok jelentkezését, minőségét, intenzitását és időtartamát. Az érzelemszabályozás zavara pszichiátriai betegségekre hajlamossít, igazolt kockázati tényező affektív zavarokban, szorongásos zavarokban, evészavarokban és kóros szerhasználatban (Sheppes, Suri és Gross, 2015; Aldao, Gee, De Los Reyes és Seager, 2016).

A BDD tünetei és az *alexitimia* közötti kapcsolatot először Fenwick és Sullivan (2011) vizsgálta evészavar miatt kezelést kereső betegeknel ($n = 40$). Minél nagyobb volt a diszmorfiás aggodalmak mértéke, annál súlyosabbak voltak az alexitimia tünetei (az érzelmek azonosítása és leírása) (Fenwick és Sullivan, 2011).

9–14 éves ausztrál gyerekeknél ($n = 367$) az érzelemszabályozás, a tudatos jelenlét és a BDD tüneteinek összefüggését vizsgálták, miközben a kortársak külső megjelenésre irányuló bántó viselkedését is mérték (Lavell, Webb, Zimmer-Gembeck és Farrell, 2018). A vizsgálatot egy évvel később megismételve igazolták, hogy a hatékonyabb érzelemszabályozás kevesebb BDD-s tünettől jár.

Egy másik ausztrál vizsgálatban 782 középiskolás és egyetemi hallgató részvételével azt vizsgálták, milyen kölcsönhatások vannak az érzelemszabályozás, a külsővel kapcsolatos elutasítás iránti érzékenység, a külsőre vonatkozó támogatás, az önel fogadás és a BDD tünetei között (Gardner, Hawes, Zimmer-Gembeck, Webb, Waters és Nesdale, 2021). Az eredmények alapján az érzelemszabályozás és a jelentős másoktól kapott, külsőre vonatkozó támogatás ígéretes terápiás célpont lehet a fiúknál. Lányoknál ezt az eredményt nem tudták igazolni, náluk további vizsgálatokra van szükség.

Diákokból ($n = 130$) és az „általános populációból” származó ($n = 666$) vizsgálati mintán (430 nő, 366 férfi, életkor: 18–35 év) Spanyolországban vizsgálták az Instagram-használat és a *diszmorfiás aggodalmak* kapcsolatát, és azt, hogy más változók mellett hogyan befolyásolja ezt a kapcsolatot az érzelemszabályozás (Senín-Calderón, Perona-Garcelán és Rodríguez-Testal, 2020). A diszmorfiás aggodalmak súlyosabbak voltak azoknál, akiknek nehézségei voltak az érzelemszabályozás terén, és ebben nem volt különbség a nemek között.



A BDD alapját képező diszmorfiás aggodalmak és az érzelmszabályozás zavara között van kapcsolat. Az érzelmszabályozásra vonatkozó stratégiák a BDD tüneteinek szignifikáns csökkenését eredményezték mind serdülő csoportban ($n = 367$, 6–8. osztályos tanulók), mind pedig BDD-s betegcsoportban ($n = 128$) (Lavell és mtsai, 2018; Mohajerin, Bakhtiyar, Olesnycky, Dolatshahi és Motabi, 2019). Az érzelmszabályozás szempontjából a terápiás munka másik nagy területe a testtel kapcsolatos hozzászólások kezelése: a jelentős mások azonosítása és a tőlük kapott reális visszajelzések biztosítása.

SZEMÉLYISÉGVONÁSOK SZEREPE

Bizonyos személyiségvonásokat a BDD rizikófaktorainak, hajlamosító tényezőinek tekintenek, melyek részt vesznek a speciális testképzavar kialakulásában, vagy annak következményeként megjelenve, fenntartó tényezőként tovább fokozzák a BDD súlyosságát.

Már az 1990-es években leírták, hogy a BDD-s személyek félénkek, szélsőségesen *érzékenyek* a visszautasításra és a *kritikára*, *alacsony* az *önértékelésük*, és domináló érzésük a *szégyen* (Phillips, 2005). A visszautasításra és kritikára való érzékenységet Phillips és munkatársai vizsgálata igazolta (Phillips, Nierenberg, Brendel és Fava, 1996). A neuroticizmus és introverzió is jellemző a BDD-sekre (Phillips és mtsai, 1996). Ezek a részben öröklődő személyiségvonások meghatározzák a társaságban való aktivitást (Phillips, 2005).

A külső megjelenés nagyon fontos a páciensek számára: erős az a meggyőződésük, hogy a külső és az attraktivitás az élet számos területén nagyon fontos, ezért túlértékelik a külső szépséget és a vonzó embereket (Hartmann és mtsai, 2015). A társas összehasonlításokból minden alkalommal vesztesen kerülnek ki, ez szorongást okoz, és önbecsülésük tovább csökken (Buhlmann és mtsai, 2006). BDD-s betegek ($n = 41$) egészséges kontrollcsoporttal ($n = 41$) való összehasonlítása alapján a társas értékelés miatti aggodalmaskodás a betegség centrális vonásának tekinthető (Anson, Veale és de Silva, 2012).

Perfekcionizmus

A testi szépség túlértékelése a perfekcionizmus részjelensége. A perfekcionizmus számos mentális zavarban jelen van, *transzdiagnosztikus rizikótényezőnek* tekinthető (Schieber, Kollei, De Zwaan, Müller és Martin, 2013; Johnson, Egan, Andersson, Carlbring, Shafran és Wade, 2019; Krebs, Quinn és Jassi, 2019). A perfekcionizmus kapcsolatban áll a szorongásos és depressziós pontszámokkal (Krebs és mtsai, 2019), és hatással van a testképre is (Blakey, Abramowitz és Mahaffey, 2016). Hewitt és Flett (1991) szerint a perfekcionizmus a *külsőleg elvárt perfekcionizmusra* (socially-prescribed perfectionism) és az *énorientált perfekcionizmusra* (self-oriented perfectionism) bontható. A *külsőleg elvárt perfekcionizmus* azt a meggyőződést jelenti, hogy mások magas követelményeket támasztanak önmagukkal szemben, ezeket a standardokat pedig követni kell annak érdekében, hogy az egyén a normáknak megfelelően viselkedjen. Az *énorientált perfekcionizmus* magas értéke esetén az egyén túlértékeli a külső megjelenést, kritikussabb magával szemben, könnyebben észreveszi a tükörben az apróbb hibáit is, ez pedig nagyobb szorongással jár (Blakely és mtsai, 2016; Krebs és mtsai, 2019). A BDD-s páciensek *énorientált perfekcionizmusa* magasabb, mint az egészséges kontrollszemélyeké (Schieber és mtsai, 2013; Krebs és mtsai, 2019). Krebs és munkatársai (2019) 14–16 éves tanulók körében vizsgálta a perfekcionizmus komponenseinek és a BDD-s tüneteknek a kapcsolatát, 6 hónapos



utánkövetéssel. Eredményeik szerint a perfekcionizmus két komponense közül csak az énorientált perfekcionizmus mutat pozitív együttjárást a BDD-s tünetekkel. Bár a lányoknál gyakoribbak voltak a BDD tünetei, ahogyan a szorongásos és depressziós tünetek is, a perfekcionizmust mérő skálán és annak alskálán nem volt különbség a nemek között. Az énorientált perfekcionizmus pontszámai előre jelezték a BDD-s tünetek változását (Krebs és mtsai, 2019). A BDD prevenciójában és terápiájában ezért az énorientált perfekcionizmus kezelésének komoly szerepe lehet. A perfekcionizmus érthetővé teszi, hogy a pácienseket miért foglalkoztatja a vélt külső testi hiba, és a figyelmi fókusz miért marad önmagukon. A BDD-s páciensek esetében a perfekcionizmus tovább fokozza az *aktuális és ideális én közötti különbséget* („self-ideal discrepancy” hypothesis, Higgins, 1987), mivel túl magas standardokat állítanak fel a testi megjelenéssel kapcsolatban, aminek nem tudnak megfelelni.

Szégyen

A BDD-s páciens legáthatóbb és legjellegzetesebb érzése a szégyen. Phillips az első, BDD-ről írt könyve 5 fejezetében ír a szégyenről (Phillips, 2005). A betegség azonosítása és kezelése sok esetben a testtel kapcsolatos szégyenérzet miatt sikertelen, ugyanis a beteg nem mer segítséget kérni a kisebbrendűségi érzései miatt (Marques és mtsai, 2011). A szégyen egy fájdalmas érzés, melynek átélése során értéktelenség és rossznak ítéljük magunkat (Weingarden és Renshaw, 2016). A szégyen kapcsolatban állhat a korai szorongásteli életeseményekkel (Veale és Gilbert, 2014), amelyre adott válaszként, *önvédelmi mechanizmusként* jelenhetnek meg az *információfeldolgozás hibái* (pl. szelektív figyelem az észlelt hibára) és a *kognitív torzítások* (pl. „ha nem nézek ki tökéletesen, akkor el fognak utasítani”). Ezek a maladaptív mechanizmusok eredményezik és tartják fenn a BDD-ben a szégyen érzését (Weingarden és Renshaw, 2016). A betegek szégyene kettős: nemcsak a vélt vagy eltúlzott testi hiba (hibák) miatt érznek szégyent, hanem az emiatti szégyenük miatt is szégyenkeznek, mert attól félnek, hogy felszínesnek, sekélyesnek, önzőnek fogják tartani őket amiatt, hogy a külsejük okoz nekik akkora problémát (Phillips, 2005).

BDD-s személyeknél ($n = 184$) külön vizsgálták a testtel kapcsolatos szégyent és az általános szégyenérzetet, továbbá ezek kapcsolatát elemezték a depresszióval, szorongással, öngyilkossági viselkedéssel és a foglalkozási, társas és családi működés mutatóival (Weingarden és mtsai, 2017). A testi szégyen erős kapcsolatban áll a BDD tüneteivel, míg az általános szégyenérzet inkább a betegség pszichoszociális következményeivel, azaz a funkcióromlás mértékével mutat összefüggést (Weingarden és mtsai, 2017).

Az eddig felsorolt személyiségvonások következményeként viselkedéses gátló rendszerek (kényszeres, repetitív viselkedések, belső élmények elkerülése) és kognitív folyamatok (szelektív figyelem, érzelemszabályozási zavar, kognitív torzítások) aktiválódnak.

KORA GYERMEKKORI ÉLMÉNYEK

Meggyőző bizonyítékok vannak arra, hogy a gyermekkorban tapasztalt nemkívánatos események és a felnőttkorban megjelenő mentális zavarok között kapcsolat van (Angelakis és Gooding, 2020; Malcolm, Pikoos, Grace, Castle, Susan és Rossell, 2021). Már az 1990-es években kaptak olyan eredményeket, amelyek alapján a korai életévekben átélt (kisgyermekkortól serdülőkorig) *traumatikus élmények*, *stresszel teli életesemények*, a testtel kapcsolatos *megjegyzések*, ugratások szerepet játszanak a BDD kialakulásában (Phillips, 2005). Phillips (2005) mintegy 200 BDD-s



beteg részletes kikérdezése alapján úgy találta, hogy a betegek 60%-ánál gyakori vagy krónikus volt a testtel kapcsolatos csúfolódás (teasing) gyermek- vagy serdülőkorban. A BDD-s személyek családi háttere gyakran kedvezőtlen, nélkülözi a harmóniát. 40 BDD-s személynél a *Szülői Bánásmód Kérdőív Szeretet-törődés* skálájának értékei a közölt, normálisnak tekintett értékeknél lényegesen alacsonyabbak voltak. Ez összhangban van azzal, hogy a BDD-sek gyakran számolnak be arról, hogy gyermekként nem szerették őket, bizonytalanságot, elutasítást éltek meg a családban (Phillips, 2005). Nagyon fontos volt a külső megjelenés a családban, a gyerek leginkább a vonzó megjelenéséért kapott pozitív visszajelzést, dicséretet (Phillips, 2005). A poszttraumás stressz-zavarban szenvedő nők ($n = 55$) 20%-a BDD-s volt (Phillips, 2005).

Egyre több retrospektív és prospektív vizsgálat foglalkozik a korai életévekben átélt (kisgyermekkortól serdülőkorig) traumatikus élmények, mint BDD-re hajlamosító vagy azt kiváltó tényezők azonosításával (Didie, Tortolani, Pope, Menard, Fay és Phillips, 2006; Buhlmann, Marques és Wilhelm, 2012; Neziroglu, Borda, Khemlani-Patel és Bonasera, 2018; Malcolm és mtsai, 2021).

Bántalmazás és traumatikus életesemények

Felnőtt BDD-s betegek ($n = 50$) szignifikánsan gyakrabban számolnak be *abúzus*ról kényszerbetegekkel ($n = 50$) összehasonlítva (38% vs. 14%) (Neziroglu, Khemlani-Patel és Yaryura-Tobias, 2006). Emocionális és szexuális abúzust szignifikánsan gyakrabban jeleztek a BDD-sek (28% vs. 2%, illetve 22% vs. 6%), míg a fizikai abúzus tekintetében nem volt szignifikáns különbség (14% vs. 8%) (Neziroglu és mtsai, 2006). A nemi különbségekre nem tértek ki.

Felnőtt BDD-s betegek ($n = 16$) szignifikánsan több bántásról számoltak be mind a külsejükkel, mind a képességeikkel kapcsolatban, mint az egészséges kontrollszemélyek ($n = 17$) (Buhlmann, Cook, Fama és Wilhelm, 2007). A bántás gyakorisága és a BDD súlyossága között szignifikáns pozitív korreláció volt (Buhlmann és mtsai, 2007).

A *Gyermekkorai Trauma Kérdőív*vel és interjú keretében vizsgálva BDD-s betegeket ($n = 75$), 78,7% számolt be gyermekkorai rossz bánásmódról (maltreatment): 68% érzelmi elhanyagolásról, 56% érzelmi abúzusról, 34,7% fizikai abúzusról, 33,3% fizikai elhanyagolásról és 28% szexuális abúzusról (Didie és mtsai, 2006). A vizsgált betegek 40%-ánál az események súlyosak voltak, de gyakoriságuk szempontjából nem volt különbség a nemek között. A nőket azonban súlyosabb szexuális abúzusok érték. Az érzelmi, fizikai és szexuális abúzus az öngyilkossági kísérletekkel is szignifikáns kapcsolatban állt (Didie és mtsai, 2006).

Traumás eseményeket tartalmazó életesemény-skálával vizsgálva BDD-s betegeket ($n = 18$) és egészséges kontrollszemélyeket ($n = 19$) azt kapták, hogy mind a fizikai (39% vs. 0%), mind a szexuális abúzust (28% vs. 5%) szignifikáns mértékben többen jelezték a BDD-s csoportban (Buhlmann és mtsai, 2012). Érzelmi abúzust is többen jeleztek a BDD-sek, de ez a különbség nem volt szignifikáns (39% vs. 16%). Figyelemre méltó, hogy a BDD minden esetben időben a jelzett traumatikus esemény után jelentkezett (Buhlmann és mtsai, 2012).

A fentiekhez nem illeszkedik egy nagy ($n = 774$), felnőtt mintán végzett online vizsgálat eredménye, amely szerint a stresszel teli életesemények és a BDD tünetei között nem sikerült kapcsolatot kimutatni (Fontenelle, Destrée, Brierley, Thompson, Yücel és Albertella, 2021).

BDD-s pácienseket ($n = 52$) és egészséges kontrollcsoportot ($n = 57$) a *Gyermekkorai Trauma Kérdőív*vel vizsgálva a betegcsoportban szignifikánsan gyakrabban fordult elő az érzelmi abúzus (61,5% vs. 33,4%), a fizikai abúzus (40,4% vs. 28,1%), az érzelmi elhanyagolás (76,9% vs.



54,4%) és a fizikai elhanyagolás (59,6% vs. 28,1%), emellett egyéb traumatikus eseményeket is (pl. életveszélyes megbetegedés, szemtanúság, önsértő vagy öngyilkossági aktivitás, hajléktalanság) gyakrabban jeleztek a BDD-s csoport tagjai (Malcolm és mtsai, 2021).

A BDD-s páciensek retrospektív vizsgálataiból kiderül, hogy több gyermekkori stresszel teli életeseményre és/vagy bántalmazásra (fizikai, érzelmi, szexuális elhanyagolás/abúzus) emlékeznek vissza az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva. A diszmorfiás gondolatok ezek után jelentkeztek, a traumás események és bántalmazás előtt nem számoltak be BDD-s tünetekről. Az áttekintett kutatások alapján a BDD-s pácienseket korábban érő traumás életesemények és abúzusok formája, illetve gyakorisága eltérő.

Zaklatás

Az egyik vizsgálatban azokat a stresszel teli eseményeket azonosították, amelyeknek oki szerepet tulajdonítottak betegségük kialakulásában az interneten gyűjtött BDD-s személyek ($n = 165$) (Weingarden és mtsai, 2017). A betegek által leggyakrabban leírt esemény a zaklatás (angolul: bullying) volt, amely legtöbbször az általános iskola vagy középiskola időszakában történt interperszonális helyzetben. Azoknál, akik a zaklatásnak tulajdonították betegségüket, súlyosabb volt a depresszió, a funkciókárosodás és az életminőség romlása, továbbá kevesebb észlelt társas támogatásban részesültek, mint azok a betegek, akik más stresszes eseményt jelöltek meg okként (Weingarden és mtsai, 2017).

A fentitől eltérő eredményt kaptak, amikor a kényszerbetegség és kapcsolódó zavarok csoportjában a stresszel teli és traumatikus életeseményeket vizsgálták (Fontenelle és mtsai, 2021). Az online kérdőívet kitöltő felnőtt személyek ($n = 774$) válaszai alapján nem volt kimutatható kapcsolat a BDD és a stresszel teli és traumatikus életesemények között.

Neziroglu és munkatársai (2018) meglepő eredményt kaptak 7–10 éves gyermekek ($n = 219$) vizsgálata során. A BDD-sek ($n = 23$) és kényszerbetegek mintáját ($n = 10$) más pszichiátriai diagnózissal rendelkező kontrollcsoporttal ($n = 28$) és pszichiátriai szempontból tünetmentes kontrollszemélyekkel ($n = 158$) hasonlították össze. A BDD-sek szignifikáns mértékben gyakrabban voltak elkövetők, mint a másik három vizsgált csoport tagjai. A zaklatás áldozatai is gyakrabban voltak a BDD-sek, mint az egészséges kontrollszemélyek, de ritkábban, mint a kényszerbetegek vagy más pszichiátriai diagnózissal rendelkező kontrollcsoport. Az eredmények alapján úgy tűnik, kapcsolat van az áldozati és az elkövető szerepek között (Neziroglu és mtsai, 2018).

Fabris és munkatársai (2021) 15–21 éves középiskolai tanulóknál ($n = 1,062$) vizsgálták a BDD egyik fajtájának, az *izomdiszmorfiának* a tüneteit, a társakhoz való kötődést és az áldozattá válást. Eredményeik szerint indirekt kapcsolat van a zaklatás miatti áldozattá válás és az izomdiszmorfia kialakulása között, melyben közvetett változó a társaktól való elidegenedés. A helytelen megküzdési stratégia viszont még intenzívebben mélyíti a társaktól való elidegenedést és azt az önészlelést, hogy ő maga sebezhető, a világ pedig fenyegető. Ez a kognitív torzítás központi elemként jelenik meg a testdiszmorfiás zavarban szenvedőknél.

Az áttekintett tanulmányokban közös pont, hogy a BDD kialakulása szempontjából a korai életszakaszban megjelenő rossz bánásmód és a kockázatot jelentő családi körülmények hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához. A BDD-s páciensek hajlamosak a bizonytalan kötődés jeleit mutatni, és alacsonyabb szülői gondoskodásról számolnak be az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva (Veale és Neziroglu, 2010). A problémás gondozás a korai életszakaszban tehát a BDD kialakulása szempontjából rizikófaktor (Malcolm és mtsai, 2021).



A TÁRSAS KÖRNYEZET HATÁSAI

A BDD kialakulásában, a kórlefolrásban és a betegség fenntartásában is szerepet játszik a társas környezet testhez való viszonyulása. A test társadalmi megítélése egyre fontosabb (Cataldo, De Luca, Giorgetti, Cicconcelli és Bersani, 2021), ez kedvez a külsővel kapcsolatos érzékenység és szorongás növekedésének, valamint a BDD tünetei megjelenésének (Hawes, Zimmer-Gembeck és Cambell, 2020; Senín-Calderón és mtsai, 2020).

Testtel kapcsolatos megjegyzések

A testtel kapcsolatos megjegyzések meghatározók lehetnek a BDD kialakulásában, azonban egyedüli tényezőként nem alakítanak ki BDD-t (Buhlmann és mtsai, 2007). Phillips (2005) interjúi szerint a BDD-s betegek 60%-a számolt be arról, hogy gyakran gúnyolták őket gyermek- vagy serdülőkörükben a testi megjelenésük miatt, és ez hosszú évekig intenzív érzelmi gyötrődést okozott. Előfordulhat, hogy a viccelődések tárgyává vált testrész képezi majd a BDD-s aggodalmak központját, az esetek egy részében azonban más testrész kerül a fókuszba. A hangsúly tehát magukon a megjegyzéseken van, és nem a megjegyzések tárgyán. A BDD-s egyénekre jellemző személyiségjegyek fennállása esetén a megjegyzések hatása fokozott a testképre. Általában azokban az egyéneknél hagyunk mély nyomokat, akik érzékenyek a kritikára, félnek az elutasítástól, és alacsony az önértékelésük. Ha a megjegyzések gyakoriak és durvák, akkor a szégyenérzet és az elutasítotttság érzése még intenzívebbé válik (Phillips, 2005).

Schmidt és Martin (2019) keresztmetszeti kutatásukban 501 felnőttél (nő = 407, férfi = 94) vizsgálták a korábbi, külsővel kapcsolatos csúfolásokat, valamint a jelenlegi külsővel kapcsolatos aggodalmakat, a diszmorfiás gondolatokat és a mentális egészséget (depresszió, szorongás, önértékelés). A testtel kapcsolatos csúfolások mindkét nemnél szignifikáns mértékben kapcsolódtak a felnőtt testkép változóihoz, a felnőttkori mentális egészséget azonban csak a nők esetében befolyásolták. Esetükben a csúfolódások negatív hatását a *külső megjelenésen alapuló elutasítás iránti érzékenység* (appearance-based rejection sensitivity) és a diszmorfiás gondolatok közvetítették, amelyeknek etiológiai szerepük lehet a nők testképzavarainak és egyéb mentális zavarainak kialakulásában.

Közösségi média

A közösségimédia-felületeket a serdülők körülbelül 12–13 éves korban kezdik el használni (Cataldo és mtsai, 2021), mert kielégíti az információéhségüket és társas igényeiket. Bárhol, bármikor elérhető, alkalmasak saját tartalom közlésére (*énbemutatás*) és passzív tevékenységre (megfigyelés, hírfolyam görgetése) is. A *valahová tartozás* látszólagos igényét is kiszolgálják, az online közösségekhez való csatlakozás lehetőségét kínálva. Létrejöhethet egy megszakítás nélküli kapcsolat, amely a *külső megjelenés monitorozásával* (Hawes és mtsai, 2020), a vélemény, viselkedés megosztásával, valamint a visszajelzések ellenőrzésével jár (Cataldo és mtsai, 2021). A felületeken eltöltött idő pozitív kapcsolatot mutat a társas összehasonlítás és a külső miatti aggodalmak növekedésével. Több szerző beszámolt már a közösségimédia-felületek használata és a *negatív testkép* közötti kapcsolatról (Fardouly, Willburger és Vartanian, 2018; Senín-Calderón és mtsai, 2020). A külsővel kapcsolatos média használata fokozza a depresszió és a szociális szorongás kialakulásának lehetőségét és a testtel való elégedetlenséget, különösen a serdülők és fiatal nők körében (Hawes és mtsai, 2020; Cataldo és mtsai, 2021).



A szakirodalom főként az *Instagram* (általában a valóságnak nem megfelelő, szerkesztett tartalmak dominálnak) és a *Snapchat* (a felhasználói közössége a képekre adott visszajelzések függvényében alakul) kedvezőtlen hatásaira hívja fel a figyelmet (Senín-Calderón és mtsai, 2020; Cataldo és mtsai, 2021; Hakim, Alrahmani, Ahmed, Alharthi és Fida, 2021), mivel ezek a felületek elsősorban a képi tartalmak közlésére alkalmasak. A videómegosztók közül a *TikTok* (Cataldo és mtsai, 2021) került a tudományos figyelem középpontjába. Az Instagramon közzétett „*fitspiration*” kulcsszóval rendelkező képek 63,7%-a embereket, főleg nőket mutat be, 25%-uk valamilyen edzést, 19%-uk tartalmaz valamilyen egészséges ételt (gyümölcs- vagy fehérjeturmix), a többi kép inspiráló idézeteket, statisztikákat és edzéshez szükséges felszereléseket és ruhákat mutat be (Tiggemann és Zaccardo, 2018). A „*fitspiration*” tartalmak *pszichopatológiai kockázatot* jelentenek, káros hatásuk van a következő területekre: testedzésfüggőség és kényszeres testedzés, testtel kapcsolatos elégedetlenség és a test tárgyiasítása, külsővel kapcsolatos szorongásos és depressziós tünetek, önértékelés, túlzott kontroll az evési szokások felett, teljesítményfokozók használata és életminőség (Cataldo és mtsai, 2021).

Senín-Calderón és munkatársainak (2020) eredményei szerint az intenzív Instagram-használat közvetett úton diszmorfiás gondolatokat válthat ki a felhasználóból, tekintet nélkül a nemre. A gyakori társas összehasonlítás mentén megjelenhet az a meggyőződés, hogy mások számára neveségees az egyén külseje vagy a „szépséghibája”. A távolság és a felületek korlátozott lehetőségei megnehezítik az érzelemszabályozás folyamatát, aminek következtében létrejöhetnek és rögzülnek diszmorfiás aggodalmak. Ezek az egyének érzékenyek az elutasításra, félreértelmezhetik a társas helyzeteket, és ezáltal fenntartják a külsővel kapcsolatos aggodalmaikat, így a diszmorfiás aggodalmak intenzívebbé válhatnak (Buhlmann, Wacker és Dziobek, 2015).

A testdiszmorfiás zavarban szenvedők társas összehasonlításnak való kitettségét és sérülékenységét valószínűleg fokozza a közösségi médiafelületek használata. Anson és munkatársai (2015) szerint a BDD-s páciensek ($n = 35$) a külsejük megítélése során nem a teljes megjelenésre helyezik a hangsúlyt, hanem az általuk hibásnak vélt testrészeire. Ezzel szemben a kontrollszemélyek ($n = 45$) az összképük alapján értékelik és hasonlítják magukat másokhoz. A társas összehasonlítás után a BDD-s páciensek elégedetlenebbek a kinézetükkel, mint előtte. Lavell és munkatársai (2018) azt találták, hogy azoknak a serdülőknek, akik több BDD-s tünettellel rendelkeznek, több érzelemszabályozási nehézségük is van, nincsenek eléggé hatékony megküzdési stratégiáik, ezért inkább kényszeres viselkedéseket mozgósítanak annak érdekében, hogy csökkentsék a szorongásuk mértékét.

A TESTDISZMORFIÁS ZAVAR KEZELÉSE

Mindenekelőtt hangsúlyoznunk kell, hogy a BDD-s betegek túlnyomó részénél egyáltalán nem ismerik fel a betegséget, vagy csak jóval a kezdet után. Egy nagy mintán végzett online kérdőíves vizsgálatban azonosított BDD-s személyek közül ($n = 429$) mindössze 15,2%-nál ($n = 65$) diagnosztizálták korábban a betegséget. A BDD-s személyek 60,1%-a soha nem kapott pszichiátriai gyógyszert, és pszichoterápiában sem részesült (Schulte és mtsai, 2020). *CBT* kezelésbe (kognitív viselkedésterápia, angolul: cognitive behavior therapy) a BDD-s páciensek töredékét (17,4%) tudják bevonni (Marques és mtsai, 2011).

A megfelelő terápia elérését nehezíti, hogy a BDD-s páciensek nem pszichiátriai ellátást keresnek. Általában stigmaként tekintenek a pszichiátriai kezelésre, és szégyellik, hogy a



szomatikusnak vélt problémájukkal mentális szakemberhez kell fordulniuk (Marques és mtsai, 2011). A szégyen gátolja őket a segítségkérésben, emiatt a pszichoterápiában nem tudják előben gyakorolni a feladatokat, ami megakadályozhatja a terápiás választ, és növelheti a visszaesés kockázatát (Wilhelm és mtsai, 2020).

A szakemberek oldaláról nehézséget okoz az, hogy mind az orvosképzésben, mind a pszichológusképzésben ritka véletlennek számít, ha a hallgató hall a BDD-ről. Így az érintett páciens a megfelelő szakrendelésen más panaszokról számol be, és rejtve marad valódi problémája. Amennyiben mégis diagnosztizálják őket, további akadály, hogy kevés a BDD-s páciensek kezelésére szakosodott terapeuta (Wilhelm és mtsai, 2020). A kezelés során felmerülő direkt és indirekt költségek magasak, a képzett terapeuták pedig távol esnek a BDD-s páciens lakhelyétől (Buhmann, 2011; Marques és mtsai, 2011; Cavanagh, 2014).

A BDD diagnosztikája

Számos kérdőív áll rendelkezésre, melyek használatát klinikai interjúval kell kiegészíteni a pontos diagnózishoz. Az interjú során megállapítható, hogy létezik-e a vélt defektus, milyen súlyosságú, és van-e komorbid zavar.

Az önkitöltő kérdőívek általában a DSM-IV és DSM-5 (APA, 1994, 2013) diagnosztikai kritériumainak megfelelően tartalmaznak kérdéseket, amelyekre a páciens és/vagy az őt vizsgáló szakember válaszol. A leggyakrabban használt eszközök:

- Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ, magyarul: Testdiszmorfiás Zavar Kérdőív) (Phillips, 2005),
- The Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) (Mancuso, Knoesen és mtsai, 2010),
- Appearance Anxiety Inventory (AAI) (Veale és mtsai, 2014),
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (BDD-YBOCS) (Phillips et al., 1997, 2001),
- Body Dysmorphic Disorder Examination, BDDE (Rosen és Reiter, 1996).

Gyógyszeres kezelés

BDD-ben a szerotonin-visszavételt gátló antidepresszívumok (röviden, angolul: SSRI) az elsőként választandó gyógyszerek (Krebs, Fernández de la Cruz és Mataix-Cols, 2017; Hong, Nezgovorova és Hollander, 2018; Hong, Nezgovorova, Uzunova, Schlusser és Hollander, 2019). A gyógyszerek adagja nagyobb, mint depresszióban, a kezelés tartama is hosszabb. A nagy fokú szenvedés és a betegség súlyos kockázata miatt a maximálisan tolerálható dózist célszerű minél hamarabb (5–9. hét alatt) elérni. A SSRI-monoterápia 10 hét alatt a betegek mintegy kétharmadánál jelentős javulást eredményez. Ha ez nem következik be, másik SSRI-gyógyszerre váltás vagy más gyógyszerrel való kiegészítés (augmentáció) javasolt. Augmentációra más típusú antidepresszívumok (pl. buspiron, clomipramin, venlafaxin, bupropion), egyes atípusos antipszichotikumok (olanzapin, ziprasidon, risperidon), metilfenidátum, lítium, egyes benzodiazepinek és antiepileptikumok jönnek szóba (Szabó, 2010; Krebs és mtsai, 2017; Hong és mtsai, 2018; Hong és mtsai, 2019; Szabó és Szászi, 2021).

Pszichoterápia

Kognitív viselkedésterápia. A pszichoterápiás módszerek közül a viselkedésterápiát, a kognitív terápiát és a kognitív viselkedésterápiát használják a BDD kezelésében a leggyakrabban (Grant és



Phillips, 2005; Hong és mtsai, 2018; Johnson és mtsai, 2019; Neziroglu és Khemlani-Patel, 2002; Phillips, 2005, 2017; Siegfried, Ayrolles és Rahioui, 2018; Williams, Hadjistavropoulos és Sharpe, 2006). A BDD kezelésében elsőként választandó pszichoterápiaként említik a CBT-t (Phillips, 2017; Siegfried és mtsai, 2018). Nemzetközi irányelvek alapján 16–24 ülés javasolt (Neziroglu és Khemlani-Patel, 2002; Williams és mtsai, 2006; Johnson és mtsai, 2019). Wilhelm és munkatársai (2011) *moduláris kognitív viselkedésterápiát* javasolnak az információfeldolgozás és a viselkedés megváltoztatására. A kognitív viselkedésterápia hatékony intervenciónak bizonyul (Veale, Anson, Miles, Pieta, Costa és Ellison, 2014; Harrison, Fernández de la Cruz, Enander, Radua és Mataix-Cols, 2016), ezért az ellátás elérhetőségét egyes országokban már online eléréssel is biztosítják (Enander és mtsai, 2016). Az *internetalapú kognitív viselkedésterápiával* áthidalják a földrajzi távolságot, valamint csökkentik a szorongás és szegény mértékét (Enander és mtsai, 2016), a gyakorlást pedig okostelefon-alkalmazással kombinált viselkedésterápiával segítik (Wilhelm és mtsai, 2020). Ez utóbbi részei: bemutatkozás, pszichoedukáció, célok és keretek meghatározása, kognitív újrastrukturálás, rituálék megelőzése, rituálék csökkentésére irányuló stratégiák, mindfulness feladatok, tükörfeladatok, összehasonlító rituálék csökkentése, önértékelés javítása, a központi aggodalmak azonosítása és módosítása, valamint a javuló állapot fenntartására vonatkozó feladatok. A Wilhelm és munkatársai (2020) által kidolgozott alkalmazás egyelőre angol nyelven érhető el, használatát a kognitív viselkedésterápiás ülések között javasolják, így a páciensek saját ütemükben haladhatnak a feladatok gyakorlásával. Rendszerükben a páciensek számára videóhíváson és chaten keresztül elérhető egy CBT-ben képzett terapeuta is. A páciensek elégedettsége magas, a lemorzsolódás alacsony, a betegségbelátás és a tünetek súlyossága pedig javuló tendenciát mutat (Wilhelm és mtsai, 2020).

Új típusú kognitív viselkedésterápiák. Az *elfogadás-elköteleződés terápia*ja (Hayes, Strosahl és Wilson, 1999) a borderline páciensekhez hasonlóan a BDD-s betegeknel is a szupportív, bizalmi közeg kialakítását célozza, megteremti a lehetőséget a kötődés és az érzelmi biztonság kialakítására, az önértékelés javítására (Callaghan, Sandoz, Darrow és Feeney, 2015).

A *metakognitív terápia* a figyelem fókuszának megváltoztatására, illetve a negatív, automatikus gondolatok kezelésére vonatkozik (Rabiei, Mulken, Kalantari, Molavi és Bahrami, 2012; Fang, Sawyer, Aderka és Hofmann, 2013). Phillipou és munkatársai (2016) metaanalízise alapján a CBT, a metakognitív terápia és a farmakoterápia kombinációja a leghatékonyabb a tünetek kezelésében.

A *dialektikus viselkedésterápia* az érzelmek szabályozásában, a tudatos belső figyelem kialakításában és a saját testtel kapcsolatos érzelmek megfigyelésében segíti a pácienseket (Linehan, 1993). Főleg a szegény kezelésében játszik fontos szerepet, hiszen arra tanítja a pácienseket, hogy a szégyenteljes szituációkra a korábbi tapasztalatoktól eltérő válaszokat, viselkedéseket adjanak (Weingarden és mtsai, 2016).

A *mindfulness feladatok* is a testtel kapcsolatos érzelmek szabályozásában, a tudatos viselkedések, a megküzdési módok és az ítélkezésmenetség kialakításában vesznek részt, ugyanakkor a túlzott önfigyelés csökkentésében is szerepet játszanak (Lavell és mtsai, 2018).

TESTDISZMORFIÁS ZAVAR A COVID-ÉRÁBAN

Az elmúlt 2 évben lényegesen magasabb prevalencia-értékekről számoltak be. Szaúd-Arábiában 520 felnőttből álló mintán vizsgálva a BDD prevalenciája 8,8% volt (a nőknél 11,7%, a férfiaknál



5,8%) (Alghamdi és mtsai, 2022). Iránban 500 első és második osztályos középiskolás körében a BDD prevalenciája 10,4% volt (a lányoknál 14,8%, a fiúknál 6,0%) (Rajabi, Kamran és Kama-Abadi, 2022). A BDD meglepően magas prevalenciáját (9,5%) találták hivatásos katonai kiképzésüket megkezdett fiatal (18–24 éves) férfiak ($n = 126$) csoportjában Svájcban (Drüge, Rafique, Jäger és Watzke, 2021). Applewhite és munkatársai 20 közlemény és 42 952 vizsgálati személy adatait összesítve megállapították, hogy a hivatásos katonák foglalkozási csoportjában a BDD prevalenciája a nőknél 20%, a férfiaknál 10% körül van, míg az izomdiszmorfiáé nőknél 5%, férfiaknál 15% körül (Applewhite, Olivola, Tweed, Wesemann és Himmerich, 2022).

A *snapchat diszmorfia* és a *zoom diszmorfia* leírása azt jelzi, hogy a gyakoriság növekedése mellett a betegség megjelenési formája is differenciálódik (Rajanala, Mayone és Vashi, 2018; Rice, Siegel, Libby, Graber és Kourosh, 2021). A *snapchat diszmorfia* lényege, hogy a páciens esztétikai beavatkozásra készülve a kezelőorvosnak képszerkesztő programmal módosított önarcképet visz, és ragaszkodik az összeállított eredmény kivitelezéséhez – a saját biológiai adottságai vagy az orvostechnikai lehetőségektől függetlenül (Rajanala és mtsai, 2018). A *zoom diszmorfia* során a rosszul beállított kameraszög miatt jön létre a téves észlelés, amelyből további diszmorfiás gondolatok alakulhatnak ki (Rice és mtsai, 2021).

Az előfordulási gyakoriság és az online töltött idő növekedése miatt a BDD egyre nagyobb terhet ró az ellátórendszerre. Így kulcsfontosságú a hatékony prevenció és terápiás módszerek megtalálása. Ehhez nyújt segítséget a jelen áttekintésben összefoglalt kiváltó és fenntartó tényezők azonosítása.

DISZKUSSZIÓ ÉS KITEKINTÉS

A BDD komoly szenvedéssel és az élet több területét érintő jelentős funkcióromlással járó pszichiátriai betegség, amely jellegzetesen gyermek- és serdülőkorban kezdődik. A BDD-ben magas a komorbiditás, és súlyos az öngyilkossági veszély. Epidemiológiai vizsgálatok eredményei alapján a BDD az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség, pontprevalenciája bizonyos csoportokban messze meghaladja az általános populációban leírt értékeket: felnőtt és serdülő pszichiátriai osztályon kezelt betegeknel 7,4%, esztétikai sebészeti és bőrgyógyászati járóbetegek között pedig 15% felett van. Újabb eredmények szerint az elmúlt években jelentősen gyakoribb lett a BDD általános populációs jellegű vizsgálati mintákban is. A COVID-érában nemcsak a gyakoriság növekedett, hanem a betegség új megjelenési formáit is leírták, a *snapchat diszmorfiát* és a *zoom diszmorfiát*.

Paradox helyzet, hogy ezt a gyakori és súlyos betegséget az esetek nagy részében nem ismerik fel, ezért a betegek nagy része sosem kap hatékony kezelést. Így a szerzők célkitűzése az volt, hogy minél teljesebb áttekintést nyújtsanak azon pszichológiai, viselkedéses és környezeti tényezőkről, amelyeknek etiopatológiai szerepe lehet a BDD-ben, és amelyek felhasználhatók a megelőzésben és a kezelésben. A következő nagyobb részterületek áttekintésére került sor: testképzavar, kognitív tényezők (arcészlelés, szelektív figyelem, figyelmi és végrehajtó működések), érzelemkezelés, személyiségvonások (perfekcionizmus, szégyen), múltbeli társas környezeti hatások (kora gyermekkori traumatikus életesemények, bántalmazás, zaklatás), aktuális társas környezeti hatások (testtel kapcsolatos megjegyzések, közösségi média).

Az alkalmazott módszerek és a vizsgálati minták közti különbségek magyarázhatják a sokféle, időnként egymásnak ellentmondó és megerősítésre szoruló eredményt. A betegség



központi tünete a testképzavar, amely bármely testrészt érinthet, így bármely szakorvosi területen megjelenhetnek a BDD-s páciensek. Betegségelátás híján a bőrgyógyászati, kozmetológiai és esztétikai sebészeti rendelőkben felülreprezentáltak a betegek. Bizonyított, hogy kognitív tényezőknél, az érzelmek kezelésénél, a személyiségvonások közül a perfekcionizmusnak és a szégyennek szerepe van a betegség kialakulásában, ahogyan az olyan társas környezeti hatásoknak, mint a korai traumatikus életesemények (pl. bántalmazás, zaklatás) vagy a gyermeket, serdülőt a közösségi médián keresztül ért hatások. A fentiek bármelyike terápiás célpont lehet.

A betegség sokszor évekig, sőt évtizedekig rejtve marad, esetleg visszafordíthatatlan károkat okozva a páciensnek. A beteget hiú különcnek tartják, aki gyakran vesz igénybe esztétikai kezeléseket, ő maga pedig fokozott szégyent él át, és teljesen beszűkül az élete, mert nem tud vélt testi problémáján kívül mással foglalkozni. Ezért a szerzők kulcsfontosságúnak tartják a betegségről szóló edukációt és pszichoedukációt. A BDD-nek nagyobb szerepet kell kapnia mind az orvosképzésben, mind a pszichológusképzésben, majd a szakorvosok és szakpszichológusok képzésében is. Mivel a tünetek a gyermek- és serdülőkorban kezdődnek többnyire, a közoktatásban dolgozóknak és a szociális szféra szakembereinek is jobban kellene ismerniük ezt a problémát. A média szakemberei is sokat tehetnének a BDD központjában álló testképzavar megelőzésében, illetve enyhítésében.

IRODALOM

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927–946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>.
- Alghamdi, W. A., Subki, A. H., Khatib, H. A., Butt, N. S., Alghamdi, R. A., Alsallum, M. S., ... Koenig, H. G. (2022). Body dysmorphic disorder symptoms: Prevalence and risk factors in an Arab Middle Eastern population. *International Journal of General Medicine*, 15, 2905–2912. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S329942>.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (APA) (2022). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5-TR*. Washington, D.C. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Angelakis, I., & Gooding, P. (2020). A novel tool showing that perceptions of adverse social relationships in childhood were linked with mental health problems and suicidal experiences: Validation of the English version of the History of Social Punishment (HoSP) scale. *Psychiatry Research*, 285, 112807. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112807>.
- Anson, M., Veale, D., & de Silva, P. (2012). Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 753–760.
- Anson, M., Veale, D., & Miles, S. (2015). Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls. *Body Image*, 15, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.08.003>.
- Applewhite, B., Olivola, M., Tweed, C., Wesemann, U., & Himmerich, H. (2022). Body dysmorphic disorder, muscle dysmorphia, weight and shape dissatisfaction and the use of appearance-enhancing



- drugs in the military: A systematic review. *British Medical Journal Military Health*, e002135. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2022-002135>.
- Barnier, E. M., & Collison, J. (2019). Experimental induction of self-focused attention via mirror gazing: Effects on body image, appraisals, body-focused shame, and self-esteem. *Body Image*, 30, 150–158. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.07.003>.
- Beilharz, F., Castle, D. J., Grace, S., & Rossell, S. L. (2017). A systematic review of visual processing and associated treatments in body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 16–36. <https://doi.org/10.1111/acps.12705>.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 893–903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., & Mahaffey, B. L. (2016). Do obsessive beliefs predict body image disturbance? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.007>.
- Boland, R. J., & Verduin, M. L. (2022). Obsessive-Compulsive and related disorders. In R. J. Boland, & M. L. Verduin (Eds.), *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (pp. 415–428). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Borda, T., Neziroglu, F., Santos, S., Donnelly, K., & Perez Rivera, R. (2011). Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.004>.
- Buhlmann, U. (2011). Treatment barriers for individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 268–271. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821245ce>.
- Buhlmann, U. (2014). The German version of the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS): Development and evaluation of its psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1968–1971. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.011>.
- Buhlmann, U., Cook, L. M., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2007). Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 4(4), 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.06.004>.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.03.006>.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 540–547. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.004>.
- Buhlmann, U., Marques, L. M., & Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 200(1), 95–98. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31823f6775>.
- Buhlmann, U., McNally, R. J., Etcoff, N. L., Tuschen-Caffier, B., & Wilhelm, S. (2004). Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38(2), 201–206. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00107-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00107-9).
- Buhlmann, U., Winter, A., & Kathmann, N. (2013). Emotion recognition in body dysmorphic disorder: Application of the reading the mind in the eyes task. *Body Image*, 10(2), 247–250. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.12.001>.
- Buhlmann, U., Wacker, R., & Dziobek, I. (2015). Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.003>. 26218178.



- Callaghan, G. M., Sandoz, E. K., Darrow, S. M., & Feeney, T. K. (2015). The body image psychological inflexibility scale: Development and psychometric properties, *Psychiatry Research*, 226(1), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.039>.
- Cash, T. F. (ed.) (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance*. London: Academic Press.
- Cataldo, I., De Luca, I., Giorgetti, V., Cicconcelli, D., Bersani, F. S., Imperatori, C., ... Corazza, O. (2021). Fitspiration on social media: Body-image and other psychopathological risks among young adults. A narrative review. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 1, 100010. <https://doi.org/10.1016/j.etched.2021.100010>.
- Cavanagh, K. (2014). Geographic inequity in the availability of cognitive behavioural therapy in England and Wales: A 10-year update. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 497–501. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000568>.
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., & Ghisi, M. (2018). Non-weight-related body image concerns and body dysmorphic disorder prevalence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 267, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.068>.
- Csukly, G., Czobor, P., Simon, L., & Takács, B. (2008). Basic emotions and psychological distress: Association between recognition of facial expressions and symptom checklist-90 subscales. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 177–183. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.001>.
- Csukly, G., Telek, R., Filipovits, D., Takács, B., Unoka, Z., & Simon, L. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.08.003>.
- Deckersbach, T., Savage, C. R., Phillips, K. A., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S. L., ... Jenike, M. A. (2000). Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society (JINS)*, 6(6), 673–681. <https://doi.org/10.1017/s1355617700666055>.
- Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1105–1115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.007>.
- Drüge, M., Rafique, G., Jäger, A., & Watzke, B. (2021). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder (BDD) and associated features in Swiss military recruits: A self-report survey. *BioMed Central Psychiatry*, 21(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03288-x>.
- Dunai, J., Labuschagne, I., Castle, D., Kyrios, M., & Rossell, S. (2010). Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 40(9), 1541–1548. <https://doi.org/10.1017/S003329170999198X>.
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G., ... Rück, C. (2016). Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 352, i241. <https://doi.org/10.1136/bmj.i241>.
- Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., & Longobardi, C. (2021). Bullying victimization and muscle dysmorphic disorder in Italian adolescents: The mediating role of attachment to peers. *Children and Youth Services Review*, 120, 105720. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105720>.
- Fang, A., Sawyer, A. T., Aderka, I. M., & Hofmann, S. G. (2013). Psychological treatment of social anxiety disorder improves body dysmorphic concerns. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 684–691. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.07.005>.
- Fardouly, J., Willburger, B. K., & Vartanian, L. R. (2018). Instagram use and young women's body image concerns and self-objectification: Testing mediational pathways. *New Media & Society*, 20(4), 1380–1395. <https://doi.org/10.1177/1461444817694499>.



- Fenwick, A. S., & Sullivan, K. A. (2011). Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Research*, *189*(82), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.011>.
- Feusner, J. D., Moller, H., Altstein, L., Sugar, C., Bookheimer, S., Yoon, J., & Hembacher, E. (2010). Inverted face processing in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(15), 1088–1094. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.03.015>.
- Fontenelle, L. F., Destrée, L., Brierley, M.-E., Thompson, E. M., Yücel, M., & Albertella, L. (2021). Are different stressful or traumatic life events related to types of obsessive-compulsive and related disorders? An online study. *Journal of Affective Disorders Reports*, *5*, 100170. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100170>.
- Gardner, A. A., Hawes, T., Zimmer-Gembeck, M. J., Webb, H. J., Water, A. M., & Nesdale, D. (2021). Emotion regulation and support from others: Buffering of body dysmorphic symptoms in adolescent and young adult men but not women. *Journal of Adolescence*, *86*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.11.008>.
- Grace, S., Toh, W., Buchanan, B., Castle, D., & Rossell, S. (2019). Impaired recognition of negative facial emotions in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *25*(8), 884–889. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000419>.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *17*(4), 205–210. <https://doi.org/10.1080/10401230500295313>.
- Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry Research*, *273*, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.036>. 30658211.
- Greenberg, J. L., Reuman, L., Hartmann, A. S., Kasarskis, I., & Wilhelm, S. (2014). Visual hot spots: An eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *57*, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.015>.
- Greenberg, J. L., Weingarden, H., Reuman, L., Abrams, D., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2018). Set shifting and visuospatial organization deficits in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, *260*, 182–186. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.062>.
- Grochowski, A., Kliem, S., & Heinrichs, N. (2012). Selective attention to imagined facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body Image*, *9*(2), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.002>.
- Gunstand, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 270–276. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9).
- Hakim, R. F., Alrahmani, D. A., Ahmed, D. M., Alharthi, N. A., Fida, A., & Al-Raddadi, R. (2021). Association of body dysmorphic disorder with anxiety, depression, and stress among university students. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *16*, 689–694. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.05.008>.
- Hanes, K. R. (1998). Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society (JINS)*, *4*(2), 167–171. <https://doi.org/10.1017/s1355617798001672>.
- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *48*, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>.
- Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Elliott, C. M., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2015). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image*, *14*, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.013>.



- Hawes, T., Zimmer-Gembeck, M. J., & Campbell, S. M. (2020). Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. *Body Image*, 33, 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.010>.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340.
- Hong, K., Nezhgorova, V., & Hollander, E. (2018). New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder. *F1000Research* 2018, 7(F1000 Faculty Rev), 361. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13700.1>.
- Hong, K., Nezhgorova, V., Uzunova, G., Schluskel, D., & Hollander, E. (2019). Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Current Neuropharmacology* 2019, 17(8). <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180426153940>.
- Hübner, C., Wiesendahl, W., Kleinstäuber, M., Stangier, U., Kathmann, N., & Buhlmann, U. (2016). Facial discrimination in body dysmorphic, obsessive-compulsive and social anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 236, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.024>.
- Jefferies, K., Laws, K. R., & Fineberg, N. A. (2012). Superior face recognition in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.002>.
- Johnson, S., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., Shafran, R., & Wade, T. D. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for perfectionism: Targeting dysmorphic concern. *Body Image*, 30, 44–55. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.002>.
- Johnson, S., Williamson, P., & Wade, T. D. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.013>.
- Krebs, G., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2017). Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evidence-based Mental Health*, 20(3), 71–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702>.
- Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 10044. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>.
- Lambrou, C., Veale, D., & Wilson, G. (2012). Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body Image*, 9(1), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.08.001>.
- Lang, K., Kerr-Gaffney, J., Hodsoll, J., Jassi, A., Tchanturia, K., & Krebs, G. (2021). Is poor global processing a transdiagnostic feature of body dysmorphic disorder and anorexia nervosa? A meta-analysis. *Body Image*, 37, 94–105. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.012>.
- Lavell, C. H., Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2018). A prospective study of adolescents' body dysmorphic symptoms: Peer victimization and the direct and protective roles of emotion regulation and mindfulness. *Body Image*, 24, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.11.006>.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Malcolm, A., Pikoos, T. D., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2021). An update on gender differences in major symptom phenomenology among adults with body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 295, 113619. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113619>.



- Mancuso, S. G., Knoesen, N. P., & Castle, D. J. (2010). The dysmorphic concern questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 535–542. <https://doi.org/10.3109/00048671003596055>.
- Marques, L., LeBlanc N., Robinaugh, D., Weingarden H., Keshaviah, A., & Wilhelm, S. (2011). Correlates of quality of life and functional disability in individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 52(3), 245–254. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.12.015>.
- Marron, S. E., Gracia-Cazaña, T., Miranda-Sivelo, A., Lamas-Diaz, S., & Tomas-Aragones, L. (2019). Screening for body dysmorphic disorders in acne patients: A pilot study, *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 110(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2018.11.001>.
- McCrea, C. W., Summerfield, A. B., & Rosen, B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01502.x>.
- Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B., & Motabi, F. (2019). Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial, *Journal of Affective Disorders*, 245, 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.058>.
- Möllmann, A., Hunger, A., Schulz, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2020). Gazing rituals in body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101522. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101522>.
- Morita, M. M., Merlotto, M. R., Dantas, C. L., Olivetti, F. H., & Miot, H. A. (2021). Prevalence and factors associated with body dysmorphic disorder in women under dermatological care at a Brazilian public institution. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 96, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.003>.
- Morselli, E. (1891). Dysmorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. (Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia.) *Bolletino della R. Accademia Medica di Genova*, 6, 110–119.
- Németh, A., & Csígyó, K. (2021). Obszesszív-kompulzív zavar és kapcsolódó kórképek. In A. Németh, J. Füredi, J. Lazáry, & Zs. Somlai (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 293–306). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Neziroglu, F., Borda, T., Khemlani-Patel, S., & Bonasera, B. (2018). Prevalence of bullying in a pediatric sample of body dysmorphic disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 87, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.08.014>.
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2002). A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*, 7(6), 464–471. <https://doi.org/10.1017/s1092852900017971>.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*, 3(2), 189–193. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.03.001>.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Wilding, H. E., & Castle, D. J. (2016). Randomised controlled trials of psychological & pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review, *Psychiatry Research*, 245, 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.062>.
- Phillips K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* (pp. 40–43). New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 14(12), 58–66.
- Phillips, K. A. (2017). *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. Oxford, Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17–22.



- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Dwight, M. M., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2001). Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(2), 87–91. <https://doi.org/10.4088/jcp.v62n0203>.
- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.002>.
- Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G., & Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 125–129.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1293–1299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.016>.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 724–729. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.013>.
- Rajabi, S., Kamran, L., & KamalAbadi, J. M. (2022). Epidemiology of body dysmorphic disorder among adolescents: A study of their cognitive functions. *Brain and Behavior*, 12, e01710. <https://doi.org/10.1002/brb3.1710>.
- Rajanala, S., Maymone, M. B. C., & Vashi, A. (2018). Selfies—Living in the era of filtered photographs. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 20(6), 443–444. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.0486>.
- Reese, H. E., McNally, R. J., & Wilhelm, S. (2010). Facial asymmetry detection in patients with body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 936–940. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.021>.
- Rice, S. M., Siegel, J. A., Libby, T., Graber, E., & Kourosch, A. S. (2021). Zooming into cosmetic procedures during the COVID-19 pandemic: The provider's perspective, *International Journal of Women's Dermatology*, 7(2), 213–216. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.01.012>.
- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755–766. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00024-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00024-1).
- Rossell, S. L., Labuschagne, I., Castle, D. J., & Toh, W. L. (2020). Delusional themes in body dysmorphic disorder (BDD): Comparisons with psychotic disorders and non-clinical controls, *Psychiatry Research*, 284, 112694. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112694>.
- Rossell, S. L., Labuschagne, I., Dunai, J., Kyrios, M., & Castle, D. J. (2014). Using theories of delusion formation to explain abnormal beliefs in Body Dysmorphic Disorder (BDD), *Psychiatry Research*, 215(3), 599–605. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.030>.
- Schieber, K., Kolle, I., de Zwaan, M., Müller, A., & Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 210(1), 242–246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.009>.
- Schmidt, J., & Martin, A. (2019). Appearance teasing and mental health: Gender differences and mediation effects of appearance-based rejection sensitivity and dysmorphic concerns. *Frontiers in Psychology*, 10, 579. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00579>.
- Schneider, S. C., Mond, J., Turner, C. M., & Hudson, J. L. (2019). Sex differences in the presentation of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 516–528. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1321001>. 28541768.



- Schulte, J., Schulz, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2020). Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BioMed Central Psychiatry*, 20(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02489-0>.
- Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S., & Rodríguez-Testal, J. F. (2020). The dark side of Instagram: Predictor model of dysmorphic concerns. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 253–261. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.005>.
- Shaw, A. M., Arditte Hall, K. A., Rosenfield, E., & Timpano, K. R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*, 19, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.007>.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>.
- Siegfried, E., Ayrolles, A., & Rahioui, H. (2018). L'obsession de dysmorphie corporelle : Perspectives d'évolution de la prise en charge, *L'Encéphale*, 44(3), 288–290. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.08.001>.
- Stangier, U., Adam-Schwebe, S., Müller, T., & Wolter, M. (2008). Discrimination of facial appearance stimuli in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 435–443. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.435>.
- Stasik-O'Brien, S. M., & Schmidt, J. (2018). The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image*, 27, 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.011>.
- Szabó, P. (2000). A testkép és zavara. In F. Túry, & P. Szabó (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia nervosa és bulimia nervosa* (pp. 59–76). Budapest: Medicina Kiadó.
- Szabó P. (2010). An old „new” disease: Body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). [Egy régi „új” betegség: a testdiszmorfiás zavar (dysmorphophobia)] *Orvosi Hetilap*, 151, 1805–1815. [Hungarian]. <https://doi.org/10.1556/oh.2010.28971>.
- Szabó P., & Szászi B. (2021). Body dysmorphic disorders: One hundred years of solitude [Testdiszmorfiás zavar: száz év magány]. *Psychiatria Hungarica*, 36(2), 143–161. [Hungarian].
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2018). Strong is the new skinny': A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1003–1011. <https://doi.org/10.1177/1359105316639436>.
- Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2015). Facial affect recognition in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder: An eye-tracking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.08.003>.
- Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2017). Characterisation of body dysmorphic disorder (BDD) versus obsessive-compulsive disorder (OCD): In light of current DSM-5 nosology. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.002>.
- Túry, F., & Pászthy, B. (szerk.) (2008). *Evészavarak és testképzavarok*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Túry, F., & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., & Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 341–353. <https://doi.org/10.1159/000360740>.
- Veale, D., & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 150–160. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.005>.



- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodson J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. West Sussex, UK: John Wiley and Sons.
- Weingarden, H., Curley, E. E., Renshaw, K. D., & Wilhelm S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 21, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.003>.
- Weingarden, H., & Renshaw K. D. (2016). Body dysmorphic symptoms, functional impairment, and depression: The role of appearance-based teasing. *Journal of Psychology*, 150(1), 119–131. <https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1012144>.
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Tangney, J. P., & Wilhelm, S. (2016). Development and validation of the body-focused shame and guilt scale. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.11.001>.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. A., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 624–633. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.002>.
- Wilhelm, S., Weingarden, H., Greenberg, J. L., McCoy, T. H., Ladis, I., Summers, B. J., ... Harrison, O. (2020). Development and pilot testing of a cognitive-behavioral therapy digital service for body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 51(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.007>.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.006>.
- Wilver, N. L., Summers, B. J., Garratt, G. H., Carlton, C. N., & Cogle, J. R. (2018). An initial investigation of the unique relationship between disgust propensity and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 269, 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.056>.
- Yaryura-Tobias, J. A., Neziroglu, F., Chang, R., Lee, S., Pinto, A., & Donohue, L. (2002). Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: A pilot study. *CNS Spectrums*, 7(6), 444–446. <https://doi.org/10.1017/s1092852900017958>.
- Yousefi, A., Rossell, S. L., Fakour, Y., Ashayeri, H., Naimijoo, P., Fathi, H., ... Asgharnejad-Farid, A. (2020). Examining memory performance in body dysmorphic disorder (BDD): A comparison study with obsessive compulsive disorder (OCD). *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 1876–2018. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102110>.

Psychological aspects of body dysmorphic disorder

Beáta Szászi and Pál Szabó

Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by great suffering and severe impairment of psychological and social functions. The core symptom of this psychiatric illness is a serious disturbance in the perception of one's own body, which leads to low self-esteem, anxiety, depression, and social isolation, all of which cause great difficulties in education, work, and starting a family. Psychiatric comorbidity is frequent, and



the risk of death by suicide is high. The nosological status of BDD has changed in DSM-5. Biological, psychological, environmental and sociocultural factors play a role in the development and maintenance of BDD. The authors' aim is to review psychological factors. BDD's most salient symptom, body image disorder are underlied by characteristic changes in cognitive functions (perception, attention, information processing, executive functions). Face perception and emotion recognition were studied most thoroughly. Disturbance of emotion regulation also predisposes to BDD. Characteristic personality traits are shyness, sensitivity to rejection and criticism, low self-esteem, perfectionism. BDD patients' dominant feeling, shame, prevents them from asking help for their problem. The disease begins early, mostly in adolescence (on average at the age of 16.7 years). Traumatic experiences, stressful life events, and unpleasant comments about the body are common in the early years of life. BDD patients frequently report emotional, physical, and sexual abuse. It is noteworthy that they are not only victims of bullying, but also often perpetrators. The social environment may also contribute to the etiology of BDD, e.g. by means of the social media (Facebook, Instagram, Snapchat, TikTok). The prevalence is 2% in the general population, 7.4% in psychiatric inpatients, and over 10% in cosmetic surgery and dermatology patients. BDD has become more common in recent years, and in the era of COVID, "snapchat dysmorphia" and "zoom dysmorphia" appeared. The effectiveness of SSRI-type antidepressants and cognitive behavioral therapy has been confirmed. Acceptance-commitment therapy, metacognitive therapy, and online versions of proven therapeutic methods seems to be promising alternatives. Any psychological factor relevant in BDD can be the target of therapy and prevention.

KEYWORDS

body dysmorphic disorder, cognitive functions, face recognition, emotion regulation, personality traits, social media

Open Access. A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

