

Opinnäytetyö (AMK)

Terveydenhoitajakoulutus

2017

[Click here to enter text.](#)

Eveliina Nieminen & Anniina Suoyrjö

DYSMORFINEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖ

– oirekuva ja tunnistaminen

Eveliina Nieminen & Anniina Suoyrjö

DYSMORFINEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖ

- oireet ja tunnistaminen

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö (BDD) on hyvin vakava mielenterveyden häiriö. Sitä sairastava henkilö on vakuuttunut ulkonäkönsä viallisuudesta ja kokee siitä selvästi liiallista huolta sekä ahdistusta. (Phillips 2004;Huttunen 2016.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tutkittua tietoa sairauden oirekuvasta sekä tunnistamisesta. Tavoitteena oli tuoda BDD terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen niin, että se pystytään tunnistamaan ja sitä sairastavat henkilöt osataan ohjata heidän tarpeitaan vastaavaan hoitoon. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Työn tulokset koottiin hyödyntämällä 35 tutkimusta sekä kirjallisuutta.

Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että dysmorfinen ruumiinkuvan häiriön oirekuva on laaja. Pakonomaiset käyttäytymismallit nousivat tutkimuksissa useimmiten esille. Muut oireet jotka nousivat tutkimuksissa esille, olivat liitännäissairaudet, ihmissuhdeongelmat, itsetuhoisuus, harhaluuloisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko, päihteiden ongelmakäyttö sekä väkivaltaisuus. Tunnistamisen kannalta keskeisin asia on oireiden tiedostamisen tärkeys. Apukeinoina oireiden tunnistamiseen voidaan käyttää erilaisia mittareita, kuten Cosmetic Procedure Screening, Body dysmorphic questionnaire, Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale modified for body dysmorphic disorder sekä The diagnostic and statistical manual fifth edition diagnostisia kriteereitä.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan pitää BDD-potilaan yksilöllisyyden korostumista sekä oirekuvassa että tunnistamisessa, sillä jokainen BDD-potilas kokee sairauden eri tavalla. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että sairaudesta pitäisi tehdä enemmän tutkimuksia etenkin Suomessa, sillä dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö on Suomessa melko tuntematon sairaus.

ASIASANAT:

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriön oireet, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriön tunnistaminen, mielenterveyden häiriö.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of Public Health Nurse

2017 | 45

Eveliina Nieminen & Anniina Suoyrjö

BODY DYSMORPHIC DISORDER

- Symptoms and recognition

Body dysmorphic disorder (BDD) is severe mental disorder. A person with BDD is convinced that his/her own appearance is defective, and consequently experiences distinctly excessive concern and anxiety about it. (Phillips 2004;Huttunen 2016.)

The purpose of the thesis was to gather research information of the symptoms and ways to recognize the disorder. The aim was to bring BDD to the healthcare professionals' knowledge, so that it can be acknowledged and individuals with BDD can be lead to the care which reflects to their needs. This thesis was implemented as a literature review. The results of the thesis were gathered by using 35 researches, in addition literature were used.

Based on the results, the symptoms of BDD are very wide-ranging. Repetitive behaviours were most likely to come up in the researches. Other symptoms which came up in the researches were comorbidities, interpersonal problems, suicidality, delusionality, social anxiety, substance use and violence. The most crucial thing for recognizing the illness is to be aware of the symptoms. Different scales can be used in recognizing the illness. These are Cosmetic Procedure Screening, Body dysmorphic questionnaire, Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale modified for body dysmorphic disorder and the diagnostical criteria of the diagnostic and statistical manual fifth edition.

The conclusion of the thesis is that because every BDD-patient experiences the illness differently, the individuality of the BDD-patient is emphasized both on its symptoms and recognition. Based on the thesis it can be said that more studies should be carried out, especially in Finland, because body dysmorphic disorder is quite unknown condition in Finland.

KEYWORDS:

Body dysmorphic disorder, symptoms of body dysmorphic disorder, body dysmorphic disorder recognition, mental health disorder.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	9
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	10
3.1 Menetelmä	10
3.2 Tiedonhaku	10
3.3 Aineiston analyysi	11
4 DYSMORFISEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖN OIREKUVA	12
4.1 Pakonomainen käyttäytyminen	13
4.1.1 Peiliin katseleminen	14
4.1.2 Itsensä vertaaminen muihin	16
4.1.3 Liiallinen siistiytyminen	17
4.1.4 Naamioituminen	18
4.1.5 Ihon nyppiminen	18
4.1.6 Rauhoittelun ja hyväksynnän hakeminen muilta	20
4.1.7 Lääkärin metsästys	20
4.1.8 Rusketuksen tavoittelu	22
4.1.9 Kauneustuotteiden ja vaatteiden hankinta	22
4.1.10 Laihduttaminen ja urheilu	23
4.1.11 Muut	23
4.2 Liitännäissairaudet	23
4.3 Sosiaalisten tilanteiden pelko	24
4.4 Ihmissuhdeongelmat	25
4.5 Päihteiden ongelmakäyttö	26
4.6 Itsetuhoisuus	27
4.7 Viha ja väkivaltaisuus	27
4.8 Pakonomainen ajattelu ja harhaluuloisuus	28
5 DYSMORFISEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖN TUNNISTAMINEN	30
5.1 Miksi dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö jää usein tunnistamatta	Virhe.
Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	
5.2 DSM-IV	30

5.3 DSM-5	31
5.4 COPS	32
5.5 BDDQ	33
5.6 BDD-YBOCS	33
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	35
7 POHDINTA	37
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	42
LÄHTEET	43

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustaulukko
- Liite 2. BDD-YBOCS-mittari

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö. Se on vakava mielenterveyden häiriö, jota sairastava henkilö on vakuuttunut ulkonäkönsä viallisuudesta. Sairastunut henkilö kokee ulkonäöstään selvästi liiallista huolta sekä ahdistusta. (Huttunen 2016; Phillips 2004.)

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö tulee englannin kielen sanoista body dysmorphic disorder, joka voidaan lyhentää kirjaimiin BDD ja tätä lyhennystä käytetään myös tässä opinnäytetyössä myöhemmin. Sairaudesta voidaan käyttää useita nimityksiä, kuten epämuotoisuuskammo, dysmorphofobia, ruumiinkuvanhäiriö sekä dysmorfinen oireyhtymä. Opinnäytetyö tehdään terveydenhuollon näkökulmasta, joten työssä käytetään BDD:tä sairastavasta henkilöstä sanaa potilas.

Dysmorfisessa ruumiinkuvan häiriössä henkilö on vakuuttunut ulkonäkönsä viallisuudesta, epämuotoisuudesta, tai rumuudesta. Omaan ulkonäköön liittyvä epäily voi liittyä mihin ruumiinosaan tahansa. Useimmiten huolta aiheuttava ruumiinosa on ulospäin näkyvä. BDD:tä sairastavan ulkonäössä ei todellisuudessa ole fyysistä vikaa. (Huttunen 2016.)

BDD:tä sairastavan huoli kuvittelemaansa epäkohtaan liittyen on selvästi liiallista. Hän voi käyttää päivässä useita tunteja peiliin tuijottaen, tai vastakohtaisesti vältellä peilejä kaikin mahdollisin keinoin. (Phillips 2009.) Ahdistus on psyykkisesti kuluttavaa. Jos huoli kohdistuu pelkästään kehon painoon, on kyse silloin laihuushäiriöstä. Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö alkaa useimmiten nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. (Huttunen 2016.)

Dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavalla henkilöllä on usein muitakin psyykkisiä ongelmia. Masennus on yleisin liitännäissairaus. Lisäksi dysmorfisen ruumiinkuvanhäiriön ohella saattaa ilmetä esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa, pakko-oireista oireyhtymää sekä persoonallisuushäiriötä, joka esiintyy useimmiten välttävänä. (Phillips 2004.)

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö on aiheena mielenkiintoinen, sillä siitä tiedetään melko vähän Suomessa. Sairaus on aina hyvin raskas sitä sairastavalle ja usein myös tämän läheisille. BDD:n seuraukset voivat olla hyvin vakavat. Saksalaisen tutkimuksen mukaan dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavista 15,6 % hakeutuu plastiikkakirurgiseen hoitoon. Lisäksi 31 %:lla esiintyy itsetuhoisia ajatuksia. (Buhlmann et al. 2010.)

Suomessa aihetta on tutkittu vain vähän ja suomenkielistä materiaalia aiheesta löytyy heikosti. Ulkomailla dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä on tutkittu jonkun verran, esimerkiksi Yhdysvalloissa, Ruotsissa ja Saksassa. Sairauden yleisyydestä on tehty alustavaa tutkimusta Saksassa (n=2510), siellä diagnoosin kriteerit täyttivät 1,7 % vastanneista. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tulos oli 2,4 % (n=2048). (Koran et al. 2008; Buhlmann et al. 2010.) Murrosikäisten keskuudessa sairaus näyttäytyy lähes yhtä yleisenä. BDD:n yleisyys oli 1,7 % 12–18 vuotiaiden australialaisten nuorten (n=3149) keskuudessa. (Schneider et al. 2016.) Useissa tutkimuksissa eritellään naisten ja miesten vastaukset, sekä tulokset koskien dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä. Sairautta näyttää esiintyvän sekä miehillä että naisilla; naisilla vain hieman enemmän. (Buhlmann et al. 2010.)

Lihasdysmorfia on yksi BDD:n muoto. Sitä sairastavalla henkilöllä on vakavasti häiriintynyt käsitys lihaksistaan. Sairastunut henkilö on todellisuudessa lihaksikas, mutta näkee itsensä hintelänä ja pienikokoisena. Lihasdysmorfiaa esiintyy useammin miehillä kuin naisilla. Sairaus voi aiheuttaa myös syömis- ja pakko-oireista häiriötä. (Raevuori & Keski-Rahkonen 2007.)

Buhlmannin tutkimuksessa ilmenee, että vatsan alue on yleinen ahdistusta herättävä ruumiinosa BDD-potilailla. Iho, lantio, pakarat, sekä rinnat ja rintakehä ovat myös tutkimuksen mukaan yleisiä ahdistusta aiheuttavia kehonosia. (Buhlmann et al. 2010.) Toisessa tutkimuksessa selviää, että nuorilla 12–18 -vuotiailla yleisin ahdistusta aiheuttava ruumiinosa on iho. Lisäksi nenä, hiukset, vatsa ja lihaksikkuus nousevat tutkimuksessa esille. (Schneider 2016.) Potilaan huoli voi liittyä lisäksi esimerkiksi vääntyneisiin kulmakarvoihin, liian suuriin sieraimiin, tai pieniin sukupuolielimiin (Vashi 2016). Phillips esittelee kirjassaan ihon, hiukset sekä nenän yleisimmiksi kehonosiksi, jotka aiheuttavat huolta BDD:stä kärsivillä. (Phillips 2009, 47.) Ahdistusta herättävä ruumiinosa vaihtelee usein sukupuolen mukaan. Naisilla ahdistus kohdistuu usein rintoihin, käsiin, lantioon, jalkoihin tai ihoon. Miehillä ahdistus kohdistuu useimmiten taas kehon kokonaisuuteen ja lihaksiin. (Buhlmann et al. 2010.)

Tutkimuksen perusteella sukupuolten välillä on BDD-potilailla (n=200) enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia. Harhaluuloiset ajatukset, heikko elämänlaatu, itsetuho hoinen ajattelu sekä sosiaalinen estyneisyys eivät eroa sukupuolten välillä. Eroavaisuuksia ilmenee kuitenkin ahdistusta aiheuttavassa kehonosassa. Lisäksi oirekuva vaihtelee jonkin verran sukupuolten välillä. (Phillips, Menard & Fay 2006.)

BDD:n hoito on aina hyvin yksilöllistä. Hoito vaatii hoitosuhteen, jossa asiantuntija voi luoda kuvan potilaasta ja tämän hoidon tarpeesta. BDD:tä hoidetaan monin keinoin. Useimmat hoitomuodot ovat tehonneet valtaosalla potilaista, mutta hoitoa suunniteltaessa on tärkeää huomioida jokaisen potilaan yksilöllisyys. BDD:tä voidaan hoitaa lääkkeillä. Yleisesti lääkehoitona on käytetty serotoniinin takaisinoton estäjiä. Niillä on huomattu olevan vaikutusta pakkotoimintoihin sekä masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. Lääkehoidon lisäksi BDD:n hoidossa käytetään psykoterapian kognitiivista terapiamuotoa. Kognitiivisessa terapiassa keskitytään ongelmallisiin ajatuksiin ja toimintoihin. Lääkehoitoa sekä psykoterapiaa voidaan myös yhdistää. (Phillips 2009, 141, 155, 189.)

Opinnäytetyön tärkeimpänä tarkoituksena on selvittää mikä on dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö, sillä aihe on melko tuntematon Suomessa. Etenkin nykypäivänä, kun ulkonäkö on isossa osassa ihmisten elämää, olisi sairaudesta tärkeää tietää. Tavoitteena on tuoda dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen niin, että se osattaisiin tunnistaa ja sitä sairastava henkilö osattaisiin ohjata hänen tarpeitaan vastaavaan hoitoon.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairauden oirekuva ja kuinka se voidaan tunnistaa. Tarkoituksena on tehdä opinnäytetyöstä mahdollisimman informatiivinen sekä mahdollistaa sairauden tunnistaminen. Tavoitteena on tuoda BDD terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen siten, että se pystyttäisiin tunnistamaan ja sitä sairastavat henkilöt osattaisiin ohjata heidän tarpeitaan vastaavaan hoitoon.

Opinnäytetyötä ohjaava kysymykset olivat:

1. Miten dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastava henkilö oireilee?
2. Miten tunnistaa dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavan henkilön?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Menetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on rakentaa kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan se, mitä aiheesta jo tiedetään ja kuinka paljon aihetta on tutkittu. Lisäksi sen tarkoituksena on arvioida käytettyjen lähteiden luotettavuutta. Tälle opinnäytetyölle sopi kirjallisuuskatsauksen tyypiksi parhaiten kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sen tarkoituksena on kartoittaa aiheesta tehtyjä aiempia tutkimuksia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla aihetta pystytään kuvailemaan laaja-alaisesti. (Salminen 2011.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus koostuu neljästä vaiheesta, joita ovat tutkimuskysymysten muodostaminen, aineiston valitseminen ja kerääminen, aineiston kuvailu sekä sen tarkastelu (Kangasniemi et al. 2013).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys. Tässä opinnäytetyössä ohjaavia kysymyksiä oli kaksi. Aineiston valinnassa on kiinnitettävä huomiota tutkimuskysymykseen niin, että jokainen valittu aineisto vastaa tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymyksen laajuus määrää aineiston riittävyyden. Yleensä aineisto haetaan elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai tieteellisistä julkaisuista. (Kangasniemi et al. 2013.)

3.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin käyttämällä elektronisia tietokantoja, joita olivat: Pubmed, Finna, Google scholar sekä Cinahl Complete. Lisäksi käytettiin manuaalista hakua. Haut tehtiin suomen ja englannin kielellä. Hakukriteerinä käytettiin koko tekstin ilmaista saatavuutta. Jotta aineistoa saatiin riittävästi, opinnäytetyössä käytettiin myös yli kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia. Opinnäytetyöhön käytettiin erilaisia aineistoja, kuten tutkimuksia sekä kirjallisuuskatsauksia. Lisäksi kirjallisuutta käytettiin tutkimustulosten esittelyyn. Alkuperäistutkimusten lisäksi opinnäytetyössä jouduttiin käyttämään toissijaisia lähteitä, silloin kun alkuperäistutkimuksia ei ollut saatavilla.

Tiedonhaussa käytettiin hakusanoja liittyen dysmorfiseen ruumiinkuvan häiriöön. Haut tehtiin pääasiassa englannin kielellä, sillä suomenkielistä aineistoa löytyi hyvin vähän.

Käytettyjä hakusanoja sekä näiden yhdistelmiä olivat: body dysmorphic disorder, symptoms, dysmorphic concerns, suicidality, comorbidity, violence, diagnose, mirror checking, obsessive behaviour, skin picking, plastic surgery, prevalence, body image, questionnaire, men, women, recognizing, screening, DSM-5, BDD-YBOCS, COPS, BDDQ. Hauista valittiin otsikon perusteella ne aineistot, joista oli saatavilla koko teksti. Tutkimuksia karsittiin pois abstraktin perusteella, silloin kun tutkimus ei käsitellyt BDD:tä. Tutkimuksia valittiin kirjallisuuskatsaukseen niiden aiheen perusteella 35. Kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin aluksi luomaan kokonaiskuva BDD:stä ja sen oirekuvasta sekä tunnistamisesta. Kun kokonaiskuva saatiin hahmotettua, aloitettiin tarkempi tiedonhaku, jossa etsittiin tietoa yksittäisistä oireista ja tunnistamismenetelmistä. Tutkimukset, jotka eivät vastanneet opinnäytetyössä käytettyihin tutkimuskysymyksiin, rajattiin pois. Lähdeviitteet merkittiin tekstiin Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti ja käytetyt lähteet koottiin lähdeluetteloon ja tutkimustaulukkoon.

3.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla tutkimuksia opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Aineistoa lukemalla luotiin kokonaiskuva aiheesta ja opinnäytetyön sisällöstä. Aineistoja alettiin karsia ja jäljelle jääneitä tutkimuksia sekä kirjallisuutta käytiin useaan kertaan läpi. Aineiston analyysiä jatkettiin käymällä alkuperäistutkimuksia läpi ja taulukoimalla ne tutkimustaulukkoon. Tutkimustaulukossa ilmenee tutkimuksien tekijät, vuosi, nimi, tarkoitus ja tavoite, tutkittavien määrä sekä tulokset. Alkuperäistutkimukset ovat esiteltynä taulukossa (Liite 1).

Aineistoanalyysi jatkui tutkimusten ja kirjallisuuden yksittäisellä läpikäynnillä ja merkittävien tulosten etsinnällä. Tuloksia kirjoitettiin ylös ja tekstiä tiivistettiin. Kun tutkimuksia saatiin kattavasti, niitä vertailtiin ja etsittiin yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia. Epäselvissä tilanteissa palattiin alkuperäiseen tutkimukseen ja luettiin se tarvittaessa uudelleen. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003).

4 DYSMORFISEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖN OIREKUVA

BDD on vakava mielenterveyden häiriö. BDD:tä sairastava ihminen kokee jonkin ruumiinosansa olevan viallinen ja tuntee tästä liiallista huolta sekä ahdistusta. (Huttunen 2016.) Ahdistusta aiheuttava ruumiinosa voi olla mikä tahansa. Henkilö saattaa esimerkiksi nähdä kasvoissaan viiltoja tai epäkohtia, ihonsa liian punaisena tai kalpeana. Ahdistusta voi aiheuttaa yksi tai useampi ruumiinosa. Sairastunut henkilö keskittyy fyysiseen vikaan kehossaan, joka ei todellisuudessa ole muiden nähtävillä, tai se on erittäin pieni. (Phillips 2009, 15–17.)

BDD ilmenee eri tavoin eri ihmisillä. Sitä sairastavilla voi ahdistusta herättävä ruumiinosa olla sama, mutta huoli siitä saattaa kuitenkin olla täysin erilaista. BDD:tä sairastavia ihmisiä yhdistää kuitenkin tuntemus oman ulkonäkönsä viallisuudesta sekä siitä johtuva ahdistuneisuus ja toimintakyvyttömyys. (Phillips 2009, 15–17.)

BDD voi olla lievää, jolloin sitä on helpompi hallita. Ihminen kykenee käymään töissä, vaikka ajatukset ja ahdistus omasta viallisesta ruumiinosasta käyvätkin mielessä. Toisaalta BDD voi olla erittäin vakavaa. Silloin se hallitsee potilaan koko elämää. BDD:n saadessa vallan, saattaa sairastunut henkilö esimerkiksi jäädä pois töistä tai koulusta. Ajan mittaan hän saattaa jumiutua kotiinsa jopa vuosiksi. (Phillips 2009, 15–17.)

Dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön keskeinen piirre on sitä sairastavan huolet liittyen ulkonäkönsä arvosteluun. Tutkimuksessa (n=82) selvisi, että BDD:tä sairastavat henkilöt ovat merkittävästi tyytymättömämpiä omaan ulkonäkönsä kuin sitä sairastamattomat henkilöt. Lisäksi he kokevat ulkonäkönsä todella tärkeäksi asiaksi ja kiinnittävät siihen merkittävän paljon huomiota. BDD:tä sairastavat henkilöt kokevat yhtä paljon ahdistusta omasta näkemyksestä ulkonäöstään, sekä siitä miten ajattelevat muiden näkevän ulkonäkönsä. He uskovatkin toisten ihmisten arvioivan ulkonäköään huomattavan negatiivisesti. BDD-potilaiden oma arvio viehättävyydestään on alhaisempi kuin se, miten he ajattelevat muiden ihmisten arvioivan ulkonäköään. Ulkonäön kokonaisuus, sekä tietty "epäkohta" koettiin yhtä tärkeiksi BDD-potilaiden keskuudessa. (Anson, Veale & de Silva 2012.)

4.1 Pakonomainen käyttäytyminen

Pakkotoiminnot ovat toimintoja tai käytösmalleja, joita BDD:tä sairastava henkilö toistaa useita kertoja päivässä. Halu pakkotoimintojen tekemiselle on vahvaa ja niiden tekemistä on hyvin vaikea vastustaa. Yleisimpiä pakkotoimintoja, joita BDD:tä sairastavat toistavat, ovat esimerkiksi peiliin katseleminen, liiallinen siistiminen sekä ihon nyppiminen. (Grant & Phillips 2005.) Pakkotoiminnot häiritsevät sairastuneen muuta elämää. Henkilö voi laiminlyödä kotitöitä, tai jopa lastensa hoitoa, sillä hän on jumiutunut toistamaan pakkotoimintoihin uudelleen ja uudelleen. Lisäksi töistä myöhästyminen, tai töihin menemättä jättäminen ovat yleisiä ongelmia pakkotoiminnoista johtuen. Pakkotoiminnot saattavat vaikuttaa negatiivisesti sairastuneen sosiaalisiin suhteisiin, kuten perheeseen tai parisuhteeseen. (Phillips 2009, 72–73.)

Phillipsin tutkimuksessa on eritelty murrosikäisten ja aikuisten BDD-potilaiden vastaukset liittyen pakkotoimintoihin. Itsensä vertailu muihin ihmisiin on tyypillistä lähes kaikilla. Naamioituminen on tyypillinen suojautumiskeino, vaikkakin tämä näyttää aikuisilla hieman yleisempänä. Lisäksi peiliin katseleminen on yleistä molemmilla ikäluokilla. Yleisinä käytösmalleina näyttävät myös siistiytyminen, ihon nyppiminen, vaatteiden vaihtaminen sekä laihduttaminen. (Phillips et al. 2006b.)

BDD:tä sairastava henkilö tekee pakkotoimintoja tarkastellakseen, piilottaakseen tai parannellakseen olettamiaan vikoja ulkonäössään. Toimintoja voidaan kutsua rituaaleiksi, sillä ne toistuvat päivittäin. Joskus näitä toimintoja voidaan kutsua myös suojakäyttäytymiseksi. Niiden avulla saatetaan vältellä tai paeta epämiellyttäviä tunteita tai estää pelätty tapahtuma, kuten muiden kritisoinnin kohteeksi tuleminen. Paknomaisia toimintoja on lähes kaikilla BDD:tä sairastavilla vähintään yksi, usein niitä on kuitenkin monia. (Grant & Phillips 2005.)

Epätoivoinen ajattelu laukaisee paknomaiset toiminnot. Huoli, ahdistus ja jännitys johtavat toimintoihin, joiden on tarkoitus helpottaa oloa ja ajatuksia. Pakkotoiminnon toistaminen saattaa tuoda helpotusta BDD:stä kärsivän oloon, mutta se on aina vain väliaikaista. Pakkotoiminnot pitävät BDD:stä kärsivän keskittyneenä omiin vikoihinsa, jolloin hänen ahdistuksensa kasvaa. Tämä ruokkii sairautta ja tekee sairaudesta vakavamman. (Phillips 2009, 69, 71.)

4.1.1 Peiliin katseleminen

Vealen ja Rileyn tutkimuksien mukaan lähes 90 % (n=52) dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavaa kärsii pakonomaisesta peiliin katselemisesta lyhyissä jaksoissa. Noin 85 % BDD-potilaista käyttää päivittäin pitkiä aikoja peiliin katselemiseen. (Veale & Riley 2001.) Naiset tarkastelevat erään tutkimuksen (n=200) mukaan itseään peilistä miehiä useammin (Phillips, Menard, Fay 2006). Peiliin katsomisella potilas toivoo näyttävänsä paremmalta kuin ennen, mutta tulos on harvoin toivottu ja henkilö tuntee olonsa pahemmaksi. (Veale & Riley 2001.)

Potilas katselee peiliin pitkiä aikoja kerrallaan keskittyen vikoihinsa. Peilien lisäksi muut heijastavat pinnat saavat BDD-potilaan kiinnittämään huomionsa ulkonäköönsä. Esimerkiksi kävellessään kadulla, sairastunut saattaa jäädä katselemaan itseään ja vikojaan kaupan näyteikkunasta. BDD:tä sairastava henkilö yrittää nähdä vikansa mahdollisimman tarkasti peilaamalla itseään hyvin läheltä sekä muuttamalla valaistusta. Tällöin viat pahenevat katsojan silmissä ja hän tuntee olonsa entistä pahemmaksi. Peiliin katsominen ja vikojen havaitseminen aiheuttaa katsojalle epätoivoa ja jopa itsetuhoisia ajatuksia. (Phillips 2009, 72-73.)

Pakonomaisen peiliin tuijottamisen vastakohtana ovat ne BDD-potilaat, jotka välttelevät peilejä ja niihin katsomista kaikin mahdollisin keinoin. He saattavat kokea peilit vihollisinaan, sillä eivät halua nähdä itseään ja kuviteltua rumuuttaan. Tämän johdosta, joillekin BDD:tä sairastaville on hyvin haastavaa mennä paikkoihin, joissa on mahdollisesti peilejä. Esimerkiksi vaatekaupat ovat heille ahdistavia paikkoja, sillä niissä on usein peilejä kaikkialla. Jos BDD:tä sairastava näkee peilin, voi hänen olla vaikeaa kävellä sen ohi tarkistamatta omaa ulkonäköään. (Phillips 2009, 73.)

Baldoc, Anson sekä Veale ovat tarkastelleet, liittyykö BDD-potilaiden peilaaminen yksilön sisäisiin vai ulkoisiin tavoitteisiin. Sisäisillä tavoitteilla yksilö tavoittelee itsensä tunteista oikeanlaiseksi. Ulkoisilla tavoitteilla yksilö tarkastelee pelkästään ulkoisia tekijöitä, kuten onko kasvoissa sänkeä. BDD-potilaat kokevat peilaamisen aikana omat sisäiset tavoitteet huomattavasti tärkeämmäksi verrattuna kontrolliryhmään. Peilatessa BDD-potilaan tärkein tavoite on saavuttaa tunne siitä, että hän olisi oikeanlainen. Kuitenkaan BDD-potilaat eivät yleensä saavuta tällaista tunnetta, vaan lopettavat peilaamisen stressin, turhautuneisuuden tai ajan rajallisuuden vuoksi. Lisäksi BDD-potilailla on merkittä-

västi hankalampaa lopettaa peilaaminen verrattuna kontrolliryhmään. He vaativat itseltään enemmän todistelua, ennen kun pystyvät lopettamaan peilaamisen. (Baldock, Anson & Veale 2012.)

Vealen ja Rileyn tutkimuksessa selvitettiin laajasti BDD:hen liittyvää peiliin katselua. Tutkimukseen osallistui 52 BDD-potilasta ja 55 kontrollihenkilöä, joille ei ollut diagnosoitu BDD:tä. Tutkimuksessa selvisi, että BDD-potilailla sekä kontrolliryhmällä esiintyy peiliin katselua lyhyissä jaksoissa useita kertoja päivässä. Kuitenkin BDD-potilailla on selvästi enemmän taipumusta jäädä jumiin peilin eteen käyttäen siihen paljon aikaa. (Veale & Riley 2001.)

Tutkimuksessa selvitettiin myös syitä siihen, miksi osallistujat katsoivat peiliin. BDD-potilailla syitä on selvästi enemmän. Heidän vastauksistaan esiin nousseita syitä ovat itsensä ja vikojensa tarkkailu sekä niiden peitteleminen ja ulkonäkönsä muokkaaminen. He ovat epävarmoja ulkonäöstään ja tämän vuoksi kokevat, että on tarpeellista tarkistaa ulkonäkö peilistä. Kontrolliryhmä taas vastasi peiliin katsomisen syyksi laittautumisen. Tutkimuksessa ilmeni, että BDD-potilaat käyttivät peiliä ulkonäkönsä tarkistamiseen, sekä hyvän ilmeen tai asennon harjoitteluun. (Veale & Riley 2001.)

BDD-potilailla esiintyy tutkimuksen mukaan ahdistusta sekä ennen peiliin katselua että sen jälkeen. Tätä ei kontrolliryhmällä esiintynyt lainkaan. BDD:tä sairastavat käyttivät spontaanisti muitakin heijastavia pintoja kuin peilejä, kuten Cd-levyjä, veitsiä, tai näyttöjä. Sekä BDD-potilaat, että kontrolliryhmäläiset kertoivat peilaavansa itseään usein kauppojen näyteikkunoista. (Veale & Riley 2001.)

67 % (n=52) BDD-potilaista vältteli peiliin katsomista ja peilejä. Nämä BDD-potilaat koki peiliin katselun aikaa vieväksi ja ahdistavaksi. Peilien välttely saattaa kohdistua vain tietynlaisiin peileihin. Osa potilaista saattaa käyttää ainoastaan pieniä käsipeilejä, jolloin he kykenevät rajaamaan peilautuvan alueen. Toiset käyttävät vain sellaisia peilejä, joista ovat varmoja, ettei kuva vääristy. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että osa BDD-potilaista käyttää peilejä vain ollessaan yksin, kun taas julkisilla paikoilla he välttelivät niitä. Osa BDD-potilaista saattaa uskoa, että peilien vältteleminen tuottaa ahdistusta. Tällöin he katsovat peiliin parantaakseen oloaan ja välttääkseen ahdistuneisuutta. (Veale & Riley 2001.)

Windheimin (n=50) suorittamassa tutkimuksessa selvitettiin BDD-potilaiden peilaamiseen liittyvää käyttäytymistä, sekä siihen liittyviä tuntemuksia. Peilien välttely näyttäisi olevan BDD-potilailla yleistä, sillä yli puolet osallistuneista kertoi välttelevänsä peilejä.

Kontrolliryhmästä kukaan ei kertonut välttelevänsä peilejä, joten tämä ilmeni ainoastaan BDD-potilaiden tavaksi. (Windheim, Veale & Anson 2011.)

Toisaalta BDD-potilaat viettivät pidempiä aikoja peilin edessä ja käyttivät enemmän heijastavia pintoja itsensä peilaamiseen. BDD-potilaat käyttivät keskimäärin 4-60 minuuttia kerrallaan oman ulkonäkönsä peilaamiseen. Kontrolliryhmällä tämä aika oli 0-20 minuuttia. (Windheim, Veale & Anson 2011.)

Vastoin yleisiä oletuksia sekä BDD-potilaat että kontrolliryhmä kokivat stressitasojen nousua tarkastellessaan itseään peilistä. Kontrolliryhmä koki enemmän stressiä katsoessaan itseään peilistä pitkään, verrattuna siihen että he peilaisivat vain lyhyen ajan. Toisaalta tähän on voinut vaikuttaa se, että kontrolliryhmä oli tottunut käyttämään peiliä jokapäiväisessä elämässään ainoastaan silloin, kun he laittoivat itseään, esimerkiksi hiusten harjaamisen tai meikkaamisen aikana. He eivät olleet tottuneet käyttämään peiliä pelkästään itsensä tarkastelemiseen, jota tässä tutkimuksessa pyydettiin tekemään. Tällainen uudenlainen toiminta on saattanut herättää stressiä kontrolliryhmäläisille. BDD-potilaat olivat taas tottuneet käyttämään säännöllisesti peilejä tarkastellakseen ulkonäköään. Lisäksi he olivat tottuneet käyttämään pitkiäkin aikoja peilin edessä. Tutkimuksessa peilaamisen kestolla ei ilmennyt vaikutuksia stressitasoihin BDD-potilailla. Sekä lyhyt että pitkäkestoinen peilaaminen nostatti yhtä paljon ahdistusta. (Windheim, Veale & Anson 2011.)

Lisäksi BDD-potilaat kokivat enemmän halua jatkaa peiliin tuijottamista. Peilaamisen aikana he myös keskittivät ajatuksensa ainoastaan omaan ulkonäkönsä. On mahdollista, että ajan saatossa peileistä on muodostunut BDD-potilaille ahdistusta herättävä mielikuva. Liiallinen peiliin tuijottaminen on johtanut ajatukseen peileistä uhkaavana sekä ahdistavien ajatusten laukaisevana tekijänä. Tämän seurauksena mikä tahansa peiliin katsominen saattaa herättää ahdistuksen tunteet. (Windheim, Veale & Anson 2011.)

4.1.2 Itsensä vertaaminen muihin

Phillips'in mukaan 88 % BDD-potilaista vertailee itseään muihin (Phillips 2009, 68). Oman ulkonäön vertaileminen on BDD:tä sairastavilla yleistä. Sosiaalisissa tilanteissa ollessaan BDD-potilaat käyttävät paljon aikaa oman ulkonäön vertailuun. Tätä tapahtuu myös katsottaessa mediassa olevia kuvia. BDD-potilaat keskittyvät useimmin ahdistusta aiheuttavan alueensa vertailuun, kuin kokonaiskuvan vertailuun. He kokevat olevansa

huomattavasti vähemmän viehättäviä kuin heidän vertailun kohteensa ja tuntevat merkittävästi enemmän tyytymättömyyttä ulkonäöstään. (Anson, Veale & Miles 2015.)

Itsensä vertaileminen muihin tapahtuu usein kohdatessa muita ihmisiä. Lisäksi lehdissä tai televisiossa oleviin ihmisiin vertailu on yleistä. Jotkut BDD-potilaat saattavat jopa kerätä kuvia muista viehättävän näköisistä ihmisistä ja vertailla niitä omiin kuviin. Tämä johtaa BDD-potilaan olon huononemiseen, sillä hän kokee aina näyttävänsä vähemmän viehättävämmältä kuin muut. (Phillips 2009, 74.)

Itsensä vertaileminen muihin voi viedä täysin sairastuneen huomion, eikä hän kykene keskittymään mihinkään muuhun. Keskusteluun keskittyminen saattaa BDD:stä kärsivälle olla haastavaa, jos hän jatkuvasti tarkkailee toisen fyysisiä ominaisuuksia ja vertaa niitä omiinsa. BDD-potilaan verratessa itseään jatkuvasti muihin ihmisiin, saattaa hän uskoa, että muutkin vertaavat häntä muihin. Tämä voi aiheuttaa ongelmia BDD:stä kärsivän ja tämän läheisten välille. BDD:tä sairastava saattaa epäillä, että hänen puoliso vertaa häntä muihin, vaikkei näin oikeasti olisi. (Phillips 2009, 74.)

4.1.3 Liiallinen siistiytyminen

Itsensä jatkuva siistiminen on yleistä BDD:tä sairastavilla. Usein siistiytyminen tapahtuu peilin edessä. Silloin sekä peiliin katselusta että siistiytymisestä on voinut muodostua tekijälleen pakonomaisia rituaaleja. Siistiytyminen voi viedä useita tunteja samoja asioita toistellen. Tämä saattaa tehdä esimerkiksi matkustamisesta BDD:tä sairastavalle pelottavan ajatuksen, sillä hänellä voi olla hyvin vahvaksi muodostunut rituaali ulkonäkönsä suhteen. Hän saattaa tarvita tietyn paikan, välineet sekä tarpeeksi aikaa. (Phillips 2009, 75.)

Osa BDD-potilaista leikkaa hiuksia pakonomaisesti tavoitellen täydellistä hiustyyliä. He saattavat kantaa saksia mukanaan, jotta voivat leikata hiuksia heti, kun kokevat sen olevan tarpeellista. Hiusten leikkaaminen voi jatkua niin kauan, kunnes ne ovat niin lyhyet, ettei leikkaaminen enää onnistu. Lisäksi muiden kehon karvoitusten ajeleminen on monelle BDD:tä sairastavalle pakonomaista. (Phillips 2009, 76.)

Jotkut BDD-potilaat saattavat pestä kasvoja yrittäen poistaa niistä vian, kuten aknen. He käyttävät siihen erilaisia pesuaineita, eivätkä kykene lopettamaan. BDD-potilaalle saattaa myös olla vaikeaa lopettaa meikkaaminen, käsien pesu tai suihkussa käyminen. (Phillips 2009, 76.)

4.1.4 Naamioituminen

Itsensä naamioiminen ja vikansa peitteleminen eri keinoin on yleistä BDD:tä sairastavilla (Phillips 2009, 77). Erään tutkimuksen (n=200) mukaan naiset käyttävät miehiä enemmän erilaisia naamiointitekniikoita epäkohdan peittämiseksi (Phillips, Menard & Fay 2006). Naamioitumisella BDD-potilaat yrittävät peittää tai minimoida vikojaan niin, etteivät muut ihmiset huomaisi niitä. Naamioitumista kutsutaan suoja- tai turvakäyttäytymiseksi, sillä niiden avulla BDD-potilas yrittää paeta epämiellyttäviä tilanteita, kuten mahdollista kritiikkiä omasta ulkonäöstään. Keinoja naamioitumiseen on paljon. Vaatteiden, asusteiden ja meikkien käyttämiselle on BDD:tä sairastavalla usein syynä olettamansa vian peittely. BDD:tä sairastava saattaa peittää vikojaan myös muilla ruumiinosillaan, kuten pitää käsiään kasvojen edessä, jos kokee niissä olevan vikaa. (Phillips 2009, 77-78.)

Naamioituminen saattaa joissain tapauksissa vaikuttaa kummalliselta, esimerkiksi oudon hatun käyttäminen tai miehen käyttäessä meikkiä. Naamioitumalla BDD-potilas yrittää välttää huomiota, mutta saattaakin saada sitä enemmän. Vaikka BDD:stä kärsivä ymmärtäisi tämän, saattaa hän silti jatkaa naamioitumista, sillä pelkää että jotain vielä kamalampaa tapahtuisi, jos hän lopettaisi sen. (Phillips 2009, 77–78.)

Eräessä tutkimuksessa ilmeni, että BDD-potilailla (n=150) ja kontrolliryhmässä olevilla on samankaltaista naamioitumiskäyttäytymistä. Molemmat ryhmät peittelivät epämiellyttäväksi tuntemia piirteitään tietyillä vaatteilla, huiveilla ja hatuilla. Naamioitumiskäyttäytymiseen on saattanut vaikuttaa tietyt tv-ohjelmat sekä lehdet, joissa neuvotaan kuinka parannella ulkonäköään tietynlaisten vaatteiden avulla. (Lambrou, Veale & Wilson 2012.)

4.1.5 Ihon nyppiminen

Iho on yksi yleisimmistä ahdistusta aiheuttavista ruumiinosista (Buhlmann et al. 2010; Schneider et al. 2016). Niinpä myös pakonomainen ihon nyppiminen on yleistä BDD:tä sairastavilla (Phillips 2009, 79). Tutkimuksen (n=200) mukaan ihon nyppiminen on naisilla yleisempää kuin miehillä (Phillips, Menard & Fay 2006). Usein niillä BDD-potilailla, jotka nyppivät ihoa, on joitain pieniä ihon epäkohtia, aknea, arpia tai naarmuja, jotka johtavat ihon nyppimiseen. Nyppimiseen saatetaan käyttää sormia, joilla nipistetään tai puristetaan ihoa. Myös pinsettien, terävien esineiden, neulojen, partaterien ja veitsien

käyttäminen on mahdollista. Ihon nyppiminen eri välineillä voi aiheuttaa suurta vahinkoa iholle. Osa BDD-potilaista hakeutuu hoitoon nyppimisestä tulleiden ihovaurioiden ja haavaumien vuoksi. Nyppiminen voi johtaa jopa vakaviin ja henkeä uhkaaviin tilanteisiin. (Phillips 2009, 79.)

On muistettava, etteivät ihoaan nyppivät yritä pahoinpidellä itseään. He yrittävät muuttaa sitä, miltä heidän ihonsa näyttää. Ongelmana on se, että ihon nyppiminen on pakonomaista, eikä sitä kyetä hallitsemaan tai lopettamaan. (Phillips 2009, 79.)

Ihoaan nyppivät BDD-potilaat eroavat jokseenkin niistä, jotka eivät nyppi ihoaan. Useimmiten he ovat naisia, joille usein myös liiallinen siistiytyminen on pakonomaista. Tämä saattaa johtua ihoon tulleista vaurioista ihon nyppimisen seurauksena. Ihoaan nyppivät BDD-potilaat ovat useammin myös ihotautilääkärin asiakkaita. Heillä on usein tarvetta ihotautien tarjoamalle hoidolle ihovaurioidensa vuoksi, mutta yleensä se ei vähennä nyppimistä tai muita BDD:n oireita. (Phillips 2009, 79.)

Grant, Menard sekä Phillips ovat tutkineet BDD:n yhteydessä ilmenevää ihon nyppimisen esiintyvyyttä sekä sen kliinistä kuvaa (n=176). Tutkimuksen mukaan ihon nyppiminen on yleistä dysmorfisen ruumiinkuvanhäiriön yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneista BDD-potilaista 44,9 % kärsi elinikäisestä ihon nyppimisestä ja 36,9 % kärsi tutkimushetkellä ihon nyppimisestä, joka on aiheutunut heille BDD:n seurauksena. (Grant, Menard & Phillips 2006.)

Ihon nyppimisestä kärsivät BDD-potilaat olivat todennäköisemmin naisia. Lisäksi he olivat todennäköisemmin työkyvyttömiä BDD:n johdosta. Dysmorfisen ruumiinkuvanhäiriön vakavuudessa ei ollut eroavaisuuksia ihon nyppimisestä kärsivien ja niiden välillä, jotka eivät kärsineet ihon nyppimisestä. Ihon nyppimisestä kärsivät BDD-potilaat kokivat suurimmaksi ongelmakseen oman ihonsa. He hakeutuivatkin todennäköisemmin ihon hoitoon liittyviin hoitoihin kuin psykiatrisen avun piiriin. (Grant, Menard & Phillips 2006.)

Iho näyttäytyi useimmiten ihon nyppimisestä kärsivillä potilailla normaalina. Ainoastaan ihon nyppiminen ja turmeleminen aiheutti näkyviä vaurioita ihoon. Useimmat ihon nyppimisestä kärsivät käyttivät meikkiä peittäääkseen minimalistisen pienet ihon virheet, tai ihon nyppimisestä aiheutuneet virheet, jotka olivat enemmän näkyviä. Kuitenkin ihon nyppijöille oli todennäköisempää, että heillä oli todellisia pieniä tai näkyviä ihon virheitä, kuin heillä jotka eivät kärsineet tästä ongelmasta. Ihon peittely meikillä saattoi osin siis johtua tästä asiasta. (Grant, Menard & Phillips 2006.)

Hoidossa olisikin tärkeää keskittyä ihon nyppimisen hoitamiseen niillä potilailla, jotka tästä oireesta kärsivät, sillä ihon nyppiminen koetaan useimmiten ongelmallisimmaksi oireeksi. (Grant, Menard & Phillips 2006.)

4.1.6 Rauhoittelun ja hyväksynnän hakeminen muilta

Useimmiten BDD:stä kärsivä ihminen ei häpeän vuoksi mainitse ulkonäköhuolistaan muille (Phillips 2009, 80). Kuitenkin useilla BDD:tä sairastavilla on pakonomainen tarve kysellä omasta ulkonäöstään. Tällä haetaan hyväksyntää sekä rauhoittelua. Vaikka BDD-potilas saisi hyväksyvän ja rauhoittelevan vastauksen, se ei kuitenkaan helpota sairastuneen oloa. (Bjornsson, Didie, Phillips 2010.)

Ulkonäöstä kyselemisen lisäksi BDD:stä kärsivä saattaa kysellä apua ja neuvoja oletta- maansa vikaan. Jos hän esimerkiksi kokee hiustensa olevan liian ohuet, voi hän kysellä jatkuvasti keinoja, kuinka saada tuuheammat hiukset. (Phillips 2009, 81.)

Hyväksynnän ja rauhoittelun jatkuva hakeminen saattaa olla hyvin raskasta sairastuneen kanssa eläville. Sairastunut saattaa kysellä ulkonäkönsä liittyviä samoja kysymyksiä useaan kertaan päivässä. Sillä, mitä kysymyksiin vastaa, ei todellisuudessa ole merki- tystä. Mikään ei rauhoita tai helpota BDD:stä kärsivän oloa, sillä sairastuneella on niin vahva kokemus viallisuudestaan. Kysyjän myötäileminen ja toteaminen, että hänessä on jotain vikaa, ei myöskään ole hyvä ratkaisu. Tämä voi saada BDD:tä sairastavan olon romahtamaan, sillä hänen pahin pelkonsa tulee toteen. Paras tapa auttaa henkilöä, joka kyselee pakonomaisesti ulkonäöstään, on yrittää saada hänen huomionsa kohdistu- maan johonkin muuhun. (Phillips 2009, 81–82.)

Joskus BDD:tä sairastava ei kysy kysymyksiä omasta ulkonäöstään suoraan, sillä hän saattaa pelätä muiden pitävän häntä omituisena sekä pinnallisena tai kysymystä outona. Hän saattaa puhua ulkonäöstä yleisellä tasolla toivoen, että keskustelukumppani kehuisi hänen ulkonäköään. (Phillips 2009, 81.)

4.1.7 Lääkärin metsästys

BDD:tä sairastavat henkilöt teettävät itselleen huomattavasti enemmän kosmeettisia leikkauksia verrattuna ihmisiin, jotka eivät sairasta kyseistä sairautta (Buhlmann et al. 2010). BDD-potilaat hakeutuvat herkemmin kirurgiseen hoitoon kuin psykiatrisen avun

piiriin. Sairaus saattaa tämän johdosta olla alidiagnosoitu. Esimerkiksi rinoplastia eli nenäleikkausta hakevien potilaiden keskuudessa (n=250) BDD:n yleisyys oli 18 %. (Taziki et al. 2015.)

Vuoden kestäneessä tutkimuksessa selvisi, että jopa 46 % (n=80) nenäleikkaukseen hakeutuneilla potilailla oli BDD:n oireita. Yleisin tällainen oire oli pakonomainen peiliin katsominen. Useat potilaat kertoivat hakeutuneensa aiemminkin esteettisen kirurgian puolelle muuttaakseen uskomaansa epäkohtaa itsessään. Heistä suurin osa ilmoitti olleensa tyytymätön aiempaan kirurgiseen hoitoon. 67,5 % potilaista uskoi omaavansa fyysisen epämuodostuman, johon tarvitsee kirurgista apua. (Ramos et al. 2016.)

Tuore tutkimus osoittaa, että BDD:n kriteereitä täyttäviä potilaita tavataan yhä enemmän kosmeettista kirurgiaa hakevien potilaiden keskuudessa. Tutkimuksen suorittaneet tutkijat uskovat sosiaalisten tekijöiden vaikuttavan tämän ilmiön alkuun sekä kasvuun. Potilaat joilla oli BDD:n oireita, raportoivat tyytymättömyyttä useampaan kehon osaan huomattavasti enemmän kuin ne potilaat, joilla ei BDD:n oireita ollut. (de Brito et al. 2016.)

Eräessä tutkimuksessa selvitettiin, kuinka yleistä BDD on kosmeettista kirurgiaa hakevien henkilöiden keskuudessa (n=817). Tutkimukseen osallistuneet olivat henkilöitä, jotka anoivat kosmeettista kirurgiaa. Kirurgi suoritti haastattelun ennen toimenpidettä sisältäen BDD:n diagnostisen arvon. 6,6 % kosmeettista kirurgiaa hakevista potilaista täytti BDD:n diagnostiset kriteerit. Kyseisille potilaille ei annettu kosmeettista kirurgiaa. Heille tyypillinen piirre oli tuntemus siitä, että ihmiset kiinnittivät huomiota heidän kuvittelemaan epäkohtaansa. Tämä sai heidät hyvin kiusaantuneiksi. Klinikalla he usein pitelivät toisella kädellä peiliä ja toisella taas kynää. He näyttivät kuvia malleista tai elokuvatahdista ja ohjeistivat kirurgia miten suorittaa toimenpide täydellisesti. Lisäksi he liioittelun kritisoivat sitä, miten huonosti edellinen kirurgi oli suorittanut toimenpiteen. He uskoivat, että tilanne olisi korjattavissa kirurgisella toimenpiteellä. (Lai et al. 2010.)

Kosmeettista kirurgiaa saaneilta henkilöiltä arvioitiin psyykinen tila uudestaan toimenpiteen jälkeen. Näiltä kosmeettista kirurgiaa saaneilta potilailta 1,2 % diagnosoitiin BDD toimenpiteen jälkeen. Kyseiset potilaat olivat välittömästi tyytymättömiä tehtyyn toimenpiteeseen. He viettivät monia tunteja peilin edessä tutkien epäkohtaansa. Tämän seurauksena he olivat alakuloisia, vihaisia sekä kykenemättömiä nukkumaan. Heillä oli jopa ajatuksia itsemurhasta. Usein he valittivat, että heidän ulkonäkönsä oli nyt huonompi,

mitä ennen toimenpidettä. He saattoivat pakottaa kirurgia suorittamaan toimenpiteen uudestaan. Heillä ei ollut kärsivällisyyttä odottaa turvotusten laskeutumista tai arpien parantumista. (Lai et al. 2010.)

4.1.8 Rusketuksen tavoittelu

Auringon ottaminen on osalla BDD-potilaista pakonomaista. Osa BDD-potilaista ottaa aurinkoa tavoitteenaan peittää tai parannella kuvittelemaansa epäkohtaa rusketuksen avulla. Nämä potilaat kokevat yleensä ihon epäkohdakseen. He saattavat kuvitella, että iho on liian kalpea, jolloin he ottavat aurinkoa saadakseen ihonsa värin muuttumaan. Joskus BDD:tä sairastavat hankkivat rusketusta, jotta jokin ruumiinosasta näyttäisi pienemmältä kuin se todellisuudessa on (Phillips 2009, 83).

Tutkimuksessa tarkasteltiin 11 BDD-potilasta, jotka tavoittelivat rusketusta peittääkseen tai parannellakseen epäkohtaansa. Kaikki osallistuneet kokivat ihon epäkohdakseen. Monet kokivat ihon lisäksi myös jonkin muun kehon alueen virheelliseksi. Useimmat BDD-potilaat kokivat ihonsa olevan liian kalpea ja yrittivät rusketuksen avulla saada ihonsävyään tummemmaksi. Muutamat potilaat yrittivät auringon oton ja siitä saadun rusketuksen avulla peittää epäkohtaansa, kuten lievää aknea. (Hunter-Yates, Dufresne Jr. & Phillips 2007.)

Rusketus on yleinen kauneusihanne ja monet hankkivat sitä eri keinoin. BDD:tä sairastavilla tämä on kuitenkin vakavampaa. Pakonomaisuutensa vuoksi BDD:stä kärsivän on vaikea lopettaa rusketuksen hankkimista ja tämä johtaa helposti ihon palamiseen. BDD-potilaat saattavat polttaa itsensä useita kertoja. Ihon polttaminen aiheuttaa ihoon vaurioita, vanhentaa ihoa sekä saattaa aiheuttaa ihosyöpää. (Phillips 2009, 83.)

4.1.9 Kauneustuotteiden ja vaatteiden hankinta

Vaatteiden ja kauneustuotteiden ostelu voi olla pakonomaista. BDD:tä sairastava hakee sen avulla parempaa oloa. Se voi olla pakkotoiminto siinä missä peiliin katselu tai liiallinen siistiytyminenkin. (Phillips 2009, 84.) BDD-potilaat saattavat käyttää paljon aikaa ja rahaa tuotteiden ostamiseen. Lisäksi he hankkivat tuotteita, joiden avulla voivat siistiytyä tai peitellä vikojaan. He etsivät jatkuvasti uusia tuotteita, sillä yleensä tuotteet eivät sai-

rastuneelle tuota toivottua tulosta. (Phillips 2009, 84.) Ostosten tekemiseen voi muodostua riippuvuus. Näille potilaille saatetaankin diagnosoida riippuvuus ennen BDD:n diagnosoimista. (Phillips 2009, 84.)

4.1.10 Laihduttaminen ja urheilu

Laihduttaminen ja erilaisten ruokavalioiden noudattaminen ovat usein merkkejä syömishäiriöstä, mutta ne voivat olla merkkejä myös BDD:stä. Usein BDD-potilaan laihdutuksen syy on jonkin ruumiinosan muokkaaminen halutun malliseksi, ei niinkään painon pudottaminen. He saattavat vältellä jotain tiettyä ruoka-ainetta, koska uskovat sen pahentavan ulkonäköään. Lihasdysmorfiassa sairastava saattaa noudattaa vähärasvaista tai korkea-proteiinista ruokavaliota ja käyttää erilaisia proteiinilisiä. (Phillips 2009, 84–85.)

Jotkut BDD:tä sairastavat urheilevat liiallisesti. He saattavat urheilla vähentääkseen selluliittia tai kiinteytyäkseen. Urheilusuoritukset saattavat mennä niin pitkälle, ettei normaali liikkuminen sen jälkeen enää onnistu. Urheillulla ei yleensä ole toivottua vaikutusta. Tämä saa BDD:tä sairastavan olon huononemaan ja jatkamaan urheilua yhä kovemmin. Etenkin lihasdysmorfiassa pakonomainen urheileminen on erittäin yleistä ja on lähes aina osana sairautta. (Phillips 2009, 85–86.)

4.1.11 Muut pakonomaiset käyttäytymismallit

Erlaisia käyttäytymismalleja on loputon määrä BDD:tä sairastavilla. Käyttäytymismalleja yhdistää niiden pakonomaisuus ja toistettavuus. (Phillips 2009, 89.) Erilaiset tavat ovat tuttuja myös pakko-oireisessa häiriössä. BDD:ssä ja pakko-oireisessa häiriössä on paljon samaa ja ne voivat vihjata toistensa olemassaolosta. Jos henkilöllä ilmenee pakko-oireisen häiriön kaltaisia oireita, voi hänellä olla BDD, tai molemmat näistä sairauksista. (Phillips et al. 2007.)

4.2 Liitännäissairaudet

Liitännäissairaudet ovat yleisiä dysmorfisen ruumiinkuvanhäiriön yhteydessä. Gunstadin ja Phillipsin teettämässä tutkimuksessa ilmenee, että lähes jokaisella dysmorfista ruu-

miinkuvan häiriötä sairastavalla henkilöllä on vähintään yksi liitännäissairaus. Yleisin liitännäissairaus on masennus. (Gunstad & Phillips 2003.) Masennuksen lisäksi yleisiä liitännäissairauksia ovat ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, päihdeongelmat, mielialahäiriö sekä syömishäiriöt (Phillips et al. 2006b). Erään tutkimuksen mukaan (n=200) syömishäiriöt ovat naisilla useammin BDD:n liitännäissairautena kuin miehillä. (Phillips, Menard & Fay 2006).

Dysmorfiseen ruumiinkuvan häiriöön liittyy osalla sitä sairastavilla henkilöillä paniikkikohtauksia. Tutkimuksessa 28,9 % BDD-potilaista (n=76) kertoi saavansa paniikkikohtauksia, jotka ovat alkaneet BDD:n oireiden laukaisemina. (Phillips, Menard & Bjornsson 2013.)

Yleisin paniikkikohtauksen aiheuttaja on tunne siitä, että muut henkilöt tarkastelevat ahdistusta tuottavaa epäkohtaa. Lisäksi paniikkikohtauksia voivat aiheuttaa epäkohdan tarkasteleminen peilistä tai muusta heijastavasta pinnasta sekä kirkkaassa valossa oleminen, jolloin epäkohta on näkyvämpi. Näitä tilanteita onkin erittäin vaikea välttää ja on mahdollista, että juuri nämä tilanteet aiheuttavat vakavaa stressiä sekä toimintakyvyttömyyttä, jotka ovat BDD:n oirekuvassa tyypillisiä. (Phillips, Menard & Bjornsson 2013.)

Tämän kaltaiset paniikkikohtaukset eivät kuitenkaan täytä paniikkihäiriön diagnoosia, sillä paniikkikohtaukset eivät "tule tyhjästä", vaan ilmenevät jonkin BDD:n oireen aiheuttamana. Yleisimmät paniikkikohtauksen oireet BDD-potilailla ovat sydämentykytykset, hikoilu, hengenahdistus sekä vapina tai tärinä. Myös kontrollin menettämisen tai hulluksi tulemisen pelko voivat ilmetä paniikkikohtauksen oireina. Niillä BDD-potilailla jotka kärsivät paniikkikohtauksista todettiin useammin vakavampi BDD. Lisäksi heillä oli enemmän sosiaalista ahdistuneisuutta sekä masennuksen oireita, huonompaa toimintakykyä ja elämänlaatua. He olivat myös todennäköisemmin työttömiä ja itsetuhoisempia. BDD-potilaiden arvioinnissa olisi tärkeää erottaa ne paniikkikohtaukset, jotka tulevat täysin odottamatta, sekä ne paniikkikohtaukset, jotka tulevat BDD:n oireiden laukaisemina. (Phillips, Menard & Bjornsson 2013.)

4.3 Sosiaalisten tilanteiden pelko

Sosiaalisen elämän häiriintyminen on BDD:tä sairastavilla yleinen ongelma. Phillipsin tutkimuksen mukaan kaikki BDD-potilaat kokivat sosiaalista estyneisyyttä. Lisäksi lähes kaikki kokivat töihin tai kouluun liittyvää estyneisyyttä dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön

johdosta. 22,2 % murrosikäisistä BDD-potilaista (n=200) olivat joutuneet lopettamaan koulun kesken BDD:n oireiden vuoksi. (Phillips et al. 2006b.) BDD:tä sairastavat ovat usein haluttomia menemään juhliin, häihin, yökerhoon, perhetapaamisiin tai muihin sellaisiin tilanteisiin, joissa on paljon muita ihmisiä. He kokevat häpeää tullessaan muiden nähdyksi. Lisäksi he ovat hyvin keskittyneitä siihen, miltä he näyttävät ja kuinka muut heidät näkevät. (Phillips 2009, 92.)

BDD:tä sairastava kokee erityisen epämiellyttäväksi tilanteet, joissa hänen vikansa ulkonäössään voi tulla huomatuksi. Tästä syystä he saattavat vältellä uimista, rantoja tai paljastavien vaatteiden käyttämistä. Monet sanovat BDD oireiden pahenevan suurissa ihmisjoukoissa. Tämä taas saattaa johtaa sosiaalisten tilanteiden välttelyyn. (Phillips 2009, 92.)

Sosiaalisten tilanteiden pelko on yhteydessä BDD:n vakavuuden kanssa. Olisikin tärkeää ymmärtää BDD-potilaan sosiaalisten tilanteiden pelkoa, sillä sen ymmärtämisellä on merkitystä hoidosta jättäytymiseen ja virhediagnoosien teossa. Sosiaalisten tilanteiden pelko saattaa myös estää hoitoon hakeutumista. (Pinto & Phillips 2005.)

4.4 Ihmissuhdeongelmat

Ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat ovat yhteydessä BDD:n vakavuuden kanssa. Usein vakavampi BDD viittaa siihen, että henkilöllä on enemmän ongelmia ihmissuhteissa. Tutkimuksen mukaan BDD-potilailla on ihmissuhdeongelmia monilla osa-alueilla. Yleisimmät ihmissuhdeongelmat ovat sosiaalinen estyneisyys sekä epävarmuus itsestä. Lisäksi BDD-potilailla on keskimertoa korkeammat pisteet kostonhalussa ja vihamielisyydessä sekä itsekeskeisyydessä. BDD-potilaan vihamielisyys saattaa johtua siitä, että hän uskoo näyttävänsä epänormaalilta, eikä kykene korjaamaan vikaansa. Vihamielisyys saattaa liittyä myös torjutuksi tulemisen tunteeseen ulkonäöllisen vian vuoksi. Lisäksi monet BDD-potilaat uskovat, että muut ihmiset puhuvat hänen viastaan. (Didie et al. 2012.)

Kylmä ja etäinen, liian mukautuvainen sekä uhrautuvaisuus ovat myös merkittäviä ihmissuhdeongelmia BDD-potilailla. Jos BDD-potilas on kylmä tai etäinen, on hänellä silloin vaikeuksia solmia pitkäaikaisia suhteita ihmisten kanssa. Hänen on lisäksi vaikea lähestyä ihmisten kanssa. Mukautuvaisuus viittaa siihen, että BDD-potilaan on vaikea sanoa toisille ihmisille "ei". Uhrautuvainen BDD-potilas ajattelee, että olisi vaikeaa olla itsevarma miettimättä sitä, että loukkaa toisen ihmisen tunteita. (Didie et al. 2012.)

Vakavampi BDD liittyy suurempiin ongelmiin ihmissuhteissa sekä sosiaaliseen estyneisyyteen, epävarmuuteen ja kostonhaluun. BDD:n oirekuvaan liittyvät aikaa vievät rituaalit, herkkyys muiden kritiikille sekä sosiaalisten tilanteiden vältteleminen voivat kaikki johdattaa ongelmiin ihmissuhteissa. (Didie et al. 2012.)

BDD:tä sairastava välttelee usein parisuhteita ja läheisyyttä. Läheisten, varsinkin poika- tai tyttöystävän voi olla vaikea ymmärtää sairastuneen välttelemisen syytä. Tämä voi aiheuttaa paljon riitoja ja väärinymmärryksiä ihmisten välille. Läheisyys ja itsensä näyttäminen ilman vaatteita ja suojaa voivat olla BDD-potilaalle erittäin haastavaa. Voi olla, ettei BDD:tä sairastava kykene lainkaan intiimiin suhteeseen. Toisaalta on myös tapauksia, joissa BDD-potilas hakee ainoastaan seksuaalisia suhteita. Tämän hän tekee saadakseen muilta ihmisiltä hyväksyntää keholleen. (Phillips 2009, 92.)

BDD hankaloittaa usein myös ystävyysuhteita. Ystävien voi olla vaikea ymmärtää, miksi BDD:tä sairastava jättää tapaamisia väliin tai miksi hän on niistä myöhässä. BDD:tä sairastava ei välttämättä kerro ulkonäköhuolistaan edes läheisilleen, joten ystävät eivät tiedä mistä on kyse. (Phillips 2009, 95.)

4.5 Päihteiden ongelmakäyttö

Alkoholi- ja huumeongelmat ovat tutkimuksen mukaan yleisiä dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavilla (n=176). Tutkimuksessa ilmeni, että 48,9 % osallistuneista on diagnosoitu BDD:n lisäksi alkoholi- tai huumeongelma. Alkoholin liikakäyttöä ilmeni 42,6 % ja kannabiksen ongelmakäyttöä 30,1 %. Tutkimukseen osallistuneista 68 % kertoo alkoholin tai huumeiden väärinkäytön johtuvan BDD:n oireista. (Grant et al. 2005.)

Erään tutkimuksen mukaan dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavien juomisen taustalla on useimmiten kehonkuvan huolista aiheutunut stressi ja siitä selviytyminen. Tutkimuksessa BDD-potilaiden yleisin syy juomiselle on kehonkuvan huolet, jotka aiheuttavat mielipahaa ja tämä ongelma yritetään ratkaista juomalla. Osa BDD-potilaista saattaa juoda unohtaakseen kehonkuvaan liittyvät huolet. Jotkut BDD-potilaat taas hakevat juomisen avulla itsevarmuutta ollessaan muiden ihmisten seurassa. BDD-potilaiden keskuudessa entinen tai nykyinen alkoholiriippuvuus liittyy vahvasti kaikkiin edellä mainittuihin kolmeen motiiviin juoda alkoholia. (Kelly et al. 2017.)

Jos BDD-potilaalla oli alkoholin juomisen motiivina ahdistavista tunteista selviytyminen, oli hän näistä kolmesta motiiveista todennäköisemmin yrittänyt itsemurhaa. Alkoholin

juomisen taustalla oleva selviytymismotiivi oli myös yhteydessä sairauden vakavuuden kanssa, joskaan tämä suhde ei ollut merkittävä. Lisäksi suurempi stressi liittyen ulkonäöllisiin huoliin liitettiin selviytymismotiiveihin. Olisikin tärkeää ymmärtää BDD-potilaiden motiivit alkoholin juomiselle, sillä etenkin potilaat jotka juovat selviytyäkseen ahdistavista tuntemuksista ovat suuremmassa riskissä itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Onnistunut dysmorfiseen ruumiinkuvanhäiriöön keskittynyt hoito saattaa johtaa vähentyneeseen alkoholin käyttöön silloin, kun BDD-potilas käyttää alkoholia oireista selviytymiseen. (Kelly et al. 2017.)

4.6 Itsetuhoisuus

Dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavilla henkilöillä on monia riskitekijöitä, jotka saattavat johtaa itsetuhoiseen ajatteluun ja jopa itsemurhaan. Usein heillä ei ole parisuhdetta tai he ovat eronneita ja heillä saattaa olla huonot sosiaaliset tukijoukot. Huono itsetunto, masennus, sekä ahdistuneisuus ovat dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastavan tyypillisiä piirteitä. Lisäksi heillä saattaa olla taustalla psykiatrisia sairaalahoitoja. (Phillips & Menard 2006.)

Prospektiivisessa neljän vuoden mittaisessa tutkimuksessa selvitettiin itsetuhoisuutta BDD:tä sairastavilla henkilöillä (n=185). Näyttäisi siltä, että itsetuhoisen ajattelu on yleistä BDD-potilaiden keskuudessa. Tutkimukseen osallistuneista 79,5 % kertoi ajatelleensa joskus itsetuhoisesti. Lisäksi itsemurhayritykset sekä itsemurha ovat yleisiä tätä oirekuvaa sairastavilla tutkimuksen perusteella. 27,6 % osallistuneista on yrittänyt itsemurhaa jossakin elämän vaiheessaan. Kyseisen tutkimuksen aikana yhdeksän osallistujaa yritti itsemurhaa. Kaikkiaan itsemurhayrityksiä tämän neljän vuoden aikana kertyi 30. Kaksi henkilöä suoritti itsemurhan. Heillä molemmilla todettiin vakava BDD viimeisen tapaamisen aikana. (Phillips & Menard 2006.)

4.7 Viha ja väkivaltaisuus

BDD-potilailla on paljon erilaisia negatiivisia tunteita. Kuviteltu rumuus ja vika ulkonäössä voi saada BDD-potilaan vihaiseksi. Vihaisuutta voi aiheuttaa myös se, ettei sairastunut kykene muuttamaan vikaansa. BDD:tä sairastava voi olla vihainen itselleen tai muille ihmisille. Hän voi kokea, että muut ihmiset arvostelevat ja pilkkaavat hänen ulkonäköään. (Phillips 2009, 107-108.)

Joskus viha on niin vahvaa, että se johtaa väkivaltaiseen käytökseen. BDD-potilas saattaa heitellä tavaroita tai käyttäytyä aggressiivisesti jotakuta kohtaan. Usein BDD-potilaiden viha ja väkivaltaisuus kohdistuu heitä hoitaneeseen tai hoitamatta jättäneeseen lääkäriin tai kirurgiin. (Phillips 2009, 108.) BDD-potilaat hakeutuvat usein kirurgiseen hoitoon, mutta toimenpiteen tulos on harvoin heitä tyydyttävä. Tämä saattaa aiheuttaa vahvoja vihan tunteita. BDD:tä sairastava saattaa syyttää toimenpiteen tehnyttä kirurgia ulkonäkönsä pilaamisesta, vaikka toimenpide olisikin todellisuudessa onnistunut. Kirurgiin kohdistuva viha voi johtua myös siitä, ettei tämä ole toiminut sairastuneen toivomalla tavalla. Kirurgia kohtaan saatetaan käyttäytyä jopa väkivaltaisesti. (Phillips 2009, 238–239.)

4.8 Pakonomainen ajattelu ja harhaluuloisuus

BDD-potilaat ajattelevat heitä vaivaavia ruumiinosia lähes taukoamatta. Sairastuneet kuvailevat BDD:tä heitä seuraavana varjona, joka on aina taustalla. BDD:tä sairastavat saattavat miettiä, kuinka viallista ruumiinosaa voisi muuttaa tai parantaa. He pohtivat erilaisia vaihtoehtoja ja hoitomuotoja itselleen. (Phillips 2009, 57.)

Ongelmana on, ettei ajatuksia pysty hallitsemaan. Moni yrittää keskittyä johonkin muuhun. Toisilla taas ajatukset ovat niin vahvoja, etteivät he edes yritä sivuuttaa niitä. Kukaan BDD:tä sairastava ei kykene täysin kontrolloimaan ajatuksiaan. Ahdistavat ajatukset saattavat tulla myös uniin. (Phillips 2009, 57.)

Tutkimuksessa vertailtiin niitä BDD-potilaita, jotka täyttivät harhaluuloisen BDD:n kriteerit, sekä niitä jotka eivät täyttäneet kyseisiä kriteereitä (n=65). BDD-potilaat luokiteltiin harhaluuloisiksi, jos he olivat todella vakuuttuneita siitä, että heidän vika oli todellinen eivätkä he reagoineet päinvastaiseen todisteeseen. Harhaluuloiset sekä ei-harhaluuloiset eivät useimmissa tekijöissä eronneet keskenään. Harhaluuloisilla potilailla oli kuitenkin merkittävästi vakavampia BDD:n oireita. Lisäksi heillä oli enemmän sosiaalista ahdistuneisuutta ja vakavampia masennuksen oireita. Tutkimus tukee ajatusta, että harhaluuloisella ja ei-harhaluuloisella BDD:n oirekuvalla on enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia. (Mancuso, Knoesen & Castle 2010.)

BDD on luokiteltu somatoformiseksi sairaudeksi. Kuitenkin BDD:n harhaluuloisen muoto on määritelty psykoottiseksi sairaudeksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla BDD:n harhaluuloisen sekä ei-harhaluuloisen oirekuvia (n=191). Harhaluuloiset BDD-potilaat

olivat useimmissa asioissa samankaltaisia kuin ne BDD-potilaat, joilla ei harhaluuloja ollut. Ryhmillä oli samankaltaisuuksia liitännäissairauksien, toimintakyvyn, elämänlaadun, sekä perhetaustojen suhteen. Harhaluuloisilla BDD-potilailla oli kuitenkin merkittävästi alhaisempi koulutustaso sekä sosiaalinen toimintakyky. Heillä oli todennäköisemmin ollut huumeidenkäyttöä tai huumeriippuvuutta. Lisäksi he olivat todennäköisemmin BDD:n oireiden johdosta yrittäneet itsemurhaa. Harhaluuloiset BDD-potilaat eivät todennäköisemmin saaneet mielenterveydellistä hoitoa. On mahdollista, että harhaluuloiset BDD-potilaat eivät etsi mielenterveyden palveluja, sillä he ovat vakuuttuneita siitä, että heillä on todellinen fyysinen epämuodostuma. Silloin he eivät yhdistä ulkonäköhuolia psyykkiseen sairauteen. Tutkimuksen löydökset kuitenkin osoittavat, että BDD:n harhaluuloisella ja ei-harhaluuloisella oirekuvilla on enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia. (Phillips et al. 2006b.)

5 DYSMORFISEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖN TUNNISTAMINEN

BDD:n diagnosointiin käytetään erilaisia mittareita sekä haastatteluja. Mittareita on kehitetty monia erilaisia, kuten BDDQ, COPS, sekä BDD-YBOCS. Osa mittareista on kehitetty BDD:tä varten ja osa yleisesti mielenterveydenhäiriöiden tunnistamiseksi. BDD:tä ei voida diagnosoida verikokeilla tai kuvantamismenetelmillä, vaan on keskityttävä potilaan olemukseen ja hänen vastauksiin. (Phillips 2009, 29.) Opinnäytetyön lopussa liitteenä (liite 2) on BDD-YBOCS esimerkkinä mittareista.

5.1 DSM-IV

DSM-IV (The diagnostic and statistical manual fourth edition) on teos, joka on tarkoitettu terveysalan ammattilaisille psykiatristen diagnoosien tekemisen tueksi. Kirjassa on kuvailtu BDD:n tyypilliset piirteet ja sen diagnostiset kriteerit. (Phillips 2009, 17.)

Kirjassa esitellyt BDD:n diagnostiset kriteerit osoittavat, että BDD:stä kärsivät henkilöt näyttävät normaaleilta, mutta uskovat itse ulkonäkönsä olevan viallinen tai epänormaali. DSM-IV kriteerit ovat hyviä antamaan suuntaa BDD:tä diagnosoidessa. Olisi hyvä kuitenkin muistaa BDD:n monimuotoisuus. Kriteerit eivät näytä koko totuutta BDD:tä sairastavan elämästä, eikä sairauden kokemisesta. (Phillips 2009, 17.)

Ensimmäisen kriteerin mukaan BDD:tä sairastavalla on ulkonäköön liittyvä päänäpintymä. BDD:tä sairastavat henkilöt uskovat, että jokin osa heidän ulkonäössään on viallinen. Lisäksi sairastunut ajattelee asiaa pakonomaisesti. BDD-potilas ajattelee vikaa vähintään yhden tunnin päivässä. Keskimääräisesti BDD-potilaat ajattelevat vikaa 3-8 tuntia päivässä. (Phillips 2009, 17–20.)

Toinen kriteeri sisältää ahdistuneisuuden tai toimintakyvyn heikkenemisen. Kriteerin mukaan ulkonäön on aiheutettava BDD-potilaalle merkittävää ahdistusta tai ongelmia toimintakyvyssä. Asioiden vältteleminen ulkonäön vuoksi on BDD:hen viittaava merkki. (Phillips 2009, 21.)

Kolmannen kriteerin mukaan BDD on erotettava muista mielenterveyden häiriöistä. BDD voidaan sekoittaa esimerkiksi syömishäiriöihin samankaltaisten oireiden perusteella. BDD:tä sairastavalla henkilöllä voi kuitenkin BDD:n ohella olla myös syömishäiriö. (Phillips 2009, 21.)

5.2 DSM-5

Dziegielewski esittelee teoksessa *DSM-5 in action* American Psychiatric Association DSM-5 2013 -julkaisussa olevat päivitetty BDD:n diagnostiset kriteerit. DSM-5 julkaisussa määritellään neljä kriteeriä, joita käytetään BDD:n diagnosointiin. Nämä kriteerit on luokiteltu kirjaimin A-D. Jotta BDD voidaan diagnosoida, tulee sitä sairastavan henkilön täyttää nämä neljä kriteeriä. (Dziegielewski 2014, 285–286.)

A kriteerissä mainitaan, että BDD:tä sairastavalla henkilöllä tulee olla päänäpintymä yhteen tai useampaan kehonosaan. B kriteerissä tämä päänäpintymä vie henkilöltä huomattavan paljon huomiota. BDD:tä sairastava henkilö toistaa tiettyjä käytösmalleja, kuten peiliin katselua, hyväksynnän hakemista, tai oman ulkonäön vertailua muiden ulkonäköön. C kriteerissä sanotaan, että ulkonäön vialliseen epäkohtaan liittyvä pakkomielteisyys on niin suurta, että BDD:tä sairastava henkilö kokee siitä merkittävää stressiä tai toimintakyvyn laskua. D kriteerissä erotellaan yhä ne potilaat, jotka sairastavat BDD:tä, eikä esimerkiksi syömishäiriötä, joka on hyvin samankaltainen sairaus. (Dziegielewski 2014, 285–286.)

BDD:tä diagnosoidessa ammattilaisen tulee tehdä muutamia tarkennuksia. Ammattilaisen tulisi tarkentaa, onko kyseessä lihasdysmorfia. Siinä ihminen kuvittelee kehonrakenteensa olevan viallinen. Kehonrakenne kuvitellaan liian pieneksi tai että lihaksia on liian vähän. Toinen tarkennus sairautta diagnosoidessa on se että, onko sitä sairastavalla henkilöllä hyvä vai huono oivalluskyky. BDD-potilaalla jolla on hyvä oivalluskyky ymmärtää, että vääristyneet uskomukset epäkohdastaan eivät ole välttämättä totta. Huonon oivalluskyvyn omaava taas uskoo, että vääristyneet uskomukset epäkohdasta ovat täysin totta. (Dziegielewski 2014, 285–286.)

DSM-5 sekä DSM-IV mittareiden eroavaisuuksia BDD:n esiintyvyyden suhteen on tutkittu Saksassa (n=2129). Tutkimuksessa selvitettiin, onko DSM-5 mittarin uusilla kriteereillä vaikutuksia sairauden esiintyvyyteen. BDD diagnosoitiin 2,9 % DSM-5 kriteereiden avulla. DSM-IV kriteereiden avulla BDD diagnosoitiin 3,2 % tutkimukseen osallistuneista.

BDD:n esiintyvyyden ero näiden kahden mittarin välillä oli 0,3 %. Tutkimuksen mukaan DSM-IV ja DSM-5 mittareiden välillä on vahva yhteys. DSM-5 mittarilla ei näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta sairauden esiintymislukuihin verrattuna edelliseen DSM-IV mittariin. Kaikki BDD tapaukset jotka tunnistettiin DSM-5 mittarin avulla, tunnistettiin myös DSM-IV mittarilla. DSM-5 mittarin uusi B kriteeri ottaa tarkemmin huomioon BDD:n oireet. Tästä voi olla hyötyä BDD:n vakavuuden määrittelyssä. Kuitenkaan B kriteerissä ei ole huomioitu ajan määrettä, eli sitä kuinka monta tuntia BDD:tä sairastava henkilö käyttää päivässä toistuvien sekä pakonomaisten käyttäytymismallien parissa. (Schieber et al. 2015.)

Tässä saksalaisessa tutkimuksessa käy ilmi, että joka kolmas BDD-potilas käyttää päivässä vähintään tunnin pakonomaisten käyttäytymismallien tekoon. 71 % BDD-potilaista käyttivät tutkimuksen mukaan päivässä vähemmän kuin tunnin näiden tekoon. DSM-5 kriteereihin ei lukeudu sairauden vakavuuden määrittely. Vakavuuden määrittelyyn lukeutuisi toimintakyvyn tai ahdistuneisuuden tason määrittäminen sekä aika, jonka BDD-potilas käyttää ulkonäköhuoliin liittyviin toimiin. BDD:n esiintymisluku voisi muuttua, kun otettaisiin huomioon aika, jota näihin käyttäytymismalleihin käytetään. Lisäksi käyttäytymismalleihin käytetty aika voisi kuvailla BDD:n vakavuuden tasoa. (Schieber et al. 2015.)

5.3 COPS

Cosmetic Procedure Screening eli COPS-kyselyn ovat kehittäneet Veale, Ellison, Werner sekä Dodhia. Kysely on kehitetty BDD:n seulomisen tueksi. Sen saa ladattua internetistä ilmaiseksi. COPS-mittari on lyhyt sisältäen yhdeksän eri kysymystä. Mittarilla on hyvä toistettavuus sekä yhtenevyys. Kosmeettista kirurgiaa hakevilla henkilöillä voidaan teettää COPS-kysely ennen toimenpidettä. Kyselyllä onkin hyvä herkkyys tunnistaa BDD-potilaat kosmeettista kirurgiaa hakevien ihmisten joukosta. Lisäksi kyselyllä voidaan todentaa BDD-potilaan oireiden muutoksia, esimerkiksi oireiden pahenemista. COPS-kyselyä voidaan käyttää esimerkiksi kognitiivista terapiaa vastaanottavilla potilailla. Sitä voidaankin käyttää BDD:n seulonnan lisäksi oireiden vakavuuden mittaamiseen. (Veale et al. 2012.)

5.4 BDDQ

Body dysmorphic questionnaire on Phillipsin kehittämä kysely BDD:n seulomista varten. Sillä ei ole tarkoitus diagnosoida BDD:tä vaan tunnistaa sen mahdollisuus. BDDQ:ssa kysytään neljä kysymystä. Kysymyksissä on myös jatkokysymyksiä niille, jotka vastaavat pääkysymykseen myöntävästi. Ensimmäiseen, kolmanteen ja neljänteen kysymykseen myöntävästi vastatessa vastaajalla on todennäköisesti BDD. (Phillips 2009, 28–30.)

Lopullinen BDD:n diagnoosi tehdään ammattilaisen tekemän tarkentavan haastattelun pohjalta. Vastaajan antamat vastaukset tulee tarkentaa ja varmistaa keskustelun avulla. On tärkeää varmistaa, että vastaukset pitävät paikkaansa sekä se, ettei vastaajalla ole todellista fyysistä vikaa, vaan se on kuviteltua. Haastattelun tarkoituksena on myös varmistaa, ettei kyseessä ole syömishäiriö tai muu psyykinen sairaus. (Phillips 2009, 30.)

Brohede et al. ovat validoineet BDDQ kyselyn ruotsalaisväestössä. Validointiin osallistui 2891 ruotsalaista naista. BDDQ osoittautui hyväksi mittariksi BDD:n diagnosoinnissa. Kyselyä voidaankin siis tämän tutkimuksen perusteella käyttää BDD:n diagnosointiin naisväestöllä. (Brohede et al. 2013.)

5.5 BDD-YBOCS

Yale-Brown obsessive-compulsive scale modified for Body Dysmorphic Disorder on kehitetty arvioimaan BDD:n vakavuutta. Kyselyn kysymykset liittyvät BDD:n oireisiin. Kyselyn lopuksi vastaukset pisteytetään. Pisteet kertovat kuinka vakava BDD on. Mitä korkeammat pisteet ovat, sitä vakavampi BDD. (Phillips 2009, 31–32.)

Phillips sekä hänen kollegansa ovat tutkineet BDD-YBOCS-mittarin luotettavuutta. Yhteensä 200 BDD-potilasta osallistui tähän prospektiiviseen tutkimukseen. Tutkimus osoitti, että kyseinen mittari on luotettava ja validi mittaamaan BDD:n vakavuutta. Masennukseen, sosiaalisten tilanteiden pelkoon sekä psykososiaaliseen toimintakykyyn tarkoitettut mittarit osoittivat hyvää yhtenevyyttä mittarin kanssa. BDD-YBOCS kyselyn pisteet laskivat merkittävästi hoidon avulla. Tämä osoittaa mittarin herkkyyttä muuttua. (Phillips, Hart & Menard 2014.)

BDD-YBOCS on käännetty ja kulttuurisesti mukautettu Brasilian portugalille. Mittarin validointiin osallistui 93 nenäkirurgiaan hakeutunutta asiakasta. Mittarin kulttuuriseen mukauttamiseen osallistui 30 potilasta. Viimeisen version luotettavuus testattiin 20 potilaalla. Korrelaatiota BDDE-mittarin sekä BDD-YBOCS-mittarin välillä testattiin 43 potilaalla. Näiden kahden mittarin välillä havaittiin voimakas yhtenevyys. BDD-YBOCS pisteissä havaittiin merkittäviä eroavaisuuksia terveiden asiakkaiden ja BDD-potilaiden välillä. Lisäksi pisteissä havaittiin eroja niiden BDD-potilaiden välillä, joilla oli eri vakavuusaste sairaudessa. Brasilian portugalilainen BDD-YBOCS mittari onkin luotettava mittari mittaamaan dysmorfisen ruumiinkuvanhäiriön vakavuutta kyseisessä kulttuurissa. (Brito et al. 2015.)

5.6 Dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön tunnistamisen haasteet

Monet alan ammattilaiset eivät välttämättä tiedä mikä BDD on, eikä sen aina ymmärretä olevan todellinen psykiatrasta hoitoa vaativa sairaus. Tämän seurauksena sairaus saattaa jäädä huomaamatta. (Phillips 2009, 18.)

BDD-potilaan suuren ahdistuneisuuden ja häpeän vuoksi ulkonäköhuolista ei mainita useinkaan edes läheisille. Onkin tavallista, että BDD-potilas salaa oireensa eikä hakeudu hoitoon. Sairastunut saattaa pelätä että mainitessaan ulkonäössään olevasta viasta, muutkin alkavat kiinnittämään siihen huomiota. Lisäksi BDD-potilas saattaa pelätä, ettei tule ymmärretyksi tai ettei sairautta ja hänen kärsimystään oteta vakavasti. Lisäksi BDD:tä saatetaan verrata nykypäivän ulkonäköpaineisiin. (Phillips 2009, 27)

Liitännäissairaudet saattavat viedä huomion pois todellisesta ongelmasta. BDD saateen diagnosoida joksikin muuksi psyykkiseksi sairaudeksi. Olisi tärkeää muistaa, että BDD:n yhteydessä esiintyy usein muitakin psyykkisiä sairauksia. Hoitoa mietittäessä olisi tärkeää selvittää syy sairauteen. Esimerkiksi syy masennukseen saattaa olla BDD. Tällöin hoito voidaan muokata sopivaksi BDD:lle, eikä masennukselle. (Phillips 2009, 28.)

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämän opinnäytetyön tekemistä varten laadittiin Turun ammattikorkeakoulun toimeksiantosopimus. Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin Turun ammattikorkeakoulun antamia ohjeita sekä käytiin säännöllisesti ohjaustapaamisissa ohjaajan kanssa. Ohjaustapaamisissa annettiin asianmukaista opastusta, jonka avulla opinnäytetyötä rakennettiin.

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Työtä tehdessä noudatettiin tiedeyhteisön toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus, sekä tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa.

Opinnäytetyöprosessin aikana sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi työtä tehdessä huomioitiin muiden tutkijoiden työ sekä saavutukset viittaamalla asiaankuuluvasti heidän töihinsä. (Hirsijärvi ym. 2009, 24.) Tutkimustulokset esiteltiin huolellisesti ja tuloksia vääristelemättä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Kirjallisuuskatsausta tehdessä vältettiin hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia. Sepitämistä, eli tekaistujen havaintojen esittämistä vältettiin. Lisäksi plagiointia eli luvaton lainaamista ei opinnäytetyössä esiinny. Itsensä plagiointia, eli samojen tulosten esittelyä useita kertoja uusina tuloksina vältettiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kirjallisuuden valinnassa käytettiin harkintaa, lähdekritiikkiä. Opinnäytetyön teossa pyrittiin kriittisyyteen sekä lähteitä valitessa että niitä tulkittaessa. Luotettavuutta lisää kriittisyys liittyen lähteiden ikään ja alkuperään. Aiemman tiedon katsotaan kumuloituvan uuteen tutkimustietoon. Alkuperäisten lähteiden käyttö voi myös olla hyödyllistä, sillä sen avulla saatetaan havaita miten tieto on muuttunut. Samojen nimien toistuminen julkaisujen tekijänä ja lähdeviitteissä viittaa yleensä siihen, että kirjoittaja on todennäköisesti arvostettu alallaan. (Hirsijärvi et al. 2009, 113.)

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimuslähteitä useista eri maista. Tutkimuslähteet sekä kirjallisuus opinnäytetyössä ovat englanninkielisiä. Tarkka ja huolellinen kääntäminen lisää luotettavuutta. Tutkimuksia varten luotiin erillinen taulukko, jossa ne on esitelty. Tutkimustaulukossa kuvataan tutkijat, vuosi, tarkoitus, aineisto, lähestymistapa, sekä keskei-

set tulokset. Opinnäytetyöhön valittiin ainoastaan ilmaiseksi saatavilla olevat tutkimukset, jolloin joitain merkittäviä tutkimuksia on saattanut jäädä kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle. Luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkimuskysymyksiin käytettiin alkuperäistutkimusten lisäksi kirjallisuutta. Luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvailemalla hakuprosessia mahdollisimman tarkasti.

Työn luotettavuutta lisättiin käyttämällä monipuolisia hakutermejä tietoa haettaessa. Työssä hyödynnettiin mahdollisimman monia luotettavia lähteitä. Tutkimuskysymyksiin löydettiin useita eri tutkimuksia, joiden yhteneväisyyksiä sekä eroavaisuuksia pystyttiin havainnoimaan. Opinnäytetyössä oli kaksi kirjoittajaa. Kirjoittajat pystyivät antamaan rakentavaa palautetta toistensa teksteistä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä sairastava henkilö oireilee sekä miten sairaus voidaan tunnistaa. Oireiden ymmärtäminen on tärkeää BDD:n tunnistamisen kannalta. Opinnäytetyön tavoite on tuoda BDD terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuuteen, niin että se osattaisiin tunnistaa ja sitä sairastava henkilö osattaisiin ohjata hänen tarpeitaan vastaavaan hoitoon. Työn toteutukseen on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

Dysmorfista ruumiinkuvan häiriötä ei ole juuri tutkittu Suomessa. Tämän johdosta lähes kaikki opinnäytetyössä käytetty aineisto oli englanninkielistä. Aiheesta löytyy paljon erilaisia tutkimuksia. Sairaudesta on tehty laajoja tutkimuksia, joissa selvitetään sairautta yleisesti. Sairauden oirekuvaa koskevissa tutkimuksissa on usein keskitytty johonkin tiettyyn oireeseen tai oireryhmään, ei niinkään oirekuvan kokonaisuuteen. Tutkittua tietoa löytyy osasta oireista paljon, kun taas toisista oireista tutkimuksia löytyy niukasti. Tutkimukset ovat pääasiassa määrällisiä.

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö on vakava mielenterveyden häiriö, jota sairastava henkilö uskoo jonkin ruumiinosansa olevan viallinen tai epämuodostunut. Omaan ulkonäköön liittyvä epäily voi liittyä mihin ruumiinosaan tahansa. BDD:tä sairastavan ulkonäössä ei todellisuudessa ole fyysistä vikaa. (Huttunen 2016.)

BDD on sairaus, joka ilmenee eri ihmisillä eri tavoin. Sen vakavuus voi vaihdella lievästä erittäin vakavaan. Vaikka ahdistusta herättävä ruumiinosa olisi kahdella eri potilaalla sama, voi heidän kokemuksensa sairaudesta olla täysin erilainen. Kaikkia BDD-potilaita yhdistää usko oman ulkonäkönsä viallisuudesta sekä siihen liittyvä vahva ahdistuneisuus ja toimintakyvyttömyys. (Phillips 2009, 15–17.) BDD vaikuttaisi olevan sairaus, jossa yksilöllisyys korostuu. Toisille sairaus voi aiheuttaa vain pientä ahdistusta, kun taas toisilla se saattaa hallita koko elämää.

Opinnäytetyötä tehdessä huomattiin, että oirekuva on hyvin moninainen. Jokainen BDD-potilas kokee sairauden eri tavalla, joten oireet ovat moninaisia. Kaikkia oireita ei opinnäytetyössä ole esitelty, sillä työstä olisi silloin saattanut tulla liian laaja. Saattaa olla, että kaikkia oireita ei ole vielä tutkittu. Tutkiminen saattaa olla haastavaa sairauden yksilöllisyyden vuoksi.

Oireet ja niiden aiheuttamat seuraukset voivat olla vaikeita erottaa toisistaan. Esimerkiksi BDD-potilailla esiintyy paljon sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Saattaa olla haastavaa selvittää, onko sosiaalisten tilanteiden pelko oire BDD:stä, vai onko potilas alkanut vältellä sosiaalisia tilanteita oireidensa johdosta.

Pakonomainen käyttäytyminen nousi usein esille BDD:n oirekuvaa tutkittaessa. Pakonomaiset käyttäytymismallit näyttäisivät olevan BDD-potilaan tyypillisimpiä oireita. Yleisimpiä pakkotoimintoja, joita BDD:tä sairastava toistaa ovat esimerkiksi peiliin katseleminen, liiallinen siistiytyminen sekä ihon nyppiminen (Grant & Phillips 2005). Peiliin katselua ja siistiytymistä näyttäisi esiintyvän yleisimmin BDD:tä sairastavien keskuudessa. BDD-potilas tekee pakkotoimintoja piilottaakseen, tarkastellakseen, tai parannellakseen olettamia vikoja ulkonäössään (Grant & Phillips 2005). Tutkimusten mukaan erilaisia pakkotoimintoja yhdistää syyt niiden tekemiselle sekä niiden suorittamisen jälkeen BDD-potilaan lisääntynyt ahdistuneisuus. Lopulta pakkotoiminnot vain pahentavat potilaan ahdistusta, sillä toimintoja tehdessään BDD:tä sairastava keskittyy ulkonäössään olevan vian tarkasteluun ja ajatteluun. Silloin vika on enemmän BDD-potilaan mielessä ja vika saattaa näyttää hänen silmissään entistä pahemmalta.

Plastiikkakirurgian ja BDD:n yhteyttä on tutkittu paljon. BDD-potilaat teettävät itselleen huomattavasti enemmän kosmeettisia leikkauksia kuin ihmiset, jotka eivät sairasta kyseistä sairautta. (Buhlmann et al. 2010). BDD-potilaat hakeutuvat herkemmin kirurgiseen kuin psykiatriseen hoitoon (Taziki et al. 2015). Tutkimusten mukaan BDD:tä sairastavat henkilöt ovat usein tyytymättömiä toimenpiteiden tuloksiin. (Ramos et al. 2016; Lai et al. 2010). Näiden asioiden johdosta BDD:tä olisi tärkeää seuloa plastiikkakirurgisissa toimenpiteissä, jotta psyykkistä sairautta sairastavat henkilöt osattaisiin ohjata heidän tarpeitaan vastaavaan hoitoon. BDD-potilaat ovat varmasti turhautuneita ja hakevat tämän seurauksena muutosta ulkonäkönsä. He saattavat kokea plastiikkakirurgian helppona ratkaisuna ongelmiinsa. Todellinen ongelma on kuitenkin psyykinen, joten todennäköisesti se ei poistu ulkonäköä muokkaamalla. BDD-potilas saattaa jopa kokea ulkonäkönsä huonontuneen toimenpiteen myötä, jolloin sairaus saattaa mennä pahempaan suuntaan.

Lähes jokaisella BDD:tä sairastavalla on vähintään yksi liitännäissairaus (Gunstad & Phillips 2003). Yleisiä liitännäissairauksia ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, päihdeongelmat sekä mielialahäiriö (Phillips et al.

2006b). Liitännäissairaudet saattavat johtaa harhaan sairauden diagnosoinnissa. Potilaalle saatetaan diagnosoida esimerkiksi masennus, vaikka todellisuudessa masennus olisi seurausta BDD:stä. Silloin BDD saattaa jäädä huomaamatta.

Tutkimusten mukaan BDD:tä sairastavilla voi esiintyä päihderiippuvuutta liitännäissairautena tai päihteiden ongelmakäyttöä (Grant et al. 2005; Kelly et al. 2017). BDD-potilaiden yleisin syy juomiselle tutkimuksen mukaan on se, että kehonkuvan huolet aiheuttavat mielipahaa ja se yritetään ratkaista tai unohtaa juomalla. Lisäksi sillä saatetaan hakea itsevarmuutta sosiaalisiin tilanteisiin. (Kelly et al. 2017). Päihdyttävien aineiden käyttö voi hetkellisesti helpottaa BDD:stä kärsivän oireita ja oloa, mutta samalla vaikeuttaa henkilön normaalia elämää.

BDD-potilailla on monia riskitekijöitä, jotka saattavat johtaa itsetuhoiseen ajatteluun ja jopa itsemurhaan. Tutkimuksen mukaan itsetuhoisen ajattelu on hyvin yleistä BDD-potilailla. (Phillips & Menard 2006). Tämä kertoo sairauden todellisesta vakavuudesta. BDD on psyykkisesti hyvin kuluttava sairaus, jolloin sen jatkuessa pitkään ja sen kanssa yksin taistellessa sairastunut varmasti väsyä ja turhautuu. Tällaiset tuntemukset voivat johtaa itsetuhoisuuteen ja joskus lopulta itsemurhaan. BDD on vakava sairaus ja olisikin erittäin tärkeää tunnistaa sitä sairastava henkilö mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

BDD-potilaat luokitellaan harhaluuloisiksi, jos he ovat todella vakuuttuneita siitä, että heidän vikansa on todellinen, eivätkä he usko päinvastaista todistetta. Harhaluuloinen ja ei-harhaluuloinen BDD eivät useimmissa tekijöissä eroa toisistaan. Harhaluuloisella potilaalla on kuitenkin merkittävästi vakavimmat BDD:n oireet. Kahdessa löydetyssä tutkimuksessa koskien harhaluuloisuutta BDD:ssä, tulokset tukivat toisiaan. (Mancuso, Knoesen & Castle 2010; Phillips et al. 2006a.) Harhaluuloisuutta sisältävä BDD saattaa tutkimusten mukaan olla vakavampi sairaus kuin harhaluuloton BDD (Mancuso, Knoesen & Castle 2010).

Osa BDD-potilaiden oireista on sellaisia, joita esiintyy myös sitä sairastamattomilla ihmisillä. Tunnistamisen kannalta olisi tärkeää selvittää, onko käytös pakonomaista ja mitä sen taustalla piilee. Olisikin hyvä huomioida syyt asioiden tekemiseen sekä niihin käytetty aika.

BDD:n tunnistaminen saattaa olla haastavaa monesta eri syystä. Yksi syy voi olla häpeä, jota BDD-potilas kokee viallisesta ruumiinosastaan. Häpeän vuoksi BDD-potilas pitää ahdistuksen sisällään. Toinen tunnistamiseen liittyvä haaste voi olla se, että sairaus on

yhä melko tuntematon. Sairautta ei silloin välttämättä osata seuloa. Lisäksi lievänä esiintyvä BDD voi olla haastavampi tunnistaa kuin vakava ja selväoireinen BDD. BDD:n tunnistamisessa on keskityttävä potilaan olemukseen ja hänen vastauksiinsa (Phillips 2009, 29). Opinnäytetyötä tehdessä ymmärrettiin, että BDD:n tunnistaminen vaatii ammattilaiselta paljon. Ammattilaisen tulisi tietää sairaudesta ja sen monimuotoisuudesta. Tunnistamisen tärkein tapa saattaa olla keskusteleminen potilaan kanssa sekä oikeiden kysymysten kysyminen. BDD:tä sairastava harvoin ottaa ulkonäköhuoliaan itse puheeksi. Hän ei välttämättä ymmärrä, että kyseessä on psyykinen sairaus. Silloin olisikin tärkeää, että ammattilainen ymmärtää mistä saattaa olla kyse ja kysyy kysymyksiä, jotka voivat paljastaa taustalla piilevän sairauden.

BDD:n tunnistamiseen on kehitetty monia mittareita. Opinnäytetyössä esiteltiin DSM-IV sekä uudemman DSM-5 BDD:n diagnostiset kriteerit. Lisäksi BDDQ, COPS, sekä BDD-YBOCS mittarit esiteltiin opinnäytetyössä. Työssä esiteltyjen mittareiden lisäksi on kehitetty muitakin mittareita. Esitellyt mittarit nousivat useimmiten esille ja näiden toimivuudesta on tehty tutkimuksia. Erilaisista mittareista löytyi tietoa sekä tutkimuksia vaihtelevasti. Vertailevaa tutkimustietoa mittareista ei juuri löytynyt. Mittareiden toimivuutta ja käyttöä olisi hyvä tutkia tulevaisuudessa. Mittareiden käytön yleisyydestä ei opinnäytetyötä tehdessä löytynyt tietoa.

BDD:tä epäiltäessä DSM-5 ohjaa sairauden tunnistamisessa. DSM-5 kriteereissä on esitetty tiiviisti BDD-potilaan tyypillisimmät piirteet sekä oireet. Diagnosoinnissa ei kuitenkaan voi turvautua ainoastaan DSM-5 kriteereihin, vaan olisi hyvä tehdä mahdollisia jatkotutkimuksia sekä potilaan haastattelua ja olemuksen tarkastelua.

BDD:n tunnistamiseen käytettävät mittarit ovat hyviä apuvälineitä. Tunnistamisessa olisi kuitenkin tärkeää muistaa jokaisen BDD-potilaan yksilöllisyys. Vastaajat saattavat tulkita sekä käsittää kysymyksiä eri tavoin. Lisäksi vastauksiin saattaa vaikuttaa vastaajan sen hetkinen mielentila. Vastauksiin voi myös vaikuttaa se, onko vastaaja vastaustilanteessa yksin vai jonkun henkilön seurassa.

Olisi tärkeää erottaa muut psyykkiset sairaudet BDD:stä, esimerkiksi anoreksia. Lisäksi olisi tärkeää varmistaa, ettei henkilöllä ole todellista epäkohtaa kehossaan. Mittarit voivat auttaa erottamaan BDD:n oireet normaaleista ulkonäköhuolista.

BDD on aiheena erittäin mielenkiintoinen ja se vaatii vielä paljon tutkimuksia, jotta se pystyttäisiin tunnistamaan sekä hahmottamaan oirekuvan laajuus. Suomessa aihetta ei

ole juuri tutkittu, eikä sen yleisyydestä Suomessa ole tietoa. Tämän johdosta aihetta olisikin hyvä Suomessa tutkia. Tulevaisuudessa joku voisi tarttua aiheeseen ja selvittää esimerkiksi sairauden hoitoa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että BDD on vakava mielenterveyden häiriö. Sitä sairastava henkilö uskoo kehossaan jonkin, yhden tai useamman ruumiinosan olevan viallinen tai epämuodostunut. Sairastunut kokee tästä selvästi liiallista huolta ja ahdistusta.
2. BDD:n oirekuva on erittäin laaja. Tutkimusten perusteella BDD-potilaiden yleisimpänä oireena näyttäytyvät pakonomaiset toiminnot. Muut oireet, jotka nousevat tutkimuksissa esille ovat liitännäissairaudet, ihmissuhdeongelmat, itsetuhoisuus, harhaluuloisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko, päihteiden ongelmakäyttö sekä väkivaltaisuus.
3. Pakonomainen käyttäytyminen on tyypillistä BDD-potilaille. Lähes jokaisella BDD:tä sairastavalla on jokin pakonomainen toiminto. Usein niitä esiintyy useampia. Erilaisia pakonomaisia käytösmalleja on paljon, esimerkiksi peiliin katselu, naamioituminen ja ihon nyppiminen.
4. BDD:n tunnistamisessa mittarit ovat hyviä apuvälineitä. Mittareita BDD:n tunnistamiseksi ja sen vakavuuden selvittämiseksi on useita. Mittarit tukevat sairauden tunnistamista. Tärkeintä tunnistamisessa on potilaan kuunteleminen ja hänen olemuksensa havainnointi.
5. BDD-potilaan yksilöllisyys korostuu sekä oirekuvassa että tunnistamisessa. Jokainen BDD-potilas oireilee eri tavalla ja kokee sairauden erilaisena. Sairauden tunnistamisen kannalta on tärkeää kohdata jokainen potilas yksilönä.

LÄHTEET

Anson, M., Veale, D. & de Silva, P. 2012, "Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in Body Dysmorphic Disorder", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 50, no. 12, pp. 753-760.

Anson, M., Veale, D. & Miles, S. 2015, "Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls", *Body Image*, vol. 15, pp. 132-140.

Baldock, E., Anson, M. & Veale, D. 2012, "The stopping criteria for mirror-gazing in body dysmorphic disorder", *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 51, no. 3, pp. 323-344.

Bjornsson, A.S., Didie, E.R. & Phillips, K.A. 2010, "Body dysmorphic disorder", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 12, no. 2, pp. 221-232.

Brito, M.J.d., Sabino Neto, M., Oliveira, D., F, M., Cordás, T.A., Duarte, L.S., Rosella, M.F., Felix, G.A., Ferreira, L.M., Brito, M.J.d., Sabino Neto, M., Oliveira, D., F, M., Cordás, T.A., Duarte, L.S., Rosella, M.F., Felix, G.A. & Ferreira, L.M. 2015, "Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaptation and validation", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 37, no. 4, pp. 310-316.

Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. & Wijma, K. 2013, "Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women", *Psychiatry Research*, vol. 210, no. 2, pp. 647-652.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J.M., Wilhelm, S., Brähler, E. & Rief, W. 2010, "Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey", *Psychiatry Research*, vol. 178, no. 1, pp. 171-175.

De Brito, Maria José Azevedo, Nahas, F.X., Cordás, T.A., Gama, M.G., Sucupira, E.R., Ramos, T.D., Felix, Gabriel de Almeida Arruda & Ferreira, L.M. 2016, "Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty", *Aesthetic Surgery Journal*, vol. 36, no. 3, pp. 324-332.

Didie, E.R., Loerke, E.H., Howes, S.E. & Phillips, K.A. 2012, "Severity of Interpersonal Problems in Individuals with Body Dysmorphic Disorder", *Journal of Personality Disorders*, vol. 26, no. 3, pp. 345-356.

Dziegielewska, S.F. 2014, *DSM-5 in Action*, Wiley, pp 285-286.

Grant, J.E., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. & Phillips, K.A. 2005, "Substance Use Disorders in Individuals With Body Dysmorphic Disorder", *The Journal of clinical psychiatry*, vol. 66, no. 3, pp. 309-405.

Grant, J.E., Menard, W. & Phillips, K.A. 2006, "Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder", *General hospital psychiatry*, vol. 28, no. 6, pp. 487-493.

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*, vol. 17, no. 4, pp. 205-210.

Gunstad, J. & Phillips, K.A. 2003, "Axis I Comorbidity in Body Dysmorphic Disorder", *Comprehensive psychiatry*, vol. 44, no. 4, pp. 270-276.

Hirsijärvi, S. 2009, *Tutki ja kirjoita*, Tammi, pp. 24-113.

Hunter-Yates, J., Dufresne Jr., R.G. & Phillips, K.A. 2007, "Tanning in body dysmorphic disorder", *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 56, no. 5, Supplement, pp. S109.

Huttunen Matti 2016, Ruumiinkuvahäiriöt (dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö). Viitattu: 9.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00364

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013, "Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.. eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon", *Hoitotiede*, vol. 25, no. 4, pp. 291-301.

Kelly, M.M., Simmons, R., Wang, S., Kraus, S., Donahue, J. & Phillips, K.A. 2017, "Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder", *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, vol. 12, pp. 52-57.

Kelly, M.M., Walters, C. & Phillips, K.A. 2010, "Social Anxiety and Its Relationship to Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder", *Behavior Therapy*, vol. 41, no. 2, pp. 143-153.

Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M. & Martin, A. 2012, "Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 72, no. 4, pp. 321-327.

Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D. & Serpe, R.T. 2008, "The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population", *CNS spectrums*, vol. 13, no. 4, pp. 316-322.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K & Lähdevirta, J 2003, "Laadullinen terveystutkimus –mitä mi- ten ja miksi?", *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, vol. 119 no. 7. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2003/7/duo93495>. Viitattu: 30.5.2017.

Lai, C., Lee, S., Yeh, Y. & Chen, C. 2010, "Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery", *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, vol. 26, no. 9, pp. 478-482.

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*, vol. 9, no. 1, pp. 86-92.

Mancuso, S.G., Knoesen, N.P. & Castle, D.J. 2010, "Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 51, no. 2, pp. 177-182.

Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. & Stout, R.L. 2006a, "Delusional versus non-delusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, no. 2, pp. 95-104.

Phillips, K. 2009, *Understanding Body Dysmorphic Disorder*, Oxford University press, pp. 15 - 239

Phillips, K.A. 2004, "Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness", *World Psychiatry*, vol. 3, no. 1, pp. 12-17.

Phillips, K.A., Didie, E.R., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. & Weisberg, R.B. 2006b, "Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults", *Psychiatry Research*, vol. 141, no. 3, pp. 305-314.

Phillips, K.A., Hart, A.S. & Menard, W. 2014, "Psychometric evaluation of the Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)", *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, vol. 3, no. 3, pp. 205-208.

Phillips K.A. & Hollander E. 1997, *Body dysmorphic disorder modification of the Y-BOCS (BDD-YBOCS)*. Viitattu 9.5.2017. <http://www.veale.co.uk/wp-content/uploads/2010/11/BDD-YBOCS-Adult.pdf>

- Phillips, K.A. & McElroy, S.L. 2000, "Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 41, no. 4, pp. 229-236.
- Phillips, K.A. & Menard, W. 2006, "Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study", *The American Journal of Psychiatry*, vol. 163, no. 7, pp. 1280-1282.
- Phillips, K.A., Menard, W. & Bjornsson, A.S. 2013, "Cued panic attacks in body dysmorphic disorder", *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 19, no. 3, pp. 194-203.
- Phillips, K.A., Menard, W. & Fay, C. 2006, "Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 47, no. 2, pp. 77-87.
- Phillips, K.A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J.L., Mancebo, M. & Rasmussen, S.A. 2007, "obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders", *Depression and anxiety*, vol. 24, no. 6, pp. 399-409.
- Pinto, A. & Phillips, K.A. 2005, "Social anxiety in body dysmorphic disorder", *Body Image*, vol. 2, no. 4, pp. 401-405.
- Raeuori & Keski-Rahkonen 2007, "Miesten syömishäiriöt ja tyytymättömyys lihaksistoonsa", *Lääketieteellinen Aikakauslehti Duodecim* 13/2007.
- Ramos, T.D., Brito, Maria José Azevedo de, Piccolo, M.S., Rosella, Maria Fernanda Normanha da Silva Martins, Sabino Neto, M., Ferreira, L.M., Ramos, T.D., Brito, Maria José Azevedo de, Piccolo, M.S., Rosella, Maria Fernanda Normanha da Silva Martins, Sabino Neto, M. & Ferreira, L.M. 2016, "Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery: cross-cultural validation study", *Sao Paulo Medical Journal*, vol. 134, no. 6, pp. 480-490.
- Salminen, A. 2011, "Mikä kirjallisuuskatsaus?", *Vaasan yliopisto*.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M. & Martin, A. 2015, "Classification of body dysmorphic disorder — What is the advantage of the new DSM-5 criteria?", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 78, no. 3, pp. 223-227.
- Schneider, S.C., Turner, C.M., Mond, J. & Hudson, J.L. 2016, "Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Taziki, S., Saghafi, S., Zahmatkesh, N.F., Alishahi, V. & Roshandel, G. 2015, "Body Dysmorphic Disorder, Self-esteem and Depression in Cosmetic Rhinoplasty", *European Psychiatry*, vol. 30, pp. 466.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, "Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa", Helsinki.
- Vashi, N.A. 2016, "Obsession with perfection: Body dysmorphia", *Clinics in Dermatology*, vol. 34, no. 6, pp. 788-791.
- Veale, D., Ellison, N., Werner, T.G., Dohia, R., Serfaty, M.A. & Clarke, A. 2012, "Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder", *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, vol. 65, no. 4, pp. 530-532.
- Veale, D. & Riley, S. 2001, "Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, no. 12, pp. 1381-1393.
- Windheim, K., Veale, D. & Anson, M. 2011, "Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: Effects of duration of gazing", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 49, no. 9, pp. 555-564.

Liite 1. Tutkimustaulukko

Tekijä, maa, vuosi	Tarkoitus	n	Lähestymistapa	Tulokset
Gunstad, Phillips 2003 Axis I Comorbidity in Body Dysmorphic disorder	Kartoittaa BDD-potilaiden liitännäissairauksia.	n= 293	Määrällinen	Lähes jokaisella BDD:tä sairastavalla henkilöllä on vähintään yksi liitännäissairaus. Yleisin liitännäissairaus oli masennus.
Phillips et. al. 2006 Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults	Aikuisten ja nuorten BDD-potilaiden kliiniset eroavuudet	n= 200	Määrällinen	Aikuisilla ja nuorilla oli paljon samankaltaisuuksia oirekuvassaan. Nuorilla oli kuitenkin paljon harhaluuloisempia uskomuksia itsestään. Heillä oli myös enemmän itsemurhia.
Grant et al. 2005 Substance use disorders in Individuals with body dysmorphic disorder.	Tutkia päihdeongelman ja dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön yhteyttä.	n= 176	Määrällinen	48,9 %:lla oli diagnosoitu BDD:n lisäksi alkoholi- tai huumeongelma. 42,6 %:lla oli alkoholin liikakäyttöä ja 30,1 %:lla kannabiksen ongelmakäyttöä. Tutkimukseen osallistuneista 68 % kertoi BDD:n oireiden aiheuttavan alkoholin tai huumeiden väärinkäyttöä.
Brito et al. 2015 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS): Brazilian Portuguese translation, cultural adaption and validation	Tutkimuksen tarkoituksena oli sekä validioida että testata BDD-YBOCS – testin luotettavuutta brasilian portugalin kielellä.	n= 93	Määrällinen	BDD-YBOCS on luotettava mittari mittaamaan BDD:n vakavuutta kyseisessä kulttuurissa.
Brohede et al. 2013 Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women	Tarkoituksena oli tutkia BDDQ mittarin luotettavuutta.	n= 2891	Määrällinen	BDDQ mittaria voidaan käyttää BDD:n diagnosointiin ruotsalaisessa naisväestössä.
Phillips, Menard, Bjornsson 2013 Cued panic attacks in body dysmorphic disorder	Tutkia BDD:n laukaisemia paniikkikohtauksia. Lisäksi tutkittiin paniikkikohtausten yleisyyttä ja kliinistä kuvaa.	n= 76	Määrällinen	Dysmorfiseen ruumiinkuvan häiriöön liittyy osalla sitä sairastavilla henkilöillä paniikkikohtauksia. Paniikkikohtaus alkaa useimmiten jonkin BDD oireen laukaisemana.

Pinto, Phillips. 2005 Social anxiety in body dysmorphic disorder.	Tutkia BDD potilaiden sosiaalista ahdistuneisuutta ja sen korrelaatiota BDD:n vakavuuden kanssa.	n=81	Määrällinen	Dysmorfiseen ruumiinkuvan häiriöön liittyy vahvasti sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Sosiaalisten tilanteiden pelko on yhteydessä BDD:n vakavuuden kanssa.
Phillips, Bjornsson, Didie. 2010 Body dysmorphic disorder.	Yhdistää tutkimustietoa dysmorfisesta ruumiinkuvan häiriöstä ja luoda kokonaiskuva sairaudesta.		Kirjallisuuskatsaus	BDD:n kokonaiskuva
Didie et. al. 2012 Severity of interpersonal problems in individuals with body dysmorphic disorder.	Tutkia BDD:n vaikutusta ihmissuhdeongelmiin.	n=51	Määrällinen	Ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat ovat yhteydessä dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön vakavuuden kanssa. BDD-potilailla on merkittäviä ongelmia ihmissuhteissa. He ovat etenkin sosiaalisesti pidättyneitä ja epävarmoja itsestään.
Phillips, Menard. 2006 Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study.	Tutkia BDD:n sairauden kulua ja BDD potilaiden itsetuhoisuutta.	n=185	Prospektiivinen	57,8 % oli itsetuhoista ajatella vuodessa. 2,6 % osallistuneista yritti vuodessa itsemurhaa. Osallistujista 2 teki itsemurhan tutkimuksen aikana.
Buhlmann, et. al. 2010 Updates on the prevalence of body dymorphic disorder: a population-based survey Saksa.	Kartoittaa BDD:n yleisyyttä saksalaisten keskuudessa sekä kartoittaa BDD:n luonnetta.	n=2510	Määrällinen	BDD:n yleisyys saksassa on 1,8 %. Kosmeettinen kirurgia on BDD-potilaiden keskuudessa yleisempää, samoin itsetuhoinen ajattelu ja itsemurhan yrittäminen. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimustulosten suhteen.
Lai et al. 2010 Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery.	Selvittää, kuinka yleistä BDD on kosmeettista kirurgiaa hakevien henkilöiden keskuudessa	n=817	Määrällinen	Esteettisen kirurgian preoperatiivisessa arvioissa 54 (6,6 %) potilasta täytti BDD diagnostiset kriteerit. Kosmeettista kirurgiaa saaneilta 9 potilaalta (1,2%) BDD diagnosoitiin postoperatiivisesti.
Grant, Phillips. 2005 Recognizing and treating body dysmorphic disorder.	Kartoittaa dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön kliinistä kuvaa ja BDD po-		Kirjallisuuskatsaus	BDD voi keskittyä mihin tahansa ruumiinosaan. Potilaista lähes puolet oli harhaluuloisia. BDD-potilailla esiintyy pakkotoimintoja ja heillä on pidemmät hoidot

	tilaiden tyypillisiä käyttäytymismalleja.			kuin muissa psykiatrisissa sairauksissa. Kognitiivinen käytösterapia on todettu toimivaksi hoitomuodoksi.
Grant, Menard, Phillips. 2006 Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder.	Tutkia ihon nyppimisen yleisyyttä BDD:tä sairastavien keskuudessa.	n=176	Määrällinen	Osallistuneista 44,9 % on kärsinyt ihon nyppimisestä ja 36,9 % kärsi tutkimushetkellä ihon nyppimisestä.
Brito et. al. 2016 Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty	Arvioida BDD:n esiintyvyyttä, sekä vakavuutta vatsanalueen kosmeettista kirurgiaa hakevien potilaiden keskuudesta	n= 90	Määrällinen	Yleisyys on lisääntynyt aiempiin tutkimuksiin verraten.
Taziki et. al. 2015 Body Dysmorphic Disorder, Self-esteem and Depression in Cosmetic Rhinoplasty. Iran.	Tutkia BDD:n yleisyyttä rhinoplastiapotilaiden keskuudessa. Lisäksi tutkittiin itsetunnon sekä masentuneisuuden luonnetta BDD-potilailla.	n=250	Määrällinen	BDD yleisyys oli 18 % rhinoplastiapotilaiden keskuudessa. BDD on yhteydessä merkittävästi alhaisemman itsetunnon ja korkeamman masentuneisuuden kanssa.
Anson, Veale, De Silva. 2012 Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in Body Dysmorphic Disorder	Tarkoituksena oli tutkia BDD-potilaiden sekä terveiden osallistujien huolia liittyen oman ulkonäön havainnointiin. Tarkoituksena oli myös tutkia aiheuttaako itseen kohdistuva muiden ihmisten tarkastelu ahdistuneisuutta.	n=82	Määrällinen	BDD-potilaat kokivat yhtä tärkeäksi ja ahdistavaksi heidän omat sekä muiden ihmisten havainnoinnit heidän omasta ulkonäöstään. BDD-potilaat kokivat suurta ahdistuneisuutta koskien muiden ihmisten arvostelua heidän ulkonäöstään.
Kollei et al. 2012 Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder	Tarkoituksena oli tutkia kehonkuvaa, emootioita sekä ajatusten hallintaa BDD-potilaiden,	n=96	Empiirinen	BDD-potilailla on paljon negatiivisia ajatuksia sekä psykososiaalisia ongelmia ulkonäkönsä johdosta. He käyttivät usein huonosti toimivia

compared to eating disorders and healthy controls.	anoreksiapotilaiden, bulimiatilaiden, sekä terveiden ihmisten välillä.			strategioita ajatustensa kontrollointiin.
Kelly et al. 2017 Motives to drink alcohol among individuals with body dysmorphic disorder.	Tutkia alkoholin käyttöä ja sen syitä BDD-potilaiden keskuudessa.	n=101	Määrällinen	Dysmorfiaa sairastavat juovat selviytyäkseen kehonkuvan huolista aiheutuneesta stressistä. Yleisin syy juomiselle on se, että kehonkuvan huolet aiheuttavat ahdistusta. Jotkut juovat unohtaakseen kehonkuvaan liittyvät huolet. Toiset taas juovat tunteekseen itsensä miellyttävämmäksi toisten seurassa.
Anson, Veale, Miles. 2015 Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls.	Tutkia BDD-potilaiden ulkonäön vertailua ja sen vaikutuksia.	n=80	Määrällinen	Oman ulkonäön vertaileminen on dysmorfiaa sairastavilla yleistä. Sosiaalisissa tilanteissa ollessaan BDD-potilaat käyttävät paljon aikaa oman ulkonäön vertailemiseen muihin. Tätä tapahtuu myös katsottaessa mediassa olevia kuvia. BDD-potilaat keskittyvät useimmin ahdistusta aiheuttavan alueensa vertailuun, mielummin kuin kokonaiskuvan vertailuun. He kokevat olevansa huomattavasti vähemmän viehättäviä kuin heidän vertailun kohteensa ja tuntevat huomattavasti enemmän tyytymättömyyttä ulkonäöstään.
Ramos et al. 2016 Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery: cross-cultural validation study	Tutkimuksessa selvitettiin nenäleikkaukseen hakeutuvien potilaiden keskuudesta BDD oireiden ilmenemistä.	n=80	Poikkileikkaustutkimus	46 %:lla potilaista oli BDD:n oireita.
Hunter-Yates, Dufresne, Phillips. 2007 Tanning in body dysmorphic disorder.	Tutkimuksessa selvitettiin auringon ottoa ja sen syitä BDD-potilaiden keskuudessa.	n=11	Laadullinen	Auringon ottoa käytettiin epäkohdan peittelyyn tai sen parantamiseen. Yleisin epäkohta oli iho, joka kuviteltiin liian vaaleaksi. Lievää aknea, tai aknearpia yritettiin peitellä auringon otton avulla.

Phillips, McElroy. 2000 Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder.	Selvittää persoonallisuushäiriöiden yleisyyttä BDD-potilailla.	n=148	Määrällinen	57 %:lla BDD:tä sairastavilla oli yksi tai useampi persoonallisuushäiriö. Välttelevä persoonallisuus oli näistä yleisin. Riippuvainen, pakko-oireinen häiriö, sekä harhaluuloinen persoonallisuus olivat tämän jälkeen yleisimmät persoonallisuushäiriöt BDD-potilailla.
Kelly, Walters, Phillips. 2010 Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder.	Tutkia BDD:stä johtuvaa sosiaalista ahdistuneisuutta ja sen merkitystä toimintakykyyn.	n=200	Määrällinen	62 % BDD:tä sairastavista oli merkittävää sosiaalista ahdistuneisuutta. Sosiaalinen ahdistuneisuus on useimmiten riippuvainen ulkonäöllisistä huolista. BDD:stä johtuva sosiaalinen ahdistuneisuus liittyy toimintakyvyn heikkenemiseen.
Windheim, Veale, Anson. 2011 Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: Effects of duration of gazing.	Tutkia peilaamisen keston vaikutuksia BDD-potilaisiin sekä terveeseen kontrolliryhmään.	n=50	Määrällinen	Molemmat ryhmät kokivat stressiä peiliin katsomisen jälkeen. Terve kontrolliryhmä koki enemmän stressiä peilatessaan pitkään, verrattuna nopeaan peilaamiseen. BDD ryhmä koki stressiä aina peilatessaan. BDD-potilailla ei peilaamisen kestolla ollut merkitystä stressitasoihin nähden.
Baldock, Anson, Veale 2012 The stopping criteria for mirror gazing in body dysmorphic disorder.	Tutkia peilaamisen syitä BDD-potilailla.	n=39	Laadullinen	BDD-potilailla peilaamiseen liittyi merkittävästi enemmän sisäiset syyt verrattuna kontrolliryhmään. BDD-potilaat halusivat peilaamisen avulla tuntea itsensä ”oikeanlaisiksi”. BDD-potilaat lopettavat peilaamisen yleensä stressin, turhautumisen tai ajan rajallisuuden vuoksi.
Lambrou, Veale, Wilson. 2012 Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training.	Tutkia ulkonäköön liittyviä huolia BDD-potilailla, esteettisen koulutuksen/ työn omaavilla kontrolliryhmäläisillä, sekä ei esteettistä koulutusta	n=150	Määrällinen	Kaikilla osallistujilla oli ainakin yksi ulkonäköön liittyvä huoli. BDD-potilaat erosivat kontrolliryhmistä siinä, että he kuvailivat huolta aiheuttavaa piirrettä julmemmin ja tunteisiin vetoavammin. Lisäksi BDD-potilaat tekivät huomattavasti useammin ulkonäkönsä kohdistuvia toimintoja ja kokivat niistä

	omaavilla kontrolliryhmäläisillä.			enemmän stressiä kuin kontrolliryhmäläiset.
Veale, Riley. 2001 Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder.	Selvittää laajasti BDD:hen liittyvää peiliin katselua	n=52	Määrällinen	BDD-potilailla oli paljon enemmän syitä peiliin katselulle kuin kontrolliryhmällä. BDD-potilaat olivat taipuvaisia jumiutumaan peilin eteen.
Phillips et al. 2007 Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders.	Vertailla pakko-oireistahäiriötä dysmorfieen ruumiinkuvan häiriöön sekä tutkia näiden välistä suhdetta	OCD n=210 , BDD n=45, OCD/ BDD n=40	Määrällinen	Sairauksissa on paljon samankaltaisuuksia.
Schieber et al. 2015 Classification of body dysmorphic disorder- What is the advantage of the new DSM-5 criteria?	Tutkimuksessa selvitettiin uuden DSM-5 mittarin eroavaisuuksia DSM-IV mittariin BDD:n esiintyvyyden suhteen.	n=212 9	Määrällinen	DSM-5 ja DSM-IV mittareilla on vahva yhteys. Mittareiden eroavaisuus esiintyvyyden suhteen oli 0,3 %. DSM-5 mittarilla BDD:n yleisyys saksalaisväestössä oli 2,9% kun taas DSM-IV mittarilla esiintyvyys oli 3,2%.
Mancuso, Knoesen & Castle. 2010 Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder. Australia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää harhaluuloisen sekä ei-harhaluuloisen BDD:n eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia.	n=65	Määrällinen	Harhaluuloiset sekä eri-harhaluuloiset eivät useimmissa tekijöissä eronneet keskenään. Harhaluuloisilla potilailla oli kuitenkin merkittävästi vakavammat BDD:n oireet. Lisäksi heillä oli enemmän sosiaalista ahdistuneisuutta ja vakavampia masennuksen oireita. Tutkimus tukee ajatusta, että harhaluuloisella ja ei-harhaluuloisella BDD:n oirekuvalla on enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia.
Phillips et al. 2006 Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness.	Tarkoituksena oli verrata harhaluuloisen ja ei-harhaluuloisen BDD:n eroja ja samankaltaisuuksia.	n=191	Määrällinen	Tutkimuksen löydökset osoittavat, että BDD:n harhaluuloisella ja ei-harhaluuloisella oirekuvalla on enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia.

Koran et al. 2008	Tutkia BDD:n yleisyyttä Yhdysvalloissa	n=2048	Määrällinen	BDD:n yleisyys oli 2,4 %
The prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population				
Phillips, Hart & Menard 2014	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia BDD-YBOCS –mittarin luotettavuutta.	n=200	Prospekttiivinen	BDD-YBOCS –mittari on tämän tutkimuksen mukaan validi ja luotettava.
Psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)				
Veale et al. 2012	Kehittää BDD:n seulontaan tarkoitettu kysely, joka on, jonka voi ladata ilmaiseksi ja millä oystytään tunnistamaan BDD:tä sairastavat ihmiset.	n=108	Määrällinen	Tutkimuksen avulla saatiin kehitettyä luotettava, yhdeksän osainen seulontaan tarkoitettu kysely (COPS).
Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder				
Phillips, Menard & Fay 2006	Selvittää sukupuolten välisiä eroja BDD:n suhteen.	n=200	Määrällinen	Eroavaisuuksia ilmeni vähemmän kuin samankaltaisuuksia. Kuitenkin oireilu sekä ahdistusta aiheuttava kehonosa vaihtelee sukupuolten välillä.
Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder				
Schneider et al. 2016	Selvittää BDD:n yleisyyttä 12-18 Australialaisten nuorten keskuudessa.	n=3149	Määrällinen	BDD:n yleisyys Australialaisten nuorten keskuudessa oli 1,7 %.
Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents				

Liite 2. BDD-YBOCS -mittari.

BODY DYSMORPHIC DISORDER MODIFICATION OF THE Y-BOCS (BDD-YBOCS)®

(Adult version)

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

**1. TIME OCCUPIED BY THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much of your time is occupied by THOUGHTS about a defect or flaw in your appearance [list body parts of concern]?

- 0 = None
 1 = Mild (less than 1 hr/day)
 2 = Moderate (1-3 hrs/day)
 3 = Severe (greater than 3 and up to 8 hrs/day)
 4 = Extreme (greater than 8 hrs/day)

**2. INTERFERENCE DUE TO THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much do your THOUGHTS about your body defect(s) interfere with your social or work (role) functioning? (Is there anything you aren't doing or can't do because of them?)

- 0 = None
 1 = Mild, slight interference with social, occupational, or role activities, but overall performance not impaired.
 2 = Moderate, definite interference with social, occupational, or role performance, but still manageable.
 3 = Severe, causes substantial impairment in social, occupational, or role performance
 4 = Extreme, incapacitating.

- Y/N Spending time with friends
 Y/N Dating
 Y/N Attending social functions
 Y/N Doing things w/family in and outside of home
 Y/N Going to school/work each day
 Y/N Being on time for or missing school/work
 Y/N Focusing at school/work
 Y/N Productivity at school/work
 Y/N Doing homework or maintaining grades
 Y/N Daily activities

**3. DISTRESS ASSOCIATED WITH THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much distress do your THOUGHTS about your body defect(s) cause you?

- 0 = None
 1 = Mild, not too disturbing.
 2 = Moderate, disturbing.
 3 = Severe, very disturbing.
 4 = Extreme, disabling distress.

Rate "disturbing" feelings or anxiety that seem to be triggered by these thoughts, not general anxiety or anxiety associated with other symptoms.

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

4. RESISTANCE AGAINST THOUGHTS OF BODY DEFECT

How much of an effort do you make to resist these THOUGHTS?
How often do you try to disregard them or turn your attention away from these thoughts as they enter your mind?

Only rate effort made to resist, NOT success or failure in actually controlling the thoughts. How much patient resists the thoughts may or may not correlate with ability to control them.

- 0 = Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
1 = Tries to resist most of time.
2 = Makes some effort to resist.
3 = Yields to all such thoughts without attempting to control them but yields with some reluctance.
4 = Completely and willingly yields to all such thoughts.

5. DEGREE OF CONTROL OVER THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

How much control do you have over your THOUGHTS about your body defect(s)?
How successful are you in stopping or diverting these thoughts?

- 0 = Complete control, or no need for control because thoughts are so minimal.
1 = Much control, usually able to stop or divert these thoughts with some effort and concentration.
2 = Moderate control, sometimes able to stop or divert these thoughts.
3 = Little control, rarely successful in stopping thoughts, can only divert attention with difficulty.
4 = No control, experienced as completely involuntary, rarely able to even momentarily divert attention.

6. TIME SPENT IN ACTIVITIES RELATED TO BODY DEFECT

The next several questions are about the activities/ behaviors you do in relation to your body defects.

Read list of activities below to determine which ones the patient engages in.

How much time do you spend in ACTIVITIES related to your concern over your appearance [read activities patient engages in]?

- 0 = None
1 = Mild (spends less than 1 hr/day)
2 = Moderate (1-3 hrs/day)
3 = Severe (spends more than 3 and up to 8 hours/day)
4 = Extreme (spends more than 8 hrs/day in these activities)

Read list of activities (check all that apply)

- Checking mirrors/other surfaces
 Grooming activities
 Applying makeup
 Excessive Exercise (time beyond 1 hr. a day)
 Camouflaging with clothing/other cover
 (rate time spent selecting/changing clothes,
 not time wearing them)
 Scrutinizing others' appearance (comparing)
 Questioning others about/discussing your
 appearance
 Picking at skin
 Other _____

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

**7. INTERFERENCE DUE TO ACTIVITIES
RELATED TO BODY DEFECT**

overall
 How much do these ACTIVITIES
 interfere with your social or work
 (role) functioning? (Is there any-
 performance,
 thing you don't do because of them?)

- 0 = None
 1 = Mild, slight interference with social,
 occupational, or role activities, but
 performance not impaired.
 2 = Moderate, definite interference with
 social, occupational, or role
 but still manageable.
 3 = Severe, causes substantial impairment in
 social, occupational, or role performance.
 4 = Extreme, incapacitating.

**8. DISTRESS ASSOCIATED WITH ACTIVITIES
RELATED TO BODY DEFECT**

How would you feel if you were prevented
 from performing these ACTIVITIES?
 How anxious would you become?

*Rate degree of distress/frustration patient would
 experience if performance of the activities were
 suddenly interrupted.*

- 0 = None
 1 = Mild, only slightly anxious if behavior
 prevented.
 2 = Moderate, reports that anxiety would mount
 but remain manageable if behavior is prevented.
 3 = Severe, prominent and very disturbing increase
 in anxiety if behavior is interrupted.
 4 = Extreme, incapacitating anxiety from any
 intervention aimed at modifying activity.

9. RESISTANCE AGAINST COMPULSIONS

How much of an effort do you make to
 resist these ACTIVITIES?

Only rate effort made to resist, NOT success

- 0 = Makes an effort to always resist, or symptoms
 so minimal doesn't need to actively resist.
 1 = Tries to resist most of the time.
 2 = Makes some effort to resist.
 3 = Yields to almost all of these behaviors without
 attempting to control them, but does so with

*or failure in actually controlling the activities.
How much the patient resists these
behaviors may or may not correlate with
his/her ability to control them.*

some reluctance.
4 = Completely and willingly yields to all
behaviors related to body defect.

10. **DEGREE OF CONTROL OVER COMPULSIVE
BEHAVIOR**

How strong is the drive to perform
these behaviors?
How much control do you have over them?

0 = Complete control, or control is
unnecessary because symptoms are mild.
1 = Much control, experiences pressure to
perform the behavior, but usually able to
exercise voluntary control over it.
2 = Moderate control, strong pressure to
perform behavior, can control it only with
difficulty.
3 = Little control, very strong drive to perform
behavior, must be carried to completion,
can delay only with difficulty.
4 = No control, drive to perform behavior
experienced as completely involuntary
and overpowering, rarely able to even
momentarily delay activity.

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

11. INSIGHT

Is it possible that your defect might be less noticeable or less unattractive than you think it is?

How convinced are you that [fill in body part] is as unattractive as you think it is?

Can anyone convince you that it doesn't look so bad?

- 0 = Excellent insight, fully rational.
 1 = Good insight. Readily acknowledges absurdity of thoughts (but doesn't seem completely convinced that there isn't something besides anxiety to be concerned about).
 2 = Fair insight. Reluctantly admits that thoughts seem unreasonable but wavers.
 3 = Poor insight. Maintains that thoughts are not unreasonable.
 4 = Lacks insight, delusional. Definitely convinced that concerns are reasonable, unresponsive to contrary evidence.
-

12. AVOIDANCE

Have you been avoiding doing anything, going any place, or being with anyone because of your thoughts or behaviors related to your body defects?

If YES, then ask: What do you avoid?

Rate degree to which patient deliberately tries to avoid things such as social interactions or work-related activities. Do not include avoidance of mirrors or avoidance of compulsive behaviors.

- 0 = No deliberate avoidance.
 1 = Mild, minimal avoidance.
 2 = Moderate, some avoidance clearly present.
 3 = Severe, much avoidance; avoidance prominent.
 4 = Extreme, very extensive avoidance; patient avoids almost all activities.

Brackets [] indicate material that should be read. Brackets are also used to indicate a pause.

Parentheses () indicate optional material that may be read.

Italicized items are instructions to the interviewer.

Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:17-22.