

## Interesting topic

### เรื่อง Overview of Body Dysmorphic Disorder

วันอังคารที่ 12 เมษายน 2548 เวลา 13.30-15.00 น.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศ.พญ. นงพงา ลิ้มสุวรรณ ประธาน

พญ.สุวิมล เหลืองदानสกุล ผู้นำเสนอ

#### Introduction

Body dysmorphic disorder (BDD) เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้สุขภาพจิตแย่ลง โดยมีอาการย้ำคิด หมกมุ่นเกี่ยวกับรูปลักษณ์ที่ผู้ป่วยจินตนาการว่ามีความบกพร่อง หรือมีตำหนิ ทั้งที่ความจริงแล้วปกติ ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน ครอบครัว สังคม และอาจเป็นมากถึงกับฆ่าตัวตายได้ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่มาพบจิตแพทย์โดยตรง แต่ถ้ามาก็มักมาด้วยอาการ ซึมเศร้า, social anxiety และเนื่องจากเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย ทำให้ความตระหนักถึงโรคนี้ค่อนข้างน้อยทั้งในชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์เอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องหรือถึงแม้จะวินิจฉัยได้ ก็อาจจะได้รับการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพเพียงพอ เนื่องจากประสบการณ์ของผู้รักษาที่มีน้อย หรือ ขาด effective treatment model

#### Definition

Body dysmorphic disorder คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของร่างกายบางส่วนที่เขารับรู้ไปเองว่ามีข้อบกพร่อง น่าเกลียด ทั้งที่จริงๆ แล้วก็ดูปกติ หรือใกล้เคียงปกติ หรือมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยแต่ ผู้ป่วยมีความกังวลเป็นอย่างมาก ไม่สมเหตุสมผล และผู้ป่วยเชื่อมั่นมากว่าเขามีความผิดปกตินั้นจริง และกลัวว่าจะทำให้ไม่เป็นที่สนใจ หรือเป็นที่เกลียดชัง และความคิดนี้ก็ไม่ดีขึ้นโดยการพูดยืนยันถึงความปกติ หรือคำชม ความคิดหมกมุ่นนี้ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลานานๆ ในการทำพฤติกรรมซ้ำๆ เช่นส่องกระจก การเสาะหาคำยืนยัน การเปรียบเทียบ การแต่งตัวแต่งหน้ามาก , มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เช่นจากสังคม กระจก แสงสว่าง , ความมั่นใจในตัวเองลดลงอย่างมาก และ ผลที่เกิดขึ้นคือ ทำให้เกิดความบกพร่องในการเข้าสังคม หน้าที่การทำงาน ครอบครัว หรือ เกิดความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก

#### History

ได้มีการกล่าวถึง BDD เป็นเวลากว่า 100 ปีมาแล้ว โดยเฉพาะในยุโรป ญี่ปุ่น รัสเซีย โดยใช้ชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ส่วนสหรัฐอเมริกาให้ความสนใจภายหลัง

Emil Kraepelin ใช้ชื่อว่า Compulsive neurosis

Pierre Janet ใช้ชื่อว่า Obsession of shame of the body (Obsession de la honte fu corps)

Freud มีผู้ป่วยชื่อ Wolf-Man ซึ่งมีความกังวลเกี่ยวกับจมูก

Morselli จิตแพทย์ชาวอิตาลี ตั้งชื่อว่า dysmorphophobia ในปี 1886 ต่อมาสหรัฐอเมริกา ได้จัดชื่อนี้เข้า DSM-III เป็นครั้งแรก ในปี 1980 และจัดอยู่ในกลุ่มของ atypical somatoform disorder โดยก่อนหน้านี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม monosymptomatic hypochondriasis เช่นเดียวกับ Delusions of parasitosis และ Delusions of bromosis (หลงผิดว่าตัวเองส่งกลิ่นน่ารังเกียจ) แต่ต่อมาทั้งสองโรคนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม psychosis

ใน DSM-III-R เรียกโรคนี้ว่า nondelusional somatoform disorder เนื่องจากคำว่า Dysmorphophobia นั้นไม่เข้ากับกลุ่ม phobia ซึ่งจะมีรูปแบบพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงเพราะความกลัว ต่อมาใน DSM-IV จึงเปลี่ยนเป็น BDD

## Epidemiology

ข้อมูลเกี่ยวกับ BDD ค่อนข้างน้อยเนื่องจากผู้ป่วยมักจะไปพบแพทย์แผนกอื่นมากกว่า ทำให้ prevalence ที่ถูกต้องของโรคนี้ในประชากรทั่วไปยังไม่มี

Michael W. Otto et al. พบ point prevalence of BDD ประมาณ 0.7 % ใน community sample ของผู้หญิงอายุ 36-44 ปี และคิดว่า point prevalence ในผู้หญิงที่อายุน้อยน่าจะสูงกว่านี้ และการศึกษานี้ก็ไม่ได้ศึกษาในผู้ชาย

Faravelli C. et al พบว่าความชุกของ BDD ในชุมชน ประมาณ 0.7 %

การศึกษาหนึ่งในอิตาลี พบความชุกของ BDD ใน 1 ปี ประมาณ 1 %

พบมี 2% ของผู้ป่วยที่ไปทำศัลยกรรมความงามเป็น BDD

และพบ 12% ของผู้ป่วยที่ dermatology clinic เป็น BDD (USA)

อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น BDD คือประมาณ 30 ปี และมักจะค่อยๆ เริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้แต่งงาน หรือหย่าร้าง ไม่มีงานทำ มักเกิดร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า

## Etiology

สาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ยังไม่ทราบ และปัจจัยที่คิดว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคมียังมีดังนี้

- Genetic predisposition
- ความผิดปกติของระบบ serotonin เนื่องจากมีรายงานว่าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อการรักษาด้วย SSRIs

- ลักษณะนิสัยขี้อาย, perfectionism หรือพื้นฐานอารมณ์ที่ชีวิตกังวล ซึ่งก็อาจเป็นจากกรรมพันธุ์ส่วนหนึ่ง
- มีประวัติครอบครัวเป็น Mood disorder, OCD, substance abuse
- วัฒนธรรมและสังคมที่มีการเน้นย้ำถึงเรื่องความสวยงาม
- ความทุกข์ยากในวัยเด็ก เช่น ถูกล้อเลียน รังแก ต่ำว่า (ทั้งเรื่องรูปลักษณ์และความสามารถ) ความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่ดี ขาดการให้กำลังใจในครอบครัว, sexual abuse
- เป็นคนอ่อนไหวง่ายในเรื่องความสวยงามเมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ คือ ให้ความสำคัญของความเป็นตัวตนขึ้นอยู่กับรูปลักษณ์
- ประวัติของโรคทางผิวหนังหรือโรคทางกายอื่นที่ทำให้เกิดความอาย เช่น เป็นสิ่วตอนวัยรุ่น
- บุคลิกภาพแบบ ย้ำคิดย้ำทำ ร่วมกับหลีกเลี่ยง
- อาชีพหรือการศึกษาเกี่ยวกับศิลปะหรือการออกแบบ
- Triggered by Medical illness โดย Vilma Gabbay et al พบผู้ป่วย 2 รายที่เป็น BDD ตามหลังโรคทางกาย โดยเชื่อว่าเกิดจากการมี inflammatory process แล้วไปกระตุ้น cytokines ซึ่งไปมีผลต่อระบบ serotonin
- Psychodynamic model อธิบายว่า BDD เกิดจากการ displace ของ sexual or emotional conflict ไปยังส่วนของร่างกายที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยใช้กลไกทางจิตคือ repression, dissociation, distortion, symbolization และ projection

## Diagnosis and clinical features

### DSM-IV-TR Diagnostic Criteria for Body Dysmorphic Disorder

- A. Preoccupation with an imagined defect in appearance. If a slight physical anomaly is present, the person's concern is markedly excessive.
- B. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- C. The preoccupation is not better accounted for by another mental disorder (e.g., dissatisfaction with body shape and size in anorexia nervosa)

## Clinical features

ส่วนของร่างกายที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดคือใบหน้า โดยจะสนใจเฉพาะส่วน เช่น จมูก คาง ที่กังวลรองลงมาคือ ผม หน้าอก อวัยวะเพศ และความคิดหมกมุ่นนี้ก็อาจเกิดกับหลายส่วน

พร้อมกันได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 4 ส่วนของร่างกายในช่วงการดำเนินโรคครั้งหนึ่ง และอาการก็มักจะขึ้นๆ ลงๆ

ในเด็กอาจแสดงอาการโดยไม่ยอมไปโรงเรียน ในวัยรุ่นมักได้ประวัติว่ามีเพื่อนน้อย เก็บตัว อาการที่มักเกิดร่วมด้วยคือ idea of reference คือผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนสังเกตเห็นส่วนของร่างกายที่ผู้ป่วยคิดว่ามีตำหนิอยู่และจะมองผู้ป่วยในแง่ไม่ดี หรือ ตลกขบขัน มีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น ส่งกระจกเป็นเวลานานๆ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และพยายามปิดบังส่วนที่คิดว่าผิดปกติ โดยการแต่งหน้ามาก ใช้เสื้อผ้าอำพราง นอกจากนี้ยังมีอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่เข้าสังคม ความมั่นใจในตัวเองต่ำ และผู้ป่วยมักใช้เหล้าหรือสารเสพติด เพื่อช่วยลดความรู้สึกนี้ หรือทำกิจกรรมความงามโดยไม่จำเป็น จนถึงมีการพยายามฆ่าตัวตาย โดยที่ตัวผู้ป่วยเองไม่คิดว่าตัวเองมีความผิดปกติ สถานที่ที่ผู้ป่วยจะไปรับการรักษาคือ mood disorder clinic, plastic surgery clinic, dermatology clinic

Phillips et al พบว่า คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย BDD แย่กว่าโรคซึมเศร้า เบาหวาน และ Bipolar disorder

อาการในผู้ชายจะต่างไปคือต้องการตัวโตขึ้น(bulk up) หรือมีกล้ามเนื้อที่ใหญ่ขึ้นเรียกว่า Muscle Dysmorphia ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของ BDD โดยจะมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความต้องการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ รู้สึกว่าตัวเองรูปร่างเล็ก ทั้งที่จริงๆแล้วไม่ได้เป็นแบบนั้น

Roberto Olivardia et al ศึกษาในชายยกน้ำหนักที่เป็น muscle dysmorphia เปรียบเทียบกับที่ไม่ได้เป็น พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนใน body dissatisfaction, eating attitudes, prevalence of anabolic steroid use, Lifetime prevalence of DSM-IV mood, anxiety and eating disorder

Pasman & Thomson ได้ทำการวัด body image และ eating disturbance ในชายและหญิงที่เป็นนักยก น้ำหนัก นักวิ่ง และคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย พบว่า ผู้ชายที่เป็นนักยกน้ำหนัก และนักวิ่ง มี score ของความต้องการผอม, bulimia, body dissatisfaction, score of the Eating Disorder Intervention สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลของความกังวลนี้ส่งผลทำให้รู้สึกอาย เสียหน้าที่การงานและการเข้าสังคม หลีกเลี่ยงสถานที่ที่อาจจะเห็นรูปร่างเช่น สระว่ายน้ำ ชายหาด และมีการออกกำลังกายอย่างมาก

Grant & Won Kim ได้สัมภาษณ์คนไข้จิตเวช 122 คน โดยประกอบด้วย ผู้ใหญ่ 101 คน เด็ก 21 คน พบว่ามี 16 คน (13.1 %) วินิจฉัยว่าเป็น BDD โดยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน โดยจิตแพทย์ที่รักษาเขาอยู่ แต่วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือ substance abuse ซึ่งทั้ง 16 คนนี้ บอกว่าเขาจะไม่พูดเรื่องนี้ขึ้นมาก่อน จนกว่าจะมีคำถามที่เจาะจง เนื่องจากรู้สึกอาย หรือกลัวจะถูกว่าไร้สาระ

Otto พบว่ามีการประเมินที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในการวินิจฉัย BDD

ตามที่กล่าวข้างต้นว่าผู้ป่วยมักไม่มาพบจิตแพทย์ แต่มักมาด้วยแพทย์แผนกอื่นส่งปรึกษา มาญาติหรือเพื่อนพามา หรือถ้ามาพบจิตแพทย์ด้วยตนเองก็มักมาด้วยอาการซึมเศร้า วิตกกังวลใน

การเข้าสังคมมากกว่า โดยมักจะเก็บซ่อนอาการของ BDD ไว้เนื่องจากกลัวจะถูกมองว่าไร้สาระ หรือลุ่มหลงตัวเอง ซึ่งอาจทำให้เราพลาดในการวินิจฉัยได้ จึงควรมีคำถามคัดกรองสำหรับการวินิจฉัย BDD ดังนี้คือ

1. คุณเคยคิดมากเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของคุณหรือไม่ ส่วนไหนของร่างกายที่คุณไม่ชอบ คุณรู้สึกว่าส่วนนั้นทำให้ดูน่าเกลียด ไม่มีใครคบหรือไม่
2. คุณคิดว่าส่วนนั้นที่ไม่ชอบสามารถมองเห็นได้ชัดเจนกว่าคนอื่น ๆ อย่างไร
3. ในแต่ละวันคุณใช้เวลาที่ชั่วโมงในการคิดเกี่ยวกับส่วนนั้น
4. ส่วนนั้นเป็นสาเหตุทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่
5. คุณตรวจสอบส่วนนั้นวันละกี่ครั้ง(รวมการส่องกระจกหรืออะไรก็ได้ที่สะท้อนภาพ หรือการสัมผัสด้วยนิ้วมือ)
6. คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับส่วนนั้นในการเข้าสังคมบ่อยแค่ไหน มันส่งผลให้คุณต้องคอยหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมหรือไม่
7. ส่วนนั้นมีผลต่อการนัดเดทหรือมีผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือไม่
8. ส่วนนั้นขัดขวางความสามารถในการทำงาน การเรียน หรือหน้าที่หรือไม่

### Co-morbidity

BDD มักเกิดร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งที่พบบ่อยคือ

- Depressive disorder เป็นโรคที่เกิดร่วมด้วยบ่อยที่สุด โดยมี current rate 60%, lifetime rate 80%
  - Anxiety disorder เป็นโรคที่พบร่วมรองลงมา
  - Psychotic disorder ได้แก่ Schizophrenia
  - Social phobia
  - OCD โดยผู้ป่วยที่เป็น BDD จะมีลักษณะอาการของโรค OCD ไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วย OCD ที่มี BDD จะมีอาการ anxious, impulsive, schizotypal feature มากกว่าผู้ป่วยที่เป็น OCD อย่างเดียว
  - Personality disorder ได้แก่ obsessive-compulsive, narcissistic, paranoid, avoidance
  - พบผู้ป่วยกลุ่มนี้มี suicidal attempt 24%
- และภาวะต่างๆ เหล่านี้เราควรวินิจฉัยให้ด้ร่วมด้วย

### Differential diagnosis

1. ภาวะปกติในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นมักจะมีควมวิตกกังวลต่อข้อบกพร่องเล็กน้อยๆ ของรูปลักษณ์ตัวเองเป็นปกติอยู่แล้ว เช่น เป็นสิว แต่ความกังวลนี้ไม่ส่งผลต่อการทำงาน การเรียน หรือการเข้าสังคม

2. Mood disorder โดยอาจจะมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับบางส่วนของร่างกายว่ามีความบกพร่องได้ แต่โรคนี้จะมีอาการทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัด
3. Narcissistic personality disorder โดยคนกลุ่มนี้จะมีความสนใจเกี่ยวกับรูปลักษณ์โดยรวมของเขามาอย่างต่อเนื่องแต่อาการนี้มีค่อนข้างน้อย ไม่เด่นชัด ร่วมกับประวัติเข้ากับคนอื่นได้ยาก
4. Avoidance personality disorder ผู้ป่วยอาจกล่าวถึงข้อบกพร่องของรูปร่างตัวเองอย่างเกินจริง แต่อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นอาการสำคัญของโรค
5. Anorexia nervosa จะมีความคิดหมกมุ่นที่เกี่ยวกับความกลัวอ้วน มีการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างผิดไปจากความเป็นจริง หรือมีภาวะขาดอาหาร
6. Obsessive-compulsive disorder จะไม่วินิจฉัยโรคนี้ถ้าอาการย้ำคิดนั้นมีเฉพาะเรื่องรูปลักษณ์เท่านั้นและ insight ของผู้ป่วย BDD จะแย่กว่าผู้ป่วย OCD อย่างมาก
7. Delusional disorder, somatic type แยกกันค่อนข้างยาก แต่ภาวะนี้จะมีความคิดที่รุนแรง และยึดมั่นมากกว่า (intensity ส่วน BDD จะเป็น strongly held idea)
8. Gender identity disorder ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าเพศของเขาที่เป็นมาตั้งแต่เกิดนั้นไม่ถูกต้อง
9. Schizophrenia โดยอาจมีอาการในช่วงแรกเป็นแบบกำเริบเกี่ยวกับส่วนของร่างกายได้ร่วมกับมีอาการของ psychosis ร่วมด้วย

### Course and prognosis

อาการของโรคจะค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มเป็นตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และระดับของความกังวลก็จะขึ้นๆลงๆ อยู่ตลอด ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อเป็นมานานประมาณ 10-15 ปีแล้ว

การรักษาด้วยการผ่าตัดเสริมความงามมักไม่ช่วยลดความคิดกังวลหมกมุ่น อาการไม่ดีขึ้นหรืออาจเป็นมากกว่าเดิม ส่วนDermatology and Dental treatment นั้นผลการรักษา也不好เช่นกัน การรักษาที่แนะนำคือการใช้าร่วมกับการทำ cognitive behavioral therapy แต่ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีนี้เนื่องจากมักไม่ยอมรับความผิดปกติของตน

### Treatment

- Cosmetic surgery

การที่ผู้ป่วยตัดสินรูปลักษณ์ของตัวเองในทางลบ ไม่ชอบตัวตนภายในของตนเอง และความกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคม เป็นแรงขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเปลี่ยนรูปลักษณ์ โดยการแต่งหน้า รักษาที่คลินิกผิวหนัง คลินิกเสริมความงาม และทำศัลยกรรมทั้งทางด้าน cosmetic, ENT, dental ถึงแม้ว่ารูปลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป แต่พวกเขาไม่เปลี่ยนรูปลักษณ์อุดมคติภายในจิตใจ จึงทำให้เกิดความผิดหวังและซึมเศร้าที่เขาไม่สามารถมีรูปลักษณ์เหมือนกับอุดมคติได้ ทำ

ให้โกรธตัวเองหรือแพทย์ที่เขาไปพบ ที่ทำให้เขาดูแย่ลง บางรายอาจฟ้องร้องแพทย์ว่า malpractice ก็ได้ และทำให้ผู้ป่วยยิ่งส่องกระจกมากขึ้นและต้องการทำผ่าตัดอีกครั้ง หรือ กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นการผ่าตัดเสริมความงามนี้จึงไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษา BDD เนื่องจากอาการจะยังคงเดิมหรือแย่ลงหลังทำผ่าตัด และพบว่า 50% หลังจากทำผ่าตัดแล้วผู้ป่วย พอใจกับผลการผ่าตัด แต่จะเปลี่ยนไปกังวลกับ ร่างกายส่วนอื่นแทน ซึ่งอาการของ BDD ก็ยังคงมีต่อไป

ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องการทำนั้นมีหลากหลาย เช่น rhytidectomy(face-lift), rhinoplasty, mammoplasty, pinnoplasty ซึ่งแต่ละวิธีมีผลต่อระดับความพอใจและอัตราการหาย แตกต่างกัน ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลของการผ่าตัดแต่ละวิธีต่อระดับความพอใจ ความคิดหมกมุ่น และ handicap

Table 1. Ratings of satisfaction, preoccupation and handicap for each type of operation				
Operation	n	Satisfaction, range 0–10, mean (s.d.)	Preoccupation, range 1–7, mean (s.d.)	Handicap, range 1–7, mean (s.d.)
All operations	46	3.5 (3.0)	4.4 (1.7)	4.1 (1.67)
Rhinoplasty	22	2.9 (2.7)	4.4 (1.4)	4.5 (1.5)
Rhytidectomy (face-lift)	4	6.0 (3.6)	3.7 (2.5)	4.0 (2.0)
Mammoplasty augmentation	3	6.3 (3.5)	3.7 (2.3)	2.0 (1.0)
Mammoplasty reduction	1	8.0	4.0	2.0
Blepharoplasty (eye-lid)	2	3.7 (1.2)	5.5 (0.7)	5.0 (1.4)
Pinnoplasty (pinning of ears)	4	5.3 (3.8)	2.0 (1.4)	2.0 (1.4)
Abdominoplasty (tummy-tuck)	1	2.0	3.0	4.0
Chemical peel (to face)	1	2.0	3.0	3.0
Laser resurfacing (to face)	1	2.0	3.0	4.0
Mentoplasty augmentation (chin implant)	1	6.0	3.0	3.0
Collagen injection to lips	1	0.0	7.0	7.0
Cosmetic diathermy to skin	1	0.0	7.0	7.0
Electrocautery to thread veins	1	1.0	4.0	4.0
Hair transplant	1	0.0	7.0	6.0
Removal of mole on face	1	2.0	N/A	N/A
Removal of thread veins by sclerotherapy	1	2.0	3.0	4.0

จากตารางจะเห็นว่า mammoplasty, rhytidectomy, และ pinnoplasty ,มีผลทำให้ระดับความพอใจ อยู่ในระดับสูง ส่วน mammoplasty และ pinnoplasty ช่วยลดความคิดกังวลหมกมุ่นและ handicap แต่ rhinoplasty ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยที่สุด ผู้ป่วยกลับมีความพอใจอยู่ในระดับต่ำ และทำให้มีความคิดกังวลหมกมุ่นและ handicap เพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2 แสดงผลของความพอใจหลังการผ่าตัดซ้ำ

Operation	n	Satisfaction, range 0–10, mean (s.d.)	Preoccupation, range 1–7, mean (s.d.)	Handicap, range 1–7, mean (s.d.)
First	25	3.9 (3.3)	4.4 (1.5)	4.1 (1.5)
Second	15	2.8 (2.5)	4.5 (2.0)	4.2 (1.9)
Third	5	2.8 (1.9)	4.7 (1.3)	4.5 (1.7)

จากตารางที่ 2 ที่แสดงผลการผ่าตัดครั้งที่ 1, 2, 3 ต่อความรู้สึกพึงพอใจ ความคิดหมกมุ่นและ handicap จะเห็นว่าเมื่อทำการผ่าตัดครั้งที่ 2, 3 ความพอใจจะลดลงจากครั้งแรก ดังนั้นการทำผ่าตัดหลังจากครั้งแรกไปนั้นก็ไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ดังนั้นยังทำการผ่าตัดซ้ำ ก็ยังทำให้ความไม่พอใจเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ มีรายงานว่าผู้ป่วยบางคนก่อนทำศัลยกรรมไม่มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปลักษณ์มาก่อน แต่หลังทำกลับมีอาการเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าทำแล้วแยลง

ข้อจำกัดในการศึกษาคือศึกษาแต่ในผู้ป่วยที่ไม่พอใจผลการผ่าตัด แต่ไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่พอใจ เพราะเมื่อผู้ป่วยพอใจแพทย์ที่ทำการรักษาไม่ได้ส่งปรึกษา และยังไม่มีการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบอื่น

**Do-It-Yourself (DIY) cosmetic surgery**

ผู้ป่วย BDD ที่ปฏิเสธที่จะทำการผ่าตัดเสริมความงามซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่รู้สึกล้มเหลวจากการผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่ไม่มีเงินพอที่จะทำการผ่าตัด ก็จะทำ DIY cosmetic surgery คือเป็นการแก้ไขข้อบกพร่องที่เขาคิดว่ามีนั่นเอง ให้หายได้อย่างรวดเร็ว, dramatic ซึ่งแรงจูงใจที่ผู้ป่วยทำนั้นซับซ้อน มักเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ใช้ในการส่องกระจกและความรู้สึกที่รุนแรงว่ารูปลักษณ์ที่เห็นนั้นน่ารังเกียจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่พอใจกับผลที่ทำไป

**ตัวอย่างของ DIY cosmetic surgery**

- ชายคนหนึ่งมีความเชื่อว่าผิวหนังหยาบ เขาจึงใช้ staple ยิงที่ผิวหนังเพื่อดึงให้ผิวหนังตึงทั้งสองข้าง  
10 นาทีต่อมาก็หลุดออก และพบว่าไปโดน facial nerve บางส่วน
- ชายคนหนึ่งหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับผิวหนัง เขาใช้กระดาษทรายมาขัดผิวหนังเพื่อให้แผลเป็นหายไป และเพื่อให้หน้าสว่างขึ้น
- ชายคนหนึ่งเชื่อว่าสีผิวของตนแดงเกินไป เขามักจะเจาะเลือดตัวเองออก หรือ ไปบริจาคเลือดเพื่อทำให้ดูซีดลง
- หญิงคนหนึ่งคิดว่าตัวเองมีความน่าเกลียดหลายที่บนร่างกาย และต้องการดูโตไขมันออก แต่ไม่มีเงินค่าใช้จ่าย จึงใช้มีดกรีดที่ต้นขาและพยายามบีบไขมันออกมา



## Cognitive-behavioral therapy

### General assessment

ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่ผู้ป่วยคิดว่ามีตำหนิ, insight, คุณภาพชีวิต หน้าที่การทำงาน สังคม ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทำร้ายตัวเอง, การทำ DIY surgery ,โรคทางจิตเวชอื่นที่เป็นร่วมด้วย

### Cognitive-behavior assessment

คือประเมินปัจจัยที่ทำให้โรคคงอยู่ ได้แก่

- **Beliefs**

ผู้ป่วยมักไม่พอใจส่วนของร่างกายหลายส่วน ดังนั้นต้องถามให้ละเอียดว่ามีส่วนไหนบ้าง และเขาต้องการให้เป็นแบบไหน และความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นมีมากน้อยแค่ไหน

ต่อไปก็ประเมินว่าส่วนที่มีตำหนินั้นมีความหมายต่อเขายังไง โดยอาจใช้ downward-arrow technique, อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดนั้น ตำหนิส่วนไหนที่ทำให้รู้สึกแย่ที่สุด เช่น บางคนเชื่อว่าจมูกที่มีตำหนิจะมีความหมายว่า เขาจะต้องอยู่คนเดียวไปจนตายหรือไม่มีใครรัก เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปใช้ใน Cognitive restructuring and behavioral experiments ต่อไป นอกจากนี้ก็ประเมินดูว่าแต่ละคนให้คุณค่าของตนเอง (self and values) ไปขึ้นอยู่กับอะไรมากที่สุด เช่น ความสวยงาม, appearance, perfectionism, symmetry, social acceptance

- **Behavior**

พฤติกรรมกรรมการส่องกระจกเป็นอาการหลักของ BDD และทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงในการส่องกระจกทั้งๆที่มันทำให้รู้สึกแย่มากขึ้น ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับกลุ่ม control พบว่าแรงจูงใจของการส่องกระจกคือ

- \*ความต้องการรู้ว่าจริงๆแล้วพวกเขาเองดูเป็นยังไง
- \*ความหวังว่าบุคลิกภาพของพวกเขาจะดูแตกต่างไป
- \*เพื่อหาวิธีว่าจะอำพรางจุดตำหนินั้นได้ยังไงบ้าง
- \*เขารู้สึกว่าถ้าไม่ส่องกระจกแล้วจะทำให้รู้สึกแย่มากขึ้น(แต่จริงๆแล้วการส่องกระจกกลับทำให้รู้สึกแย่มากขึ้น)

และในการส่องกระจกของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะให้ความสนใจกับความคิดหรือความรู้สึกภายในมากกว่าภาพที่สะท้อนออกมาจริง การประเมินพฤติกรรมกรรมการส่องกระจกและแรงจูงใจของผู้ป่วยนั้นมีประโยชน์ในการนำมา therapy ต่อไป เช่น ระยะเวลาส่องกระจกที่ยาวนาน หรือระยะเวลาที่เข้า session ยิ่งสั้น ก็นำมาใช้ในการติดตามถึงความรุนแรงของโรคในระหว่างการรักษาได้

- **Social avoidance and anxiety**

ระดับความเชื่อว่าตนเองมีจุดบกพร่องและการให้ความสำคัญต่อบุคลิกภาพทำให้เกิดระดับความกังวลในการเข้าสังคมและการหลีกเลี่ยงสังคมหลายระดับแตกต่างกัน ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์รามามิบัติ <http://www.ramamental.com>

ผลการประเมินด้วยตัวเองมากกว่าผลการประเมินจากคนอื่น แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ก็กลัว ผลการประเมินทางด้านลบจากผู้อื่นด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถเข้าสังคมได้โดยใช้วิธีอำพราง หรือมี safety behaviors อันได้แก่ การไม่สบตา ไข่มวยยาว แต่งหน้ามากๆเพื่ออำพราง กินเหล้า และก็มีอีกหลายวิธีที่ผู้ป่วยใช้แต่เราดูไม่ออก ซึ่งเราต้องถามจากผู้ป่วยโดยตรง แล้วประเมิน ระดับของความลำบากใจหรือความกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึกทนได้ในการเข้าสังคมโดยไม่มีพฤติกรรม หลีกเลีย้ง หรือใช้เหล้าช่วย โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-100 และให้ผู้ป่วยฝึกเข้าสังคมโดยไม่ต้องใช้ พฤติกรรมเหล่านี้ช่วย

### Assessing suitability for therapy

การตัดสินใจจะให้การรักษาแก่ผู้ป่วย BDD โดยวิธี CBT นั้นอยู่บนพื้นฐานของ Standard Assessment of Suitability for treatment ดังตารางที่ 3

#### ตารางที่ 3

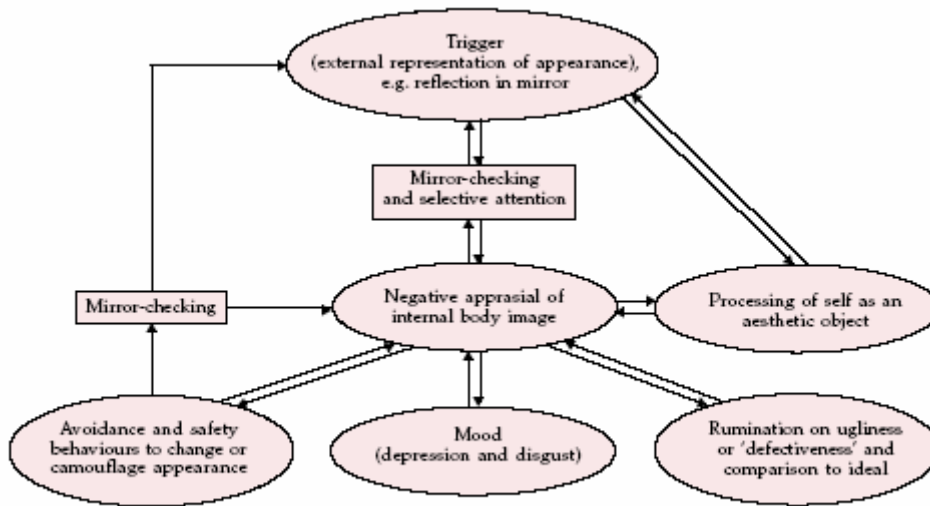
<p><b>Box 1 Assessing the suitability of a person for therapy</b></p> <p><i>Both patient and therapist try to agree on:</i> A description of the problem and of the goals of therapy A formulation of the problem, i.e. an understanding of how it developed and how it is being maintained</p> <p><i>Patient and therapist should discuss:</i> What the patient hopes the therapy will involve What the patient expects therapy to involve Whether the patient's goals are realistic The estimated number of sessions required or when the therapy is to be reviewed The frequency of sessions The expectations of homework</p>
--

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะซึมเศร้า อาจจะดีกว่าโดยการรักษาด้วยวิธี more intensive programme of CBT เช่น a day-patients, in -patient basis, หรือ in group therapy ในการช่วยให้ความเชื่อของเขาหมดไป ผู้รักษาจะต้องไม่เห็นด้วยกับความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับ รูปลักษณะของเขา แต่ ผู้ป่วยและผู้รักษาควรจะเห็นพ้องกันว่าปัญหาคืออาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับ รูปลักษณะนั้นทำให้เกิดพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อตัวเองหลายอย่าง โดยอาจตกลงกันตั้งแต่แรกถึง เป้าหมาย เช่นหยุดพฤติกรรมบางอย่าง เป้าหมายที่แน่ชัดจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมา function ได้ ทั้ทั้งที่ความเชื่อเกี่ยวกับรูปลักษณะหรือมาตรฐานเกี่ยวกับความงามยังเหมือนเดิม แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักมีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนรูปลักษณะหรือการพรางตัวในสังคมแอบซ่อนอยู่ ดังนั้น จึงควรขอร้องผู้ป่วยไม่ให้มีแผนการไปทำศัลยกรรม หรือพบผู้เชี่ยวชาญทางผิวหนังในช่วงที่ทำ CBT

แล้วหลังจากหายจากโรคหรืออย่างน้อยก็ให้สิ้นสุดการรักษา จึงค่อยคิดถึงเรื่องการผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง

### Cognitive-behavioral model of BDD

หลักการคือให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้โรคดำเนินอยู่ ซึ่งนำไปสู่ behavioral experiment or graded exposure ต่อ กิจกรรมหรือสถานการณ์ ที่ผู้ป่วยกังวลนั้น โดยไม่ต้องมี safety behavior



รูปที่ 1 Fig. 1 A cognitive-behavioural model of body dysmorphic disorder.

จากรูป model อธิบายให้แก่ผู้ป่วยฟังโดยเริ่มที่ตัวกระตุ้นภายนอกที่ทำให้เห็นรูปลักษณะของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่องกระจก หรือวิธีอื่นๆ เช่น ดูรูป และให้สนใจเฉพาะส่วนโดยดูจากกระจก ผลคือผู้ป่วยสร้างรูปลักษณะภายในใจที่ผิดไปจากความจริงและไปกระตุ้น idealized value ในการให้ความสำคัญกับรูปลักษณะ, ความสมมาตรแบบ, symmetry, และคิดว่าตัวเองเป็น aesthetic object จากขบวนการเหล่านี้ก็จะนำไปสู่การประเมินคุณค่าความงามในทางลบ เกิด ซึมเศร้า พฤติกรรมหลีกเลี่ยง แล้วก็ยิ่งส่องกระจกเพื่อตรวจสอบมากขึ้นเป็นวงจรทำให้โรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

หลังจากนั้นทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงรูปลักษณะที่ถูกต้องมากขึ้นโดยให้เปรียบเทียบรูปลักษณะ ทั้ง 3 ที่แตกต่างกันคือภาพที่เห็นจากกระจก ภาพในอุดมคติ และภาพในใจของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งการเปรียบเทียบซ้ำๆนี้จะทำให้ผู้ป่วยแน่ใจกับรูปลักษณะตัวเองมากขึ้นและผู้ป่วยก็จะรู้สึกโกรธ รู้สึกผิดที่ตัวเองเสียเวลาไปมากมายในการส่องกระจก และเราก็กระตุ้นต่อไปโดยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงรูปลักษณะในกระจกและให้วางรูปลักษณะที่ผู้ป่วยคิดเอาไว้ก่อน และจากความต้องการของผู้ป่วยที่อยากดูว่ารูปลักษณะจริงๆของเขาเป็นอย่างไร การให้ดูกระจกก็ถือเป็น การให้รางวัลอย่างหนึ่ง แต่การดูกระจกนานๆก็จะยิ่งทำให้รู้สึกแย่ลงและยิ่งเชื่อว่าตัวเองมีตำหนิ และน่าเกลียดมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าไม่ส่องกระจกเลย ผู้ป่วยก็จะสนใจกับ internal body image และก็

คำนึงถึงความน่าเกลียดของรูปลักษณ์นั้น และเมื่อผู้ป่วยลดการแต่งหน้ามากๆลง เราก็สามารถพูดถึงรูปลักษณ์ที่ต่างไปได้

### Treatment sessions

ผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับข้อมูลพื้นฐานตาม model ในรูปที่ 1 ซึ่งเน้นถึงรูปแบบความคิดและพฤติกรรมที่ทำให้โรคคงอยู่ แล้วผู้รักษาก็เลือกวิธีการรักษาซึ่งมีหลายวิธี ตามตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4

<p><b>Box 2 Examples of therapeutic strategies for treating body dysmorphic disorder</b></p> <p>Cognitive restructuring and behavioural experiments to test out assumptions Reverse role-play of assumptions and values Exposure to social situations without safety behaviour Response prevention for compulsive behaviours such as mirror-gazing Self-monitoring, with a tally counter, for impulsive behaviours such as skin-picking Habit reversal for impulsive behaviours</p>
---

ผู้รักษาคควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมากกว่าที่จะคุยเรื่องการให้ความเชื่อมั่นในเรื่องรูปลักษณ์อย่างผู้ป่วยต้องการ และการทำ CBT ที่ได้ประสิทธิภพนั้นมีหลักคือ เป้าหมายที่ต้องไม่เกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วยในเรื่องรูปลักษณ์ของเขา แต่ควรจะเกี่ยวกับความหมายของข้อบกพร่องที่มีต่อเขา และความสำคัญของรูปลักษณ์ต่อความเป็นตัวตน (identity)

ความคิดที่ผิดไปของผู้ป่วยนี้ ผู้ป่วยจะนำไปใช้กับทุกๆเรื่อง คือความเป็นตัวตนจะแสดงออกผ่านทางรูปลักษณ์ภายนอกเท่านั้น แต่คุณค่าทางด้านอื่นๆและตัวตนกลับลดลง ในกรณีนี้อาจใช้ concept Big I & Little I นั่นคือ Big I หมายถึง self ที่ประกอบไปด้วย little I นับพัน ซึ่งเป็นรูปแบบของความเชื่อ คุณค่า และบุคลิกลักษณะตั้งแต่เกิด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองลักษณะของความเป็นตัวตนทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้การมองตัวตนของผู้ป่วยยืดหยุ่นมากขึ้น

การใช้ Reverse role-play ก็อาจช่วยเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วย โดยมี case ตัวอย่างให้ผู้ผู้ป่วยฝึกใช้เหตุผล ถกปัญหาเกี่ยวกับ case alternative new belief ขณะที่ผู้รักษาถกปัญหาใน case ที่มีความคิดที่บิดเบือนไป

การให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้การใช้กระจกในทางที่สร้างเสริมสุขภาพ การจำกัดเวลาในแต่ละกิจกรรมที่ต้องใช้กระจก เช่น แต่งหน้า โกนหนวด ซึ่งผู้ป่วยมักจะต้องการคำแนะนำในการใช้กระจก

#### คำแนะนำในการใช้กระจก → Dos and don'ts of mirror use

1. Use mirrors at a slight distance and use ones that are large enough to show most of the body.

2. Focus attention on the reflection in the mirror rather than on how you feel.
3. Use a mirror only for an agreed function (e.g. shaving, putting on make-up) and for a limited period of time.
4. Use a variety of different mirrors and lights rather sticking to one that you trust.
5. Focus attention on the whole of your face rather than on selected areas.
6. Do not use mirrors that magnify.
7. Do not use ambiguous reflections (e.g. windows, the backs of compact disks or cutlery)
8. Do not to use a mirror when you feel depressed: try to delay essential use until you feel happier or find other things to do until the urge to mirror-gaze has passed.

ถ้าวิธีการควบคุมด้วยกระจกล้มเหลวก็อาจใช้ idea of a respond cost คือให้ผู้ป่วยนำเงินไปให้กับบางคนหรือบางกลุ่มที่ผู้ป่วยเกลียด เมื่อผู้ป่วยส่องกระจกเพื่อตรวจสอบจุดตำหนิเป็นเวลานานๆ

## Pharmacotherapy

- **Antidepressant drug**

SSRIs ได้รับคำแนะนำให้ใช้มากที่สุด จากหลักฐานการศึกษาแบบ RCT เกี่ยวกับการใช้ SSRI ซึ่งเชื่อว่าจะได้ผลดีในผู้ป่วย BDD ทั้งที่มีและไม่มี delusion และดีกว่า TCA (Clomipramine) และ MAOI และควรใช้อย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มี depression ,risk of suicide, หรือมีคิรรอกทำ CBT เป็นเวลานาน โดยตัวที่แนะนำคือ Fluoxetine ขนาดและระยะเวลาของยาที่ให้ก็เหมือนกับการรักษาผู้ป่วย OCD ซึ่งตอบสนองต่อ SSRI ดีกว่า noradrenergic reuptake inhibitor

- **Antipsychotic drug**

ตัวที่แนะนำคือ pimozide (Orap) ใช้เป็นตัวช่วยเสริม แต่จะไม่ได้ประสิทธิภาพ ถ้าใช้ antipsychotic อย่างเดียว แม้จะมี delusion ก็ตาม

หลังจากที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดีแล้ว บางคนอาจมีอาการของ BDD คือมีความคิดหมกมุ่นเหลืออยู่บ้าง แต่ความรุนแรงของอาการจะลดลงซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติ อย่างไรก็ตาม หลังจากมีอาการหายแล้วก็ไม่ควรบ่นว่าจะให้ยาต่อเนื่องนานแค่ไหน มักพบว่าเมื่อผู้ป่วยหยุดยา ก็จะเกิด relapse ขึ้นมาอีก

ส่วนผู้ป่วยที่ติดต่อการรักษา แนะนำให้ใช้

\*SSRI ตัวอื่น

\*Clomipramine

\*SSRI + low dose antipsychotic drug

\*Serotonin augmentation group eg. Bupirone +/- SSRI

## Reference

1. Benjamin J, Sadock MD, Virginia A: Comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> Edition, 1999: 1527-1529.
2. Veale D. Body Dysmorphic Disorder: A Review. Postgrad Med J 2004; 80: 67-71.
3. เกษม ตันติผลาชีวะ: ตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 530-532.
4. Michael WO, Sabine W, Lee SC, et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry 2001; 158: 2061-2063.
5. Benjamin JS, Virginia AS: Synopsis of Psychiatry, 9<sup>th</sup> Edition Philadelphia, 2003: 653-655.
6. Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. The British Journal of Psychiatry 1996; 169: 196-201.
7. Phillip KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991; 148: 1138-1149.
8. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, et al. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995; 152: 1207-1209.
9. Roberto O, Harrison GP, James IH: Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. Am J Psychiatry 2000; 157: 1291-1296.
10. Pasmán L, Thompson JK: Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. Int J Eat Disord 1989; 7: 759-769
11. David V: Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder. Advances in Psychiatric Treatment 2001; vol. 7: 125-132.
12. David V: Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. Psychiatric Bulletin 2000; 24: 218-221.
13. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, et al. Epidemiology of somatoform disorder: a community survey in Florence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32: 24-29

14. Grant JE, Won KS, Crow SJ: Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 62: 517-522.
15. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, et al. Prevalence of BDD in a community sample of women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061-2063.
16. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA: A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 381-388.
17. Phillips KA: Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS Spectrums* 2002; 7: 453-463.
18. David V, Michelle D, Christina L: Possible Association of Body Dysmorphic Disorder With an Occupation or Education in Art and Design. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1788-1790.
19. Katharine AP, William M: Body Dysmorphic Disorder and Art Background. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 927-928.
20. Vilma G, Mary AO, Andrea JW, et al. Body Dysmorphic Disorder Triggered by Medical Illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 493.
21. Menkes DB, MacDonald JA. Interferons, serotonin and neurotoxicity. *Psychol Med* 2000; 30: 259-268.
22. KA Phillips, SL McElroy, PE Keck Jr, et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 302-308.
23. O Brawman-mintzer, RB Lydiard, KA Phillips, et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression a comorbidity study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1665-1667.
24. E Hollander, MR Liebowitz, R Winchel, et al. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 768-770.