

J. Salavert Jiménez^{1,2}
A. Clarabuch Vicent¹
M. Trillo Garrigues²

1. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Horta-Guinardó. Área de Salud Mental. Hospital Sant Rafael. Universitat Autònoma de Barcelona, U.D. Vall d'Hebron. Barcelona.
2. Centro AVANZA. Barcelona.

Correo electrónico: 36776jsj@comb.cat

Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia

Body Dysmorphic Disorder: a systematic review of a disorder typical in adolescence

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Dismórfico Corporal es un trastorno propio de la adolescencia, poco conocido y poco tenido en cuenta en la clínica diaria con niños y adolescentes, lo que demora el diagnóstico y empeora el pronóstico.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática práctica para el clínico infanto-juvenil, con una búsqueda electrónica en las principales bases de datos junto a una búsqueda manual en revistas y tratados especializados.

Resultados: El trastorno es muy común, con prevalencias del 1,7 al 2,5%. Dos terceras partes de los casos se inician en la adolescencia y una edad de inicio más temprana se asocia a mayor probabilidad de comorbilidad a lo largo de la evolución y a un mayor riesgo suicida. Se trata de un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo que implica preocupaciones persistentes por uno o más defectos físicos percibidos y que no son observables por otras personas, así como comportamientos compulsivos en respuesta a dichas preocupaciones. La vergüenza y el miedo al rechazo promueven que el adolescente no explique sus síntomas y es muy habitual la demora de años en el diagnóstico, que si llega a establecerse, lo hace por lo general en la edad adulta. El curso es crónico y en

caso de no diagnosticarse, el pronóstico será pobre con frecuente aislamiento social y deterioro funcional. Un diagnóstico correcto y a tiempo mejorará mucho la evolución, tratándose de un trastorno que responde bien a los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos.

Conclusión: Conocer el trastorno dismórfico corporal es muy importante para diagnosticarlo a tiempo en el adolescente, lo cual mejorará el pronóstico de forma clara.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal, epidemiología, etiopatogenia, clínica, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Body Dysmorphic Disorder is a disorder of adolescence, not enough known and not always taken into account by child and adolescent clinicians, which delays diagnosis and worsens its prognosis.

Methods: We aimed to carry out a practical systematic review for clinicians working with adolescents, by means of an electronic search using the main databases, along with a manual search in journals and specialized textbooks.

Results: The disorder is very common, with prevalences of 1.7 to 2.5%. Two thirds of cases begin in

adolescence and an earlier age of onset is more likely to be associated with comorbidity throughout the course of the disease and with an increased suicide risk. It is a disorder of the obsessive-compulsive spectrum that involves persistent concerns about one or more perceived physical defects that are not observable by others, as well as compulsive behaviors in response to those concerns. The shame and the fear of rejection prevent adolescents from explaining their symptoms and a delay of several years to diagnosis is very usual, with most of the diagnoses established in adult age, if they are ever reached. The course is chronic and if not diagnosed, the prognosis will be very poor, with frequent social isolation and functional deterioration. A correct diagnosis at an appropriate time will greatly improve clinical course as it is a disorder that responds well to both pharmacological and psychological treatments.

Conclusion: Adequate knowledge of Body Dysmorphic Disorder in the adolescent is very important to diagnose it in time, which will improve prognosis very considerably.

Keywords: Body dysmorphic disorder, epidemiology, etiopathogenesis, clinical features, treatment.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo de revisión es presentar de un modo riguroso pero práctico para el clínico que trabaja con niños y adolescentes, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), un trastorno propio de la adolescencia, al que se ha dedicado mayor interés por parte de grupos de investigación en los últimos 20 años, pero que pese a ello, sigue siendo poco conocido y poco tenido en cuenta en la clínica diaria con niños y adolescentes, lo que implica demoras en el diagnóstico y de forma consecuente un peor pronóstico en los pacientes que lo presentan. De forma sorprendente, sigue siendo poco común que se contemple en los tratados de psiquiatría infantojuvenil, donde es habitual que no se dedique un apartado al TDC, lo cual no sucede en los tratados de psiquiatría del adulto.

Descrito inicialmente por Enrico Morselli a finales

del siglo XIX bajo el término de dismorfofobia (de dis-, y del gr. morphé, forma), este médico y antropólogo italiano hizo hincapié en el sentimiento subjetivo de fealdad que el paciente consideraba perceptible por terceros y al intenso temor y preocupación que ello le generaba, pese a que su aspecto estuviese dentro de los límites de la normalidad (1). Más de una década después Pierre Janet apuntó a la naturaleza obsesiva de la idea dismorfofóbica, describiendo la obsesión en estos pacientes por la vergüenza del propio cuerpo (2). No fue hasta la década de los 70 del siglo pasado en que se estableció de forma más específica el concepto de TDC tal y como lo han venido recogiendo las más recientes clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y que se basa en una preocupación persistente por una presunta deformación que causa ansiedad y conlleva conductas repetitivas de comprobación que generan aún mayor malestar, interfiriendo en el funcionamiento en la vida diaria del paciente (3). Como veremos a lo largo del presente trabajo, el TDC es un trastorno común y típico de la adolescencia pero que por lo general no se identifica en esta etapa de la vida, pudiendo de forma habitual evolucionar a la cronicidad, ensombreciendo el funcionamiento social y la calidad de vida y asociándose también a un alto riesgo de suicidio en los individuos afectados.

MÉTODOS

La presente revisión se realizó mediante búsqueda electrónica de artículos relacionados con el TDC, en las principales bases de datos (PubMed, Scopus, EMBASE, PsycINFO y Web of Knowledge). No se restringió por tipo de artículo, empleándose como trabajos elegibles aquellos centrados en población infantil, adolescente y adulta, cubriendo los siguientes conceptos de búsqueda: “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y epidemiología”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y prevalencia”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y etiopatogenia”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y diagnóstico”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y comorbilidad”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y clínica”,

“trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y tratamiento”. Se incluyeron artículos que estuvieran escritos en inglés. La búsqueda en las bases de datos se realizó hasta enero de 2018, manteniéndose también una búsqueda manual permanente de artículos relevantes y de manuales de referencia hasta septiembre de 2018.

RESULTADOS

97 artículos se incluyeron en la revisión (ver diagrama de flujo).

EPIDEMIOLOGÍA

El TDC es un trastorno muy común, sobretodo en sus

formas menos graves, sin apenas diferencias de género y descrito a nivel mundial, con prevalencias que oscilan entre 1,7-2,5% en muestras de población general; hasta un 15% en unidades de ingreso psiquiátricas; de 10 a 40% en consultas de psiquiatría; y de 8 a 53% en consultas de dermatología, cirugía plástica o cirugía maxilofacial (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13). Se trata de un trastorno típico de la adolescencia aunque lamentablemente es más habitual que se diagnostique en la edad adulta (5). Dos terceras partes de los casos se iniciarán en la adolescencia, con presentación de síntomas subclínicos de forma habitual desde los 12 años, clínica ya más evidente sobre los 14 años y criterios del trastorno claramente establecidos desde los 16 años como patrón habitual. El inicio es normalmente gradual, aunque algunos individuos

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos

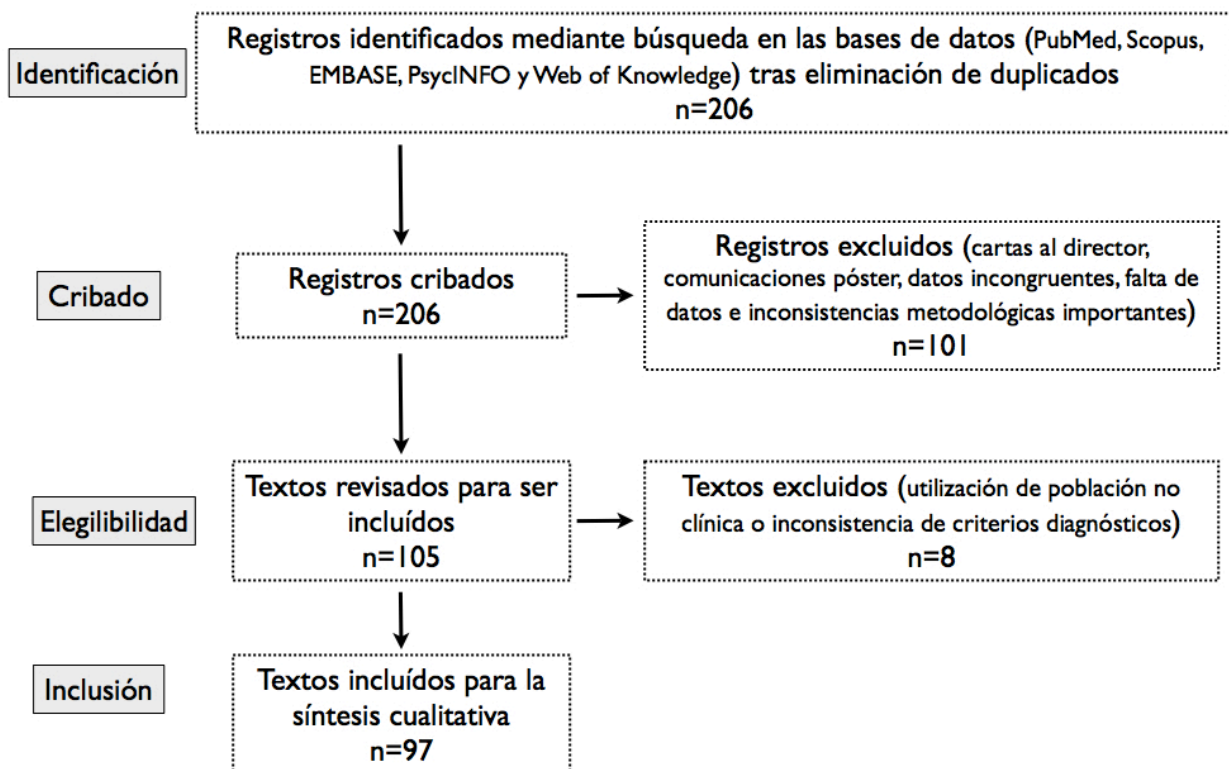


Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Fuente: elaboración propia.

afectos pueden experimentar un inicio abrupto del trastorno, habitualmente los que conforman el tercio de pacientes en los que la enfermedad se inicia en la edad adulta (11) (14) (15). Una edad de inicio más temprana implica una mayor probabilidad de comorbilidad a lo largo de la evolución y un mayor riesgo de tentativas suicidas (16) (17).

La preocupación por la imagen corporal es muy común en el adolescente, de hecho hay estudios que demuestran que entre las circunstancias y situaciones que causan preocupación a los adolescentes, tener un físico poco atractivo es la más frecuente, por delante de otras circunstancias propias de la adolescencia como la preocupación por las amistades, el rechazo por parte del grupo, la separación del hogar familiar, la falta de intimidad, etc. (18). La preocupación dismórfica sin grado de idea dismorfofóbica, que implica una hiperpreocupación por ciertos aspectos de la apariencia física, se observa hasta en un 25% de los adolescentes, tratándose de un rasgo con una heredabilidad del 44%, es decir, que un 44% de la varianza de la presentación de este tipo de preocupaciones se explica por factores genéticos (14) (19). La adolescencia implica el tránsito de la identidad infantil a la identidad adulta; y la identidad se asienta en el cuerpo, un cuerpo que cambia de forma mucho más rápida en esta etapa de la vida de lo que se tarda en perder la identidad infantil a nivel cognitivo y emocional, emergiendo nuevos aspectos físicos que provocan sentimientos de vergüenza ante la posibilidad de decepciones frente a la apariencia que el adolescente espera (20). Se trata pues de una etapa de muy alta sensibilidad al propio aspecto y por tanto de especial vulnerabilidad para la psicopatología relacionada con las preocupaciones por la imagen y la apariencia, muy mediatizadas por el sentimiento de vergüenza (5) (7). Pese a tratarse de un trastorno de inicio en la adolescencia, existe una sorprendente falta de detección del TDC en esta etapa, con una importante brecha temporal entre la edad de inicio y la edad al diagnóstico (que por lo general no es antes de los 20-30 años), atribuyéndose esta falta de identificación, principalmente a la

tendencia a la negación del clínico (que puede tender a atribuir las preocupaciones por la apariencia a aspectos propios de la adolescencia) y por otra parte, al propio sentimiento de vergüenza por los síntomas en el adolescente, sentimiento que le llevará a no pedir ayuda por miedo al rechazo, a sentirse juzgado o a no ser entendido (5) (7) (8) (9) (11) (15) (21).

Cabe destacar el alto riesgo de suicidio asociado al TDC (de 6 a 45 veces mayor al de la población general), especialmente en adolescentes (5) (9). La presentación de ideación suicida a lo largo de la evolución del TDC se cifra hasta en el 80% de pacientes y los intentos de suicidio hasta en un 25%, siendo frecuente la repetición de tentativas (22) (23). Las vías comunes de llegada al suicidio se atribuyen principalmente a la ideación dismorfofóbica en sí misma y a la alta comorbilidad con otros trastornos que se relacionan a su vez con el suicidio como el trastorno depresivo mayor (TDM) (17) (23). Para concluir con la relación con el suicidio, hay que acentuar que la adolescencia se encuentra entre los factores de riesgo más relacionados con el suicidio en el TDC; estos factores de riesgo son: 1) ser adolescente; 2) inicio del trastorno en la adolescencia; 3) gravedad de los síntomas; y 4) comorbilidad (principalmente con TDM y trastorno por uso de sustancias (TUS)) (11) (16) (22).

Para finalizar, hay que destacar también la frecuente asociación de antecedentes de trauma en la infancia y la adolescencia descritos en sujetos con TDC, habiéndose reportado más incidencia de acoso escolar y de malos tratos (tanto de carencia afectiva, negligencia y abandono como de abuso emocional, físico y/o sexual), así como niveles más bajos de cuidados parentales percibidos entre estos pacientes (24) (25) (26) (27). Se trata no obstante de datos extraídos de estudios que en su mayoría no confirman la fiabilidad del abuso de forma rigurosa, debiendo también tenerse en cuenta como posible fuente de error que los pacientes con TDC tienden a presentar personalidades más sensibles al rechazo, pudiendo producirse un sesgo de memoria por recordar más las experiencias negativas de su infancia y adolescencia.

En resumen, un enfoque epidemiológico actualizado del TDC nos muestra que se trata de un trastorno común, típico de la adolescencia y que no se identifica suficientemente en esta etapa de la vida, con un alto riesgo de suicidio asociado y que se ha relacionado con antecedentes de trauma infantojuvenil.

ETIOPATOGENIA

El encuadre nosológico del TDC ha ido variando desde su descripción inicial, con una evolución en su conceptualización, desde una caracterización como forma de neurosis fóbica que implicaría un aspecto parcial de la imagen corporal (como por ejemplo la nariz o el pelo), pasando posteriormente a enmarcarse como un tipo de trastorno somatomorfo crónico que implicaría síntomas somatognósicos y resistencia del enfermo a aceptar el origen psicológico y emocional, hasta llegar a la presentación actual como un trastorno relacionado con el espectro obsesivo-compulsivo, con temática obsesiva centrada en la propia imagen. Los fundamentos de dicho encuadre actual dentro del grupo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados, tal y como lo recogen las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales DSM-5 (15) y CIE-11 (28), son principalmente: 1) de base genética (se ha observado una mayor prevalencia de TDC en familiares de primer grado de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), habiéndose descrito también genes compartidos con el TOC) (29) (30), 2) de base psicopatológica (se trata de un trastorno que guarda muchas semejanzas con la psicopatología del TOC) (31) (32) (33) (34) (35) y 3) de respuesta terapéutica (al igual que el TOC, la respuesta terapéutica al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) es alta) (36). No obstante, pese a que la nosología actual conceptualice el TDC dentro del grupo del espectro obsesivo-compulsivo, siguen existiendo lagunas suficientes en el conocimiento, principalmente de las bases biológicas compartidas con otros trastornos del espectro, para continuar investigando en este campo (37).

En el plano neuropsicológico, se han observado sesgos atencionales y a nivel de procesamiento visual, consistentes concretamente en una sobrefocalización de la atención en los detalles en pacientes con TDC, junto a una merma en las estrategias de procesamiento de aspectos más globales de la imagen, pero no sólo para las caras, sino también para otros objetos, así como una tendencia a la sobrevaloración de señales de amenaza en las interacciones sociales y de la importancia del atractivo físico (30) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45). Los pacientes con TDC presentan por tanto una alteración de la somatognosia consistente en deformar la percepción de la propia imagen por una hipersensibilidad ante los estímulos relacionados con la apariencia (30). Los estudios de imagen cerebral realizados hasta la fecha han mostrado resultados poco consistentes, pero cabe destacar como hallazgo más interesante a nivel de neuroimagen funcional, la observación de hiperactividad en los circuitos córtico-subcorticales, propios de la activación y mantenimiento de las obsesiones, así como hipoactividad en zonas del córtex occipital, que los investigadores relacionan con las anomalías perceptivas previamente descritas (30) (43) (46).

Existirían por tanto elementos comunes con el TOC en relación a los bucles de hiperactividad neural córtico-subcortical que activan la urgencia obsesiva, la sensación de malestar y la ansiedad, así como con otros trastornos del esquema corporal, en relación a anomalías en la percepción de la imagen, como es el caso de otras patologías frecuentes en la adolescencia como la anorexia (47).

Otros factores que se han relacionado con el TDC son de ámbito psicológico y sociofamiliar. Se trata en estos casos de correlaciones o tendencias sin poder llegar a afirmar que se trate de claros factores de predisposición para el TDC a la luz de los estudios de los que disponemos. Se han descrito en concreto rasgos de personalidad premórbida en la línea del neuroticismo, la sobrereactividad emocional y la hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, el perfeccionismo, la baja extraversión, la baja autoestima

y pobre asertividad; la disposición a la desesperanza y la hipocondría; así como la propensión al asco (48) (49) (50) (51) (52) (53). En cuanto al entorno social, a nivel de atmósfera familiar se ha descrito mayor presencia de tensiones familiares, énfasis parental en el perfeccionismo e inclinación a las burlas sobre el aspecto físico en la familia; a nivel sociocultural, los modelos de perfección corporal, muchas veces difundidos de forma constante desde los medios de comunicación, se han convertido en un elemento de importante preocupación para muchos adolescentes, pudiendo también favorecer el trastorno (48) (54).

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La clínica del TDC se basa, tal y como recogen de forma actualizada las clasificaciones DSM-5 y CIE-11, principalmente en:

A) La presentación de:

1) Una preocupación persistente por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en la apariencia o aspecto físico que no son observables o lo son apenas para otras personas (15) (28). Los pacientes pueden verse desde feos o poco atractivos a francamente anormales y desfigurados; los defectos percibidos pueden afectar a una o varias zonas del cuerpo, siendo las más habituales la piel, el pelo o partes de la cara como la nariz; la preocupación por los defectos percibidos consume mucho tiempo (más de una hora al día como mínimo y de 3 a 8 horas de media) y es de difícil control (14) (15) (55) (56).

2) Comportamientos o actos mentales excesivos y repetitivos en respuesta a la preocupación por la apariencia física (15) (28). Llevan mucho tiempo al individuo (más de una hora/día como mínimo) y a diferencia de las obsesiones en el TOC, suelen aumentar la ansiedad y la disforia; los más habituales son: 1) la comprobación por observación directa o frente al espejo, o bien tocando (hasta en un 90% de pacientes), 2) la disimulación o camuflaje del defecto mediante p.e. bronceado, ropa, e incluso excoriaciones en la piel (hasta en un 90% de individuos afectados), 3) la comparación de los aspectos físicos con otros individuos (hasta en el 90% de pacientes), 4) el excesivo

acicalamiento o arreglo personal (en más del 50% de individuos afectados), y 5) la búsqueda de afirmaciones tranquilizadoras de terceras personas (en más del 50% de pacientes) (14) (55) (56).

3) Malestar y deterioro clínicamente significativos como consecuencia de los síntomas, con afectación de diferentes áreas de la funcionalidad: personal, socio-familiar, educacional y ocupacional (15) (28). En adolescentes es importante destacar aquí la evitación social, principalmente por miedo a que otros vean sus “deformidades”, miedo al rechazo y al ridículo, que implicarán dificultades de habilidad social y afectarán negativamente a la asistencia al centro escolar, empeorando la calidad de vida de forma correlativa a la gravedad clínica y en un nivel incluso mayor que en adolescentes afectados de depresión o de TOC (14) (55) (56) (57) (58).

B) La necesidad de excluir un Trastorno de la Conducta Alimentaria que explique mejor la preocupación por el aspecto, de forma concreta por el volumen corporal o el peso (15) (28), así como las preocupaciones normales o justificadas por la apariencia y el trastorno de ansiedad por enfermedad o de distrés corporal (28), donde se muestra preocupación de que determinados síntomas físicos de base psicológica, sean indicativos de una enfermedad grave, incluso no existiendo ninguna evidencia médica a favor.

C) La especificación del grado de gravedad. Ambas clasificaciones, DSM-5 y CIE-11, requieren de la especificación del grado de introspección o conciencia de enfermedad. Esto es muy pertinente ya que en el TDC, el grado de introspección es habitualmente pobre (hasta en el 70% de sujetos), adoptando como forma psicopatológica más común del contenido del pensamiento, la idea sobrevalorada (59). Es más, en el 35% de casos la ausencia de introspección será total, llegando las ideas dismorfofóbicas a un rango delirante (60). La ausencia de introspección implicará por lo general una mayor gravedad y peor pronóstico, con mayor tasa de suicidios, menor grado de vinculación a los tratamientos psiquiátricos y

psicológicos, así como una búsqueda más frecuente de tratamientos alternativos por parte de los pacientes (59) (60). La clasificación DSM-5 permite estratificar en tres grados de introspección: 1) con introspección buena o aceptable, 2) con poca introspección y 3) con ausencia de introspección o creencias delirantes (15). La CIE-11 por su parte diferencia el trastorno con dos códigos diagnósticos diferenciados, entre TDC con introspección de aceptable a buena (6B21.0) y TDC con introspección pobre o ausente (6B21.1) (28).

La clasificación DSM-5 ha incluido un nuevo especificador que no recoge la CIE-11 de manera específica. Se trata de especificar si se trata de un caso “con dismorfia muscular”, o preocupación centrada en una estructura corporal que el sujeto considera poco musculosa (15). Este especificador responde al interés mostrado por miembros del grupo de trabajo del DSM-5 en trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, liderado por la Dra. Katharine A. Phillips, experta internacionalmente reconocida en TDC, en dar un mayor protagonismo a los pacientes afectos de vigorexia o “complejo de Adonis”, de presentación casi exclusiva en hombres, frecuentemente musculosos y que dedican muchas horas a ejercitarse en el gimnasio, asociando habitualmente el uso de dietas hiperproteicas y de esteroides anabolizantes (estos últimos implican efectos secundarios en ocasiones graves, principalmente por su cardiotoxicidad y neurotoxicidad) (61) (62).

Una característica clínica muy importante a tener en cuenta, es la frecuente presentación en estos pacientes, de ideas deliroides de referencia de base ansiosa, que se observan hasta en un 60% de los afectados por TDC (15) (14) (55) y guardan relación con el propio trastorno, no debiéndose confundir con un trastorno del espectro psicótico. Las ideas de referencia parten de la ansiedad por la convicción de que otras personas verán sus defectos, lo que les lleva a una vivencia persecutoria del entorno.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse aparte de con los TCA, con las preocupaciones

coherentes por defectos objetivamente perceptibles, el trastorno de ansiedad social, otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos psicóticos (principalmente con el trastorno delirante somático en el que el tema central del delirio se refiere más bien a las funciones o sensaciones corporales), la disforia de género (existe aquí una falta de identificación con las características físicas y biológicas por no concordar éstas con la verdadera identidad sexual) y trastornos de base neurológica como los secundarios a lesiones cerebrales occipitales (alteraciones de percepción visual incluida la percepción facial), fronto-temporales (pueden implicar distorsiones de la percepción del tamaño corporal y prosopagnosia) o parietales (pueden ser la base de síndromes de negligencia neurológica) (15) (63) (64) (54).

Es también muy común la presencia de trastornos comórbidos a lo largo de la evolución del TDC, que de forma habitual precederá en el tiempo a la aparición de los mismos. Los trastornos comórbidos más habituales que podremos encontrar son: el TDM (hasta en un 75%), el trastorno de ansiedad social (40%), los trastornos de la personalidad (40-60%; siendo los más habituales el paranoide, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y también el trastorno límite), los trastornos por uso de sustancias (30-50%), los TCA (33%), el TOC (33%), el trastorno de pánico (13-20%) y con menos frecuencia, el trastorno por estrés postraumático (26) (49) (65) (66) (67).

Para llegar al diagnóstico es muy importante sospecharlo, dado que muy a menudo los adolescentes con TDC no revelarán sus preocupaciones principalmente por vergüenza como antes se ha comentado, pudiendo el diagnóstico pasar por alto si no se indaga de forma específica. En este sentido a lo largo de la historia psiquiátrica completa y la exploración psicopatológica será importante estar atento a la presencia de conductas de aislamiento y evitación social, de ideas de referencia, así como de clínica depresiva y ansiosa que no haya respondido bien a tratamientos previos y también, de la realización previa de tratamientos cosméticos por

parte del paciente (14) (64). Durante la indagación clínica, es recomendable preguntar por la apariencia y no directamente por el aspecto físico, de cara a evitar posiciones defensivas, comenzando con preguntas más generales (p.e. ¿estás insatisfecho con tu apariencia?, ¿hay algún aspecto de/preocupación específica sobre tu apariencia que te preocupe mucho?) para ir avanzando de forma progresiva con preguntas más focalizadas en defectos percibidos concretos (p.e. ¿estás descontento con otros aspectos de tu apariencia, como tu cara, piel, pelo, nariz, o la forma o tamaño de cualquier otra parte de tu cuerpo?) (34) (68). De cara a poder establecer el diagnóstico de forma correcta se explorará la afectación a nivel de la funcionalidad del adolescente, respecto de la dedicación en horas a las preocupaciones dismorfofóbicas como de la afectación en áreas concretas de ámbito social, educativo, familiar y de ocio (las guías sugieren preguntas como: en un día, ¿cuántas horas al día dedicas a pensar en tu apariencia?; ¿cómo afecta eso a tu vida?; ¿te da problemas para estudiar?; ¿te dificulta el ir con tus amigos?...) (68) (34). Existen escalas de cribado que pueden ser de utilidad, concretamente la BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire/ Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal) y la BDDM (Body Dysmorphic Diagnostic Module) (14) (69), pero sólo la primera de ellas está adaptada y traducida al español por A. Belloch y M. Giraldo-O'Meara (ver: <http://www.itoc.org.es/BDDQ.html>). Se trata de un cuestionario de 7 ítems, muy rápido de administrar y con buenas propiedades psicométricas (sensibilidad=90-100%, especificidad =90%, valor predictivo positivo=70%) (68) (69). Los ítems son de respuesta dicotómica (sí/no), se asigna un punto por cada respuesta afirmativa, y se considera caso de riesgo de TDC la puntuación ≥ 4 , siendo necesaria la puntuación positiva en los ítems 1 y 2, en al menos uno de los ítems del 3 al 6; y en la opción 2 ó 3 del ítem 7 (ver: <http://www.itoc.org.es/BDDQ.html>). El cuestionario en concreto está validado en población adulta, por lo que si el clínico decide utilizarlo con adolescentes, es recomendable modificar ligeramente el redactado de cara a que sea más apropiado para estos (p.e. con tratamiento de tu y no de usted,

preguntar por el colegio/instituto y no por el trabajo), como se ha hecho en algún estudio de investigación que incluía población adolescente (5). Existe otra escala de gravedad clínica que puede tener utilidad como medida pre/post de seguimiento de la eficacia de los tratamientos, si se administra a lo largo de la evolución del paciente en tratamiento. Se trata de la BDD-YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder) (70), una escala semi-estructurada y heteroadministrada, con la misma estructura que la Y-BOCS para TOC, pero que incluye 2 ítems más específicos de conducta de evitación y de introspección. La puntuación va de 0 a 48 con un punto de corte para la presencia de TDC de 20. No obstante, no se dispone de la versión en castellano de la misma.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Por lo general el TDC es un trastorno que evoluciona en muchos casos a la cronicidad, debido a que las demoras en consultar a especialistas de la red de salud mental en estos pacientes es de hasta 16 años como promedio, buscando hasta un 70% de los individuos afectos otro tipo de tratamientos no relacionados con la atención en salud mental; tratamientos estos con los que hasta en un 96% no presentarán ninguna mejoría clínica (4) (5) (10) (14) (36) (56) (71) (72) (73) (74). La buena noticia es que existen tratamientos efectivos y los estudios muestran mejorías clínicas importantes en la evolución de los pacientes si se aplican. En concreto las tasas de recuperación, que no serán superiores al 6% sin tratamiento, pueden llegar a ser del 20 al 80% con un tratamiento adecuado, con tasas de respuesta farmacológica de hasta el 50% a las 4-9 semanas y de hasta el 80% a las 14-16 semanas; y pese a que las tasas de recaída al abandonar los tratamientos también son altas, del 15 al 40%, la respuesta a los tratamientos de mantenimiento cuando estos se reintroducen, es buena (4) (5) (14) (36) (56) (71) (72) (73). Es por tanto muy importante detectar el TDC en la adolescencia, donde ya es patente el deterioro en el funcionamiento social y la calidad de vida, principalmente en forma de disminución del rendimiento académico, evitación interpersonal y de las relaciones sociales; y también de fobia escolar, con tasas de abandono escolar descritas de hasta el 20-25% (9) (14) (58) (67).

TRATAMIENTO

La posición terapéutica ante el adolescente, ya desde el momento mismo de la entrevista inicial, será de expresión de empatía, validación y normalización, de cara a afianzar una sólida alianza terapéutica. Es aconsejable referirse a la “apariencia” al interrogar de forma específica, más que al “cuerpo”, “defectos” o “deformidades”; evitar las referencias a problemas “imaginados” así como evitar reasegurarles en que “no tienen ningún problema con su aspecto” (ya que reforzará el patrón obsesivo de la cognición) y trabajar el insight de forma progresiva en la relación terapéutica, no imponerlo (14) (36) (72).

Las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia para el tratamiento del TDC son tres: 1) la psicoeducación; 2) la terapia farmacológica con antidepresivos ISRS o clomipramina; y 3) la terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada al TDC (34) (75). Pese a que no se dispone de estudios comparativos head to head entre terapia combinada con antidepresivos y TCC frente a cualquiera de estos tratamientos por separado, y que tanto los antidepresivos como la TCC han demostrado eficacia en monoterapia, los expertos recomiendan el tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico (14).

1. **Psicoeducación:** la intervención educativa, con la que iniciaremos el abordaje, tiene como objetivo el informar al paciente y a sus familiares principalmente sobre: a) el TDC en sí mismo y b) los tratamientos disponibles así como los efectos que se puede esperar de estos (14) (36). Es recomendable por tanto, ya desde el inicio de la intervención psicoeducativa incluir a la familia, ya que en algunos casos puede ser un factor favorecedor de la motivación para el tratamiento en los pacientes. Es este el momento también de aplicar con los pacientes intervenciones motivacionales de entrevista, de cara a combatir su ambivalencia respecto de los tratamientos y fomentar la motivación para el cambio (14) (72).

2. **Tratamiento farmacológico:** Los tratamientos antidepresivos se consideran los medicamentos de elección en el TDC, concretamente los inhibidores

selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) de primera línea y el tricíclico clomipramina de segunda línea (por su mayor riesgo de secundarismos). Estos fármacos han demostrado mejorar tanto los síntomas más nucleares del TDC (preocupaciones obsesivas, comportamientos compulsivos, insight, funcionalidad y calidad de vida) como la sintomatología comórbida (depresión, ansiedad, somatizaciones, irritabilidad, hostilidad e ideación y conducta suicida) (76) (77) (78) (79) (80). Ni los ISRS ni la clomipramina tienen la indicación concreta para TDC de la FDA o la EMEA, pero existe literatura suficiente para respaldar su utilización. Concretamente en población adulta se dispone de estudios de series de casos, de tres ensayos clínicos abiertos con análisis por intención de tratar para fluvoxamina (76), citalopram (81) y escitalopram (80), éste último con eficacia recientemente demostrada en prevención de recaídas (82); y de dos ensayos clínicos controlados de clomipramina frente a desipramina (77) y de fluoxetina frente a placebo (79); todos ellos con resultados positivos. En población adolescente sólo se dispone de series de casos a favor de su eficacia en el trastorno (83) (84) (85) (86). En la **tabla 1** se muestran los antidepresivos con mejor perfil de seguridad y eficacia para su utilización en población adolescente, con las dosis de inicio y mantenimiento así como las dosis máximas (incluidas aquellas dosis máximas reportadas en estudios y consensos de expertos para el tratamiento del TDC en adultos). En la tabla se destacan también aquellos antidepresivos con aprobación de la FDA para uso en niños y adolescentes en otras indicaciones como el TOC o la depresión, con la edad a partir de la cual están indicados. La recomendación en el tratamiento de los pacientes con TDC es aumentar la dosis del antidepresivo de forma progresiva en 6 - 10 semanas, hasta llegar a la dosis máxima eficaz; mantener el tratamiento 3-4 meses antes de considerar la refractariedad; y mantener el tratamiento de forma más prolongada, de forma similar a como se procede en el TOC, con tiempo de mantenimiento orientativo de 3-4 años tras un primer episodio y de 5-10 años tras un segundo episodio (76) (77) (78) (79) (80). En caso de falta total de respuesta clínica o respuesta pobre la recomendación es: 1)

aumentar la dosis del ISRS, 2) cambiar a otro ISRS y 3) cambiar a clomipramina o venlafaxina. Si sí hay respuesta clínica pero esta es parcial, lo recomendable es: 1) combinación del ISRS con clomipramina (no en el caso de fluvoxamina por aumentar en exceso las concentraciones de clomipramina), 2) combinación del ISRS o de clomipramina con un antipsicótico de segunda generación y 3) ensayar la combinación del ISRS o de clomipramina con otros psicofármacos, principalmente: venlafaxina, bupropion, litio y metilfenidato (14) (72) (87) (88) (89) (90) (91). Las tablas 2 y 3 reflejan las dosis recomendables en población adolescente para estas opciones de combinación.

3. Tratamiento psicológico cognitivo-conductual: la terapia cognitivo-conductual especialmente diseñada para el TDC (92) (93) (94) ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas nucleares del trastorno, en adultos y adolescentes, también en el caso de pacientes más graves que presentan ideas dismorfofóbicas de rango deliroide (63) (95) (96) (97) (98) (99) (100). Los programas de tratamiento incluyen principalmente: 1) reestructuración cognitiva para ayudar a identificar las creencias erróneas en relación a la apariencia y sustituirlas por pensamientos más realistas; 2) exposición gradual a situaciones evitadas con realización simultánea de experimentos conductuales que pongan a prueba las creencias erróneas; y 3) prevención de respuesta para mejorar en el control de las compulsiones (92) (93) (94). Cada una de estas estrategias podrá complementarse con técnicas de apoyo como la relajación, el mindfulness, el entrenamiento perceptivo (entrenamiento ante el espejo para conseguir una visión holística del cuerpo, sin fijación en los detalles (101)), la reversión del hábito en casos de rascado compulsivo p.e., las técnicas de role play y las tareas para casa (92) (93) (94). Hacia el final del tratamiento se entrenará al paciente en la prevención de recaídas mediante la autoaplicación de las estrategias cognitivo-conductuales aprendidas ante situaciones de riesgo que se puedan anticipar (92) (93) (94). La duración del tratamiento será adaptada a las características

Tabla 1. Antidepresivos

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual	Dosis mg máxima
Sertralina FDA 6 años	12.5/ 25/ 50	50-200	200 (400)
Fluoxetina FDA 8 años	5/10	10-60	70-80 (120)
Fluvoxamina FDA 8 años	12.5/ 25/ 50	50-200	300 (450) (dividir toma)
Escitalopram	5/10	5-20	40 (60)
Paroxetina	10	20-50	60 (100)
Clomipramina FDA 10 años	12.5/25	200 (ó 3mg/kg/ día)	200 (250)

Tabla 2. Antipsicóticos

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual
Risperidona	0,25	0,5-4
Paliperidona	1	3-12
Olanzapina	1,25	5-15
Aripiprazol	5	10-20
Quetiapina	12,5	100-550
Pimozide	0,25	1-5

Tabla 3. Otras opciones

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual	Dosis mg máxima
Venlafaxina	25-37,5	25-150	1-2 mg/kg/día
Desvenlafaxina	50	50-300	---
Bupropion	100	150-300	3-6 mg/kg/día (400mg)
Litio	600	Según litemia	1800-2100
Metilfenidato -MFD- (MFD-OROS)	10 (18)	10-60 (18-54)	90

individuales de cada paciente, recomendándose sesiones semanales durante los 6 primeros meses para programar posteriormente sesiones de mantenimiento periódicas (14).

CONCLUSIONES

En esta revisión sistemática se puede concluir que el TDC es un trastorno de inicio característicamente en la adolescencia, precisamente por tratarse de una fase de diferenciación de la persona, en que la vulnerabilidad por cuestiones de la apariencia se ve acentuada. Pese a tratarse de un trastorno propio de la adolescencia, llama la atención la falta de interés por el TDC en diversos tratados de psiquiatría infanto-juvenil, debiéndose tener muy presente que un correcto diagnóstico a tiempo puede mejorar sin duda alguna el pronóstico de los pacientes, ya que se trata de un trastorno para el que se dispone de tratamientos clínicamente efectivos, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos.

REFERENCIAS

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia: due forme non per anco descritte di pazzia con idee fisse. *Boll Reale Accad Med Genova*. 1891;6:3-14.
2. Janet P. Obsession de la honte du corps. In: Janet P, Raymond F, editors. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan; 1908. p. 610.
3. Hay GG. Dismorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970 Apr;116(533):399-406.
4. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry*. 1998 Sep-Oct;39(5):265-70.
5. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Jul;62(7):517-22.
6. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006 Jun;36(6):877-85.
7. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;30(1):67-72.
8. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008 Apr;13(4):316-22.
9. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1):171-5.
10. Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2010 Nov;22(4):445-53.
11. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):893-903.
12. Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun

- KS, Uzel Tas H, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol*. 2014 Jun;39(4):433-8.
13. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017 Jun;51(6):595-603.
14. Phillips KA. *Understanding body dysmorphic disorder : an essential guide*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009.
15. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º edición DSM-5*: Editorial Médica Panamericana; 2014.
16. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):717-25.
17. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Nov;49:55-66.
18. Pedreira JL. Psicopatología de la adolescencia. In: Pedreira JL, Tomàs J, editors. *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. Barcelona: Laertes; 2001. p. 11-77.
19. Monzani B, Rijdsdijk F, Anson M, Iervolino AC, Cherkas L, Spector T, et al. A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1949-55.
20. Morrison A. The eye turned inward. In: Nathanson DL, American Psychiatric Association. Meeting, editors. *The Many faces of shame*. New York: Guilford Press; 1987. p. xvi, 370 p.
21. Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2002 Apr;4(2):108-13.
22. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1280-2.
23. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007 Dec;14(12):58-66.
24. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006 Oct;30(10):1105-15.
25. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*. 2006 Jun;3(2):189-93.
26. Semiz U, Basoglu C, Cetin M, Ebrinc S, Uzun O, Ergun B. Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatr*. 2008 Feb;20(1):33-40.
27. Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Jan;200(1):95-8.
28. ICD-11. *International Classification of Diseases 11th Revision*: World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#>
29. Monzani B, Rijdsdijk F, Iervolino AC, Anson M, Cherkas L, Mataix-Cols D. Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2012 Jun;159B(4):376-82.
30. Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)*. 2013;42(3):184-91.
31. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Aug;152(8):1207-9.
32. Diaz Marsa M, Carrasco JL, Hollander E. [Body dysmorphic disorder as an obsessive-compulsive spectrum disorder]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996 Nov-Dec;24(6):331-7.
33. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry*. 2004 Aug;19(5):292-8.
34. NICE guideline. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-*

- Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. 2006.
35. Fang A, Wilhelm S. Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:187-212.
36. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):13-27.
37. Malcolm A, Labuschagne I, Castle D, Terrett G, Rendell PG, Rossell SL. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Sep 21;4867418799925.
38. Hanes KR. Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 1998 Mar;4(2):167-71.
39. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000 Sep;6(6):673-81.
40. Buhlmann U, Wilhelm S, McNally RJ, Tuschen-Caffier B, Baer L, Jenike MA. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2002 Jun;7(6):435-6, 41-3.
41. Dunai J, Labuschagne I, Castle DJ, Kyrios M, Rossell SL. Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2010 Sep;40(9):1541-8.
42. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1417-25.
43. Feusner JD, Moody T, Hembacher E, Townsend J, McKinley M, Moller H, et al. Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb;67(2):197-205.
44. Feusner JD, Hembacher E, Moller H, Moody TD. Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2011 Nov;41(11):2385-97.
45. Johnson S, Williamson P, Wade TD. A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*. 2018 May 30;107:83-94.
46. Li W, Lai TM, Bohon C, Loo SK, McCurdy D, Strober M, et al. Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder are associated with abnormalities in processing visual information. *Psychol Med*. 2015 Jul;45(10):2111-22.
47. Moody TD, Sasaki MA, Bohon C, Strober MA, Bookheimer SY, Sheen CL, et al. Functional connectivity for face processing in individuals with body dysmorphic disorder and anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2015 Dec;45(16):3491-503.
48. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 1998 Jun;54(4):489-99.
49. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2000 Jul-Aug;41(4):229-36.
50. Buhlmann U, Teachman BA, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*. 2009 Jun;23(5):694-702.
51. Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Mar;63(3):493-8.
52. Silver J, Reavey P, Anne Fineberg N. How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2010 Sep;14(3):190-7.
53. Wilver NL, Summers BJ, Garratt GH, Carlton CN, Cogle JR. An initial investigation of the unique relationship between disgust propensity and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Aug 17;269:237-43.
54. Phillips KA. *The broken mirror : understanding and treating body dysmorphic disorder*. Rev. and expanded ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2005.
55. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body

- dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res.* 2006 Mar 30;141(3):305-14.
56. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32.
57. Marques L, LeBlanc N, Robinaugh D, Weingarden H, Keshaviah A, Wilhelm S. Correlates of quality of life and functional disability in individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2011 May-Jun;52(3):245-54.
58. IsHak WW, Bolton MA, Bensoussan JC, Dous GV, Nguyen TT, Powell-Hicks AL, et al. Quality of life in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 2012 Dec;17(4):167-75.
59. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1129-35.
60. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res.* 2006 Mar;40(2):95-104.
61. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005 Dec;2(4):395-400.
62. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):573-91.
63. Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008 Mar;5(1):39-49.
64. Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann.* 2010;40(7):317-24.
65. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003 Jul-Aug;44(4):270-6.
66. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Mar;66(3):309-16; quiz 404-5.
67. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005 Jul-Aug;46(4):317-25.
68. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001 May;27(5):457-62.
69. Phillips KA, Atala KD, Pope HG. Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th annual meeting: Miami: American Psychiatric Association.; 1995.
70. 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(1):17-22.
71. Phillips KA, Stout RL. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res.* 2006 Jun;40(4):360-9.
72. Phillips KA. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann.* 2010 Jul;40(7):325-32.
73. Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg.* 2010 Jul;65(1):11-6.
74. Bulut OC, Wallner F, Oladokun D, Plinkert PK, Baumann I, Hohenberger R. Patients Screening Positive for Body Dysmorphic Disorder Show No Significant Health-Related Quality of Life Gain after Functional Septorhinoplasty at a Tertiary Referral Center. *Facial Plast Surg.* 2018 Jun;34(3):318-24.
75. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21(1):CD005332.

76. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998 Apr;59(4):165-71.
77. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Nov;56(11):1033-9.
78. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry*. 2001 Sep;62(9):721-7.
79. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Apr;59(4):381-8.
80. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 May;21(3):177-9.
81. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003 Jun;64(6):715-20.
82. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2016 Sep 1;173(9):887-95.
83. Phillips KA, Atala KD, Albertini RS. Case study: body dysmorphic disorder in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Sep;34(9):1216-20.
84. el-Khatib HE, Dickey TO, 3rd. Sertraline for body dysmorphic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Nov;34(11):1404-5.
85. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Apr;38(4):453-9.
86. Duggal HS, Basu S, Dutta S, Sinha VK. Sertraline and buspirone in adolescent delusional body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2001 Oct;43(4):370-1.
87. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):377-9.
88. Allen A, Hadley SJ, Kaplan A, Simeon D, Friedberg J, Priday L, et al. An open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2008 Feb;13(2):138-44.
89. Nakaaki S, Murata Y, Furukawa TA. Efficacy of olanzapine augmentation of paroxetine therapy in patients with severe body dysmorphic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;62(3):370.
90. Uzun O, Ozdemir B. Aripiprazole as an augmentation agent in treatment-resistant body dysmorphic disorder. *Clin Drug Investig*. 2010;30(10):707-10.
91. Canan F, Sinani G, Aydinoglu U. Body dysmorphic disorder incidentally treated with bupropion: a case report. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Feb;33(1):133-4.
92. Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
93. Wilhelm S, Phillips KA, Steketee G. *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder : a treatment manual*; 2013.
94. Petersen TJ, Sprich SE, Wilhelm S, Massachusetts General Hospital. *The Massachusetts General Hospital handbook of cognitive behavioral therapy*; 2016.
95. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Apr;63(2):263-9.
96. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*. 1996 Sep;34(9):717-29.
97. Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behav Modif*. 1997 Jul;21(3):324-40.
98. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):113-25.
99. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U,

- Greenberg JL, Fama JM, et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2014 May;45(3):314-27.
100. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L, Isomura K, Anson M, Turner C, Monzani B, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Body Dysmorphic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Nov;54(11):895-904.
101. Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clin Psychol Rev.* 2018 Aug 29;65:163-74.