

Algengi líkamsskynjunarröskunar á Íslandi

Hrefna Harðardóttir, Arna Hauksdóttir, Heiðrún Hlöðversdóttir,
Unnur Anna Valdimarsdóttir og Andri Steinþór Björnsson
Háskóli Íslands

Líkamsskynjunarröskun (LSR; e. body dysmorphic disorder) er geðröskun sem einkennist af þráhyggju um útlitsgalla sem er ekki til staðar. Þessum hugsunum fylgir mikil vanlíðan og skerðing á virkni. Megintilgangur rannsóknarinnar var að (a) meta algengi LSR í almennu úrtaki á Íslandi og (b) bera saman bakgrunn og klínísk einkenni þeirra sem skimast með LSR við þá sem skimast með almenna kvíðaröskun (AKR) og þátttakendur sem ekki skimast með einkenni þessara geðraskana (samanburðarhópur). Þátttakendur voru 854. Alls skimuðust 34 (4%) þátttakendur með LSR (88% konur) og 50 (6%) með AKR (64% konur). Þátttakendur sem skimuðust með LSR voru líklegri til að vera einhleypir, atvinnulausir og í veikindaleyfi eða öryrkjar en þátttakendur án LSR eða AKR. Þeir sem skimuðust með LSR sýndu jafnframt fleiri einkenni þunglyndis og streitu en einstaklingar í samanburðarhópi og voru líklegri til að hafa sjálfsvígshugsanir og að hafa gert tilraun til sjálfsvígs. Að jafnaði var ekki munur á hópunum sem skimuðust með LSR og AKR en þó var hærra hlutfall einstaklinga, sem skimuðust með LSR, sem hafði gert sjálfsvígstilraun. Niðurstöður benda til þess að LSR sé algeng geðröskun í almennu þýði sem hafi margvísleg neikvæð áhrif á líf fólks. Það er mikilvægt að auka þekkingu meðal almennings og heilbrigðisstarfsfólks á LSR, helstu einkennum hennar og viðeigandi meðferð við röskuninni.

Efnisorð: líkamsskynjunarröskun, útlitsgallar, algengi, skimun, almenn kvíðaröskun.

Líkamsskynjunarröskun (LSR; e. body dysmorphic disorder), tilheyrir nýjum flokki innan flokkunarkerfis Ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic Statistical Manual, 5. útgáfa (DSM-5)) sem nefnist *Árætti- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir* (e. Obsessive-compulsive and related disorders) (American Psychiatric Association, 2013). Helsta einkenni LSR er þráhyggja af útlitsgalla sem er ekki til staðar eða er smávægilegur. Þessum hugsunum fylgir mikil vanlíðan og skerðing á virkni, til dæmis á félagslegum samskiptum, atvinnu og námi. Nýju viðmiði var bætt við fyrir greiningu röskunarinnar í nýjustu útgáfu DSM. Viðkomandi þarf að hafa brugðist við hugsunum um líkamslýtið með einhverjum hætti (t.d. að athuga líkamshlutana í spegli, snyrta líkamshlutann, fela hann eða bera útlit sitt sífellt saman við aðra) (American Psychiatric Association, 2013).

Líkamsskynjunarröskun hefur verið lýst áður af ýmsum fræðimönnum og hefur hún gengið undir ýmsum nöfnum í meira en öld (Phillips, 1991). Röskunin hefur eingöngu verið rannsökuð

á kerfisbundinn hátt síðan um miðjan 9. áratug síðustu aldar (Crerand, Phillips, Menard og Fay, 2005). Rannsóknir á LSR hafa aukist síðustu ár en þó er margt enn óljóst hvað röskunina varðar. Hún virðist vera vangreind en jafnframt hafa alvarlegar afleiðingar í för með sér (Veale og Bewley, 2015).

Einkenni líkamsskynjunarröskunar

Það helsta sem vitað er um LSR byggist á tveimur rannsóknum sem geðlæknirinn Katharine A. Phillips gerði á tveimur stórum úrtökum einstaklinga með LSR, annars vegar 188 þátttakendum, sem leituðu meðferðar, og hins vegar

Hrefna Harðardóttir er MPH frá Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Arna Hauksdóttir er prófessor við Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Heiðrún Hlöðversdóttir, er MPH frá Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Unnur Anna Valdimarsdóttir er prófessor við Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Andri Steinþór Björnsson er prófessor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Andra, netfang: asb@hi.is.

200 þátttakendum sem tóku þátt í framsýnni langtímarannsókn á ferli LSR (Phillips og Diaz, 1997; Phillips, Menard, Fay og Weisberg, 2005c). Niðurstöður bentu til þess að kynjahlutfall LSR hafi verið nokkuð jafnt og voru konur 49% í fyrrnefndu rannsókninni og 68,5% í þeirri síðarnefndu (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Röskunin virðist koma fram að meðaltali um 16–17 ára aldur en algengast er að hún komi fram um tólf ára aldur (Björnsson o.fl., 2013). Þrátt fyrir það hefur röskunin lítið verið rannsökuð meðal barna og unglinga (Phillips o.fl., 2005c). Þeir sem þjást af LSR eyða oft mörgum klukkutímum á dag í að hugsa um útlit sitt og getur þessi þráhyggja valdið verulegu uppnámi (Phillips, 1991). Þessar hugsanir geta beinst að hvaða líkamshluta sem er en algengast er að einstaklingar séu uppteknir af húðinni (t.d. af bóllum eða hrukkum), nefi (stærð og lögun) og hári (t.d. að hár líti „ekki rétt“ út). Einstaklingar með LSR geta orðið uppteknir af mismunandi göllum á ólíkum tímabilum og yfir ævina er algengast að þeir séu uppteknir af fimm til sjö líkamshlutum (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Lítið er svo á að innsæi fólks um hvernig það lítur út í raun og veru spanni vítt róf, allt frá því að vera með gott innsæi í það að vera með ekkert innsæi og miklar ranghugmyndir um eigið útlit (American Psychiatric Association, 2013). Ranghugmyndir hjá sjúklingum með LSR einkennast af því að þeir eru sannfærðir um að tilteknir líkamshlutar séu ljótir eða jafnvel afskræmdir og að aðrir sjái það sama og þeir (Eisen, Phillips, Coles og Rasmussen, 2004).

Fólk með LSR bregst næstum alltaf við þráhyggjunni með einhvers konar athöfnum til að draga úr þeirri vanlíðan sem fylgir hugsunum þótt athafnirnar hafi oft þveröfug áhrif. Einstaklingar með LSR eiga erfitt með að stjórna þessari hegðun og ver helmingur þeirra þremur klukkutímum á dag eða meira í hegðunina (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy og Carter, 1998; Phillips, McElroy, Keck, Pope og Hudson, 1993). Dæmi um þessa hegðun er að einstaklingurinn ber líkamshluta sína saman við líkamshluta annarra, athuga þá endurtekið í spegli, biðja um

hughreystingu frá öðrum og snyrta sig óhóflega mikið (American Psychiatric Association, 2013). Einnig er algengt að þeir hylji „galla“ sinn, til dæmis með farða, húfu eða klæðnaði. Slíkri öryggishegðun er ætlað að koma í veg fyrir að þeir verði sér til skammar eða verði niðurlægðir (Phillips, 2009). Fólk með LSR forðast yfirleitt tilteknar félagslegar aðstæður af ötta við höfnun vegna þess hvernig það upplifir eigið útlit og getur slík forðun leitt til mikillar félagslegrar einangrunar (Kelly, Walters og Phillips, 2010).

Algengi

LSR virðist vera vangreind geðröskun meðal annars vegna þess að fólk með þessa röskun upplýsir meðferðaraðila sjaldan um þessar hugsanir og hegðun. Í fimm rannsóknum var skimað fyrir LSR hjá þátttakendum og metið hvort þeir hefðu áður fengið greiningu á henni í sjúkraskrá sinni. Þátttakendur voru ýmist innliggjandi á geðdeild eða sóttu meðferð á göngudeild geðspítala og kom í ljós að enginn af þeim sem greindist með LSR hafði áður fengið þá greiningu. Þá kom einnig fram að enginn þátttakandi taldi sig myndu ræða um einkenni sín að fyrra bragði heldur einungis ef meðferðaraðili spyrði beint um útlitstengdar hugsanir, jafnvel þótt þátttakendurnir teldu að neikvæðar hugsanir um útlit væri þeirra meginvandi (Dyl, Kittler, Phillips og Hunt, 2006; Grant, Kim og Crow, 2001; Phillips o.fl., 1993; Phillips, Nierenberg, Brendel og Fava, 1996; Zimmerman og Mattia, 1998). Helstu ástæður fyrir því að halda þessum hugsunum leyndum voru skömm, ótti við neikvæð viðbrögð frá meðferðaraðila eða skilningsleysi og að gera sér ekki grein fyrir því að LSR er raunveruleg geðröskun sem hægt er að meðhöndla (Conroy o.fl., 2008).

Almennt þýði

Sjö rannsóknir hafa kannað algengi LSR á full-orðnu fólki í almennu þýði í Bandaríkjunum, Þýskalandi, Svíþjóð og Ítalíu. Fjöldi þátttakenda var 673–2552 og algengið mældist á bilinu 0,7%–3,2% (Brohede, Wingren, Wijma og Wijma, 2015; Buhlmann o.fl., 2010; Faravelli o.fl., 1997; Koran, Abujoude, Large og Serpe, 2008; Otto, Wilhelm, Cohen og Harlow, 2001;

Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen og Brahler, 2006; Schieber, Kollei, de Zwaan og Martin, 2015). Í yfirlitsgrein var vegið algengi þessara sjö rannsókna 1,9% (Veale, Gledhill, Christodoulou og Hodsoll, 2016). Þetta bendir til þess að LSR sé algengari en lystarstol og geðklofi en þær geðraskanir hafa fengið mun meiri athygli rannsakenda og meðferðaraðila í gegnum tíðina (Hudson, Hiripi, Pope og Kessler, 2007; McGrath, Saha, Chant og Welham, 2008; Merikangas o.fl., 2007). Til samanburðar má nefna að algengi almennrar kvíðaröskunar (e. generalized anxiety disorder) í almennu þýði er á bilinu 1,3–3,1% en lífstíðaralgengi röskunarinnar er á bilinu 4,5–5,1%, og er hún tvöfalt algengari hjá konum en körlum (Carter, Wittchen, Pfister og Kessler, 2001; Kringlen, Torgersen og Cramer, 2001; Pirkola o.fl., 2005; Wittchen, Zhao, Kessler og Eaton, 1994).

Nemendaúrtök

Átta erlendar rannsóknir hafa verið gerðar meðal háskólanema þar sem þátttakendafjöldi var 101–1041. Niðurstöður bentu til þess að algengi LSR sé nokkuð breytilegt og örlítið hærra hjá háskólanemum en í almennu úrtaki, eða 1,2%–5,8% og er vegið algengi úr þessum rannsóknum 3,3% (Bartsch, 2007; Bohne, Keuthen, Wilhelm, Deckersbach og Jenike, 2002a; Bohne o.fl., 2002b; Boroughs, Krawczyk og Thompson, 2010; Cansever, Uzun, Donmez og Ozsahin, 2003; Liao o.fl., 2009; Sarwer o.fl., 2005; Taqui o.fl., 2008; Veale o.fl., 2016).

Klínísk úrtök

Röskunin er algeng á meðal þeirra sem sækja þjónustu á geðspítala. Þrjár erlendar rannsóknir, sem könnuðu algengi LSR á göngudeildum geðspítala, sýndu að algengi var á bilinu 3,2%–11,0% og er vegið algengi 5,8% (Kelly, Zhang og Phillips, 2015; Veale o.fl., 2016; Wilhelm, Otto, Zucker og Pollack, 1997; Zimmerman og Mattia, 1998). Algengi LSR meðal sjúklinga sem leita sálrænnar meðferðar á dagdeild er 7,2% og lífstíðaralgengi er 9,1% (Bjornsson o.fl., 2016). LSR hjá fullorðnum sjúklingum, sem liggja á geðspítala, hefur verið metin í fjórum rannsóknum og er algengi þar á bilinu 1,9%–16,0% og

vegið algengi 7,4% (Conroy o.fl., 2008; Grant o.fl., 2001; Kollei o.fl., 2011; Veale, Akyuz og Hodsoll, 2015; Veale o.fl., 2016). Algengi LSR hjá unglingum á lokuðum geðdeildum hefur verið metið í tveimur erlendum rannsóknum og er það 6,7% og 14,0% og vegið algengi er 7,4% (Dyl o.fl., 2006; Grant o.fl., 2001; Veale o.fl., 2016).

Algengi LSR á stofum lýta- og húðlækna

Algengt er að þeir sem þjást af LSR sækji í fegrunaraðgerðir eða húðmeðferð til að laga „útlitsgalla“ sinn. Algengi LSR hjá þeim sem leita meðferðar á húðmeðferðarstofu er á bilinu 4,2%–29,0% og vegið algengi 11,3% (Calderon o.fl., 2009; Conrado o.fl., 2010; Dogruk o.fl., 2014; Hsu, Ali Juma og Goh, 2009; Phillips, Dufresne, Wilkel og Vittorio, 2000; Veale o.fl., 2016). Ellefu erlendar rannsóknir hafa verið birtar sem kanna algengi LSR meðal einstaklinga sem leita til lýtalækna. Niðurstöður benda til þess að algengið í þessum aðstæðum virðist breytilegt eða á bilinu 6,3%–53,0%. Þessi breytileiki gæti meðal annars stafað af litlu samræmi í mælitækjum sem notuð eru til að skima fyrir einkennum röskunarinnar en vegið algengi úr þessum rannsóknum er 13,2%. Það bendir til þess að margir þeirra sem leita til húð- og lýtalækna eru í raun með LSR (Altamura, Paluello, Mundo, Medda og Mannu, 2001; Aouizerate o.fl., 2003; Bellino o.fl., 2006; Dey o.fl., 2015; Ishigooka o.fl., 1998; Lai, Lee, Yeh og Chen, 2010; Pavan o.fl., 2006; Sarwer, Wadden, Pertschuk og Whitaker, 1998; Vargel og Ulusahin, 2001; Veale o.fl., 2016; Veale o.fl., 2014; Vindigni o.fl., 2002).

LSR á Íslandi

Ein rannsókn hefur verið birt á Íslandi sem kannar LSR meðal skjólstæðinga sem sóttu meðferð hjá átröskunarteymi geðsviðs Landspítala (Ásmundur Gunnarsson, Sigurlaug María Jónsdóttir og Andri S Björnsson, 2014). Þátttakendur voru 24 konur og greindust 37,5% þeirra með LSR. Um 33% þátttakenda, sem greindust með LSR, höfðu áður fengið þá greiningu. Þátttakendur með LSR voru líklegri til að greina frá sjálfsvígshugsunum og einnig að hafa gengist undir lýtaaðgerð en aðrir þátttakendur. Önnur rannsókn kannaði algengi húðkroppunaráráttu meðal 55

háskólanema á Íslandi og voru 9% þátttakenda með húðkroppunaráráttu einnig með LSR (Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar P. Ólafsson, 2009).

Fylgiraskanir

Algengt er að einstaklingar með LSR séu einnig með aðrar geðraskanir. Algengasta fylgiröskunin er alvarlegt þunglyndi sem virðist oft stafa af þeirri vanlíðan sem LSR hefur í för með sér en þar er ævialgengi samsláttar um 75%, þar á eftir er áfengis- og fíkniefnamisnotkun (30–50%), félagsfælni (37–39%) og áráttu- og þráhyggjuröskun (32–33%). Því fleiri fylgiraskanir sem einstaklingur þjáist af þeim mun neikvæðari áhrif hefur það á líf hans (Grant, Menard, Pagano, Fay og Phillips, 2005; Gunstad og Phillips, 2003; Phillips o.fl., 2005c).

Lífsgæði og sjálfsvígshætta

LSR getur haft gríðarleg áhrif á þá sem þjáast af röskuninni. Fyrirgreindar rannsóknir Phillips á LSR sýna að almennt eru lífsgæði fólks með LSR minni en hjá fólki úr almennu úrtaki en 22,7% fyrrnefnda hópsins eru á örorkubótum, 38% eru atvinnulaus og 77% telja að einkenni sín hafi neikvæð áhrif á náms- og starfsgetu sína (Didie, Menard, Stern og Phillips, 2008; Phillips og Diaz, 1997; Phillips, Menard, Fay og Pagano, 2005b; Phillips o.fl., 2005c). Einstaklingar með LSR eru líklegri til að vera einhleypir (31%) og með lægri tekjur en þeir sem eru lausir við röskunina (Rief o.fl., 2006). Á bilinu 27–31% fólks með LSR hafa ekki yfirgefið heimili sitt í viku eða meira einhvern tíma á ævinni vegna hugsana um eigið útlit (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Sjálfvígshugsanir eru yfirleitt þrálátar hjá fólki með LSR en í einni rannsókn höfðu 78% þátttakenda með LSR einhvern tíma á lífsleiðinni hugsað um að fyrirfara sér og um 28% höfðu reynt að fremja sjálfsvíg (Phillips o.fl., 2005a). Í kerfisbundnu yfirliti, sem kannaði tíðni sjálfsvígshugsana og -tilrauna hjá einstaklingum með LSR, kom í ljós að tíðni sjálfsvígshugsana er á bilinu 17%–72% og tíðni sjálfsvígstilrauna er á bilinu 2,6%–62,0% (Angelakis, Gooding og

Panagioti, 2016). Í langtímarannsókn til fjögurra ára var sjálfsvígstíðnin 45 sinnum hærri en í almennu þýði sem er hærra hlutfall en hjá fólki með þunglyndi, átraskanir eða geðhvörf (Harris og Barraclough, 1997; Phillips og Menard, 2006).

Tilgangur rannsóknar

Aðeins ein rannsókn hefur verið birt hér á landi sem kannar algengi LSR og hún var gerð á klínísku úrtaki. Sú rannsókn, sem um ræðir í þessari grein, er fyrsta rannsókn á Íslandi sem kannar algengi í almennu úrtaki.

Megintilgangur rannsóknarinnar var að (a) meta algengi LSR í almennu úrtaki á Íslandi og (b) bera bakgrunn og fylgieinkenni þeirra sem skimast með LSR saman við hóp sem skimast með almenna kvíðaröskun (AKR) – en það er röskun sem hefur mikil áhrif á líf þeirra sem greinast með hana – en einnig við hóp sem ekki skimast með einkenni þessara geðraskana (samanburðarhóp). Fyrir fram var búist við því að þeir sem skimast með LSR sýni alvarlegri einkenni þunglyndis, kvíða, streitu og almennt lélegri virkni en samanburðarhópur. Einnig var búist við því að þeir sem skimast með LSR hafi tíðari sjálfsvígshugsanir og hafi oftast reynt sjálfsvíg en þeir sem skimast með AKR og þeir sem skimast ekki með þessar raskanir.

Aðferð

Þátttakendur

Alls fengu 1640 einstaklingar á aldrinum 20–69 ára boð um þátttöku í rannsókninni sem var hluti af rannsókninni *Heilsusaga Íslendinga* og var framkvæmd í samstarfi Háskóla Íslands og Krabbameinsfélags Íslands. Gagnasöfnun hófst í febrúar 2014 og stóð fram í maí sama ár. Úrtak kvenna, sem átti tíma í krabbameinsskoðun hjá Leitarstöð Krabbameinsfélagsins í Reykjavík, fékk boð um þátttöku. Karlar á höfuðborgarsvæðinu voru valdir með slembivali úr Þjóðskrá og allir þátttakendur fengu sent kynningarbréf og símtal með boði um þátttöku. Notuð voru gögn frá 854 þátttakendum, sem svöruðu spurningalistanum *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ, sjá síðar í greininni) sem metur LSR,

376 körlum ($M = 45,6$ ára, $sf = 13,2$ ár) og 478 konum ($M = 52,6$ ára, $sf = 11,1$ ár). Þátttakendum var skipt í þrjá hópa: Þá sem skimuðust með LSR ($n = 34$), þá sem skimuðust með almenna kvíðaröskun en ekki með LSR ($n = 50$) og þá sem skimuðust með hvoruga röskunina (samanburðarhópur, $n = 770$). Þeir sem skimuðust bæði með LSR og almenna kvíðaröskun voru settir í LSR-hópinn. Allir þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki og fylltu út rafrænan spurningalista. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og fékk leyfi Vísindasiðanefndar (VSNb2013010025/03.07).

Mælitæki

Bakgrunnsbreytur

Þátttakendur voru beðnir um að veita upplýsingar um ýmsa bakgrunnspætti eins og kyn, aldur, hjúskaparstöðu, menntunarstig, stöðu á atvinnu-markaði og tekjur.

Body Dysmorphic Disorder Questionnaire

Spurningalistinn *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ) var notaður til að skima fyrir einkennum líkamsskynjunarröskunar. Listinn er sjálfsmatskvarði með fjórum spurningum sem byggjast á greiningarviðmiðum DSM-IV (Phillips, 2005). Listinn var þýddur árið 2013 af Ásmundi Gunnarssyni og Andra Steinþóri Björnssyni. Þeir þátttakendur, sem svöruðu fyrstu tveimur spurningum listans játandi, héldu áfram með listann. Þær eru „Hefur þú áhyggjur af útliti þínu?“ og „Hugsar þú mikið um útlitstengd vandamál þín og vildir að þú gætir hugsað minna um þau?“ Þriðja atriði listans snýr að þeim áhrifum sem hugsanirnar hafa haft á líf þátttakanda þar sem viðkomandi þurfti að haka í að minnsta kosti einn valmöguleika af fjórum: „Þær hafa komið mér í uppnám“, „Þær hafa komið í veg fyrir samskipti með vinum mínum eða haft neikvæð áhrif á samskipti við annað fólk, félagslíf eða tilhugalíf“, „Þær hafa valdið mér vandamálum í skóla, vinnu eða á öðrum sviðum“ og „Það er eitthvað sem ég forðast vegna útlits míns“. Fjórða og síðasta atriðið metur þann tíma sem fer í að hugsa um útlitið á venjulegum degi (þar sem viðkomandi þarf að leggja saman

heildartímann yfir daginn). Þar eru valmöguleikarnir: „minna en 1 klst á dag“, „1–3 klst á dag“ og „meira en 3 klst á dag“. Samkvæmt DSM-5 er miðað við að fólk þurfi að verja klukkustund eða meira á dag í þrálátar hugsanir um útlit sitt. Mælitækið var hannað til að skima fyrir LSR og fyrri erlend rannsókn á 66 þátttakendum á geðdeild gaf til kynna að mælitækið hafi 100% næmi og um 89% sértæki (Crerand o.fl., 2005). Réttmæti BDDQ-spurningalistans var metið í almennu þýði í Svíþjóð og kom þá í ljós að listinn hafði 94% næmi og 90% sértæki, 71% af þeim þátttakendum, sem skimuðust með LSR samkvæmt BDDQ, voru greindir með röskunina í klínísku greiningarviðtali (Brohede, Wingren, Wijma og Wijma, 2013). Próffræðilegir eiginleikar listans hafa ekki verið skoðaðir hérlandis.

General Anxiety Disorder-7

Spurningalistinn *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) er sjö atriða sjálfsmatsmælikvarði sem var notaður til að skima fyrir og mæla alvarleika einkenna almennrar kvíðaröskunar (GAD) og svara þátttakendur hversu vel atriðin eiga við síðustu tvær vikur. Þátttakandi er beðinn um að svara sjö spurningum á fjögurra punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „nokkra daga“, 2 = „meira en helming tímans“ og 3 = „nánast daglega“) þar sem alls er hægt að skora 0–21 stig. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þú verið spennt(ur) á taugum og kvíðin(n)?“ og „Hefur þér ekki tekist að bægja frá þér áhyggjum eða hafa stjórn á þeim?“. Miðað var við að þeir sem fengu 10 stig eða fleiri á spurningalistanum skimuðust með almenna kvíðaröskun og er þetta í samræmi við rannsókn Spitzers og félaga sem sýnir að mælitækið hefur 89% næmi og 82% sértæki (Spitzer, Kroenke, Williams og Lowe, 2006). Innri áreiðanleiki spurningalistans er einnig góður. Íslenska útgáfan af GAD-7 er talin hafa viðunandi próffræðilega eiginleika (Rósa Ingólfssdóttir, 2014).

Perceived Stress Scale

Mælitækið *Perceived Stress Scale* (PSS-10) var notað til að meta upplifun þátttakanda af streitu undanfarinn mánuð. Spurningalistinn samanstendur af 10 atriðum sem eru metin á 5

punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „sjaldan“, 2 = „stundum“, 3 = „oft“ og 4 = „mjög oft“. Atriðin eru lögð saman og hærrí gildi á listanum gefa til kynna meiri streitu þátttakanda. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þér fundist þú vera ófær um að hafa stjórn á mikilvægum þáttum í lífi þínu?“ og „Hefur þér fundist þú ekki ráða við það sem þér bar að framkvæma?“ Rannsóknir benda til þess að innri áreiðanleiki listans sé góður ($\alpha = 0,75\text{--}0,86$) og hefur hann fylgni við aðra lista sem mæla streitu (Cohen, Kamarck og Mermelstein, 1983). Mælitækið var þýtt af Guðrúnu Árnadóttur en ekki hafa verið birtar niðurstöður um próffræðilega eiginleika íslensku þýðingarinnar.

Patient Health Questionnaire-9

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) er sjálfsmatskvarði sem var notaður til að skima fyrir einkennum þunglyndis og meta alvarleika þeirra samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV. Kvarðinn inniheldur 9 atriði þar sem spurt er hve oft á síðustu tveimur vikum viðkomandi hefur fundið fyrir ákveðnum vandamálum. Svarað er á fjögurra punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „nokkra daga“, 2 = „meira en helming tímans“ og 3 = „nánast daglega“) þar sem hægt er að fá 0–27 stig. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þú verið niðurdregin(n), dapur/döpur eða vonlaus“ og „Hefur þú átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina eða sofið of mikið“. Tulkun á stigafjölda er eftirfarandi: 5–9 stig: væg þunglyndiseinkenni; 10–14 stig: miðlungsalvarleg þunglyndiseinkenni; 15–19 stig: miðlungs til alvarleg þunglyndiseinkenni; 20–27 stig: alvarleg þunglyndiseinkenni. Próffræðilegir eiginleikar listans eru góðir en rannsóknir sýna að spurningalistinn hefur 88% næmi og 88% sértæki (Kroenke, Spitzer og Williams, 2001). Próffræðilegir eiginleikar íslensku þýðingarinnar hafa verið metnir og er innri áreiðanleiki spurningalistans góður (Cronbach $\alpha = 0,61\text{--}0,95$) (Valdís Eyja Pálsdóttir, 2007).

The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

The Alcohol Use Disorder identification Test (AUDIT) er sjálfsmatsmælikvarði sem var útbúiinn

af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) til að skima fyrir áfengisvanda. Mælitækið inniheldur 10 spurningar sem tengjast áfengisneyslu, því hversu háður áfengi einstaklingur er og vandamálum sem tengjast áfengisdrykkju. Gefur hver spurning 0–4 stig. Aukinn fjöldi stiga gefur til kynna auknar líkur á áfengisvanda (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente og Grant, 1993). Rannsóknir benda til þess að þeir sem fá 8 stig eða fleiri á kvarðanum séu með áfengisvanda, með sértæki á bilinu 66% (Nayak, Bond, Cherpitel, Patel og Greenfield, 2009) til 85% (Tsai, Tsai, Chen og Liu, 2005) og næmi frá 94% (Nayak o.fl., 2009) til 96% (Tsai o.fl., 2005). Próffræðilegir eiginleikar kvarðans hafa ekki verið skoðaðir hérlandis.

Vímuefnavandi

Vímuefnavandi yfir ævina hjá þátttakendum var metinn með sex spurningum. Fyrsta spurningin kannaði hvort viðkomandi hefði tekið einhvers konar efni, fyrir utan áfengi og tóbak, til að komast í vímu. Önnur spurning kannaði hvort viðkomandi notaði efnin reglulega. Ef hann svaraði báðum spurningum játandi var hann metinn með vímuefnavanda. Eins var spurt um stílanotkun og lyfseðilsskyld lyf til að komast í vímu og þurfti viðkomandi að nota efnið reglulega til að vera skilgreindur með vímuefnavanda.

Sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir

Sjálfsvígshugsanir voru metnar með spurningunni „Hefur þú einhvern tíma íhugað alvarlega að stytta þér aldur?“ þar sem svarmöguleikarnir voru „Nei“, „Já, einu sinni“, „Já, nokkrum sinnum“, „Já, oft“ og „Veit ekki/kýs að svara ekki“. Þeir sem höfðu hugsað um að fremja sjálfsvíg einu sinni eða oft var metnir með sjálfsvígshuganir. Sjálfsvígstilraunir voru metnar með spurningunni „Hefur þú einhvern tíma gert tilraun til að stytta þér aldur?“ þar sem svarmöguleikarnir voru „Já“, „Nei“ og „Veit ekki/kýs að svara ekki“.

Úrvinnsla

Tölfræðiforritið R (útgáfa 1.0.153) var notað við úrvinnslu gagna. Lýsandi tölfræði (meðaltöl, staðalfrávik og hlutföll) var notuð til að lýsa þátttakendum. T-próf og Kí-kvaðröt eða

Tafla 1 Bakgrunnur þátttakenda með líkamsskynjunarröskun, almenna kvíðaröskun og bakgrunnur frá samanburðarhópi.

Breytur ^a	LSR (n=34)	Almenn kvíðaröskun (n=50)	Samanburðar- hópur (n=770)	p-gildi ^b	p-gildi ^c	p-gildi ^d
Lýðfræðilegar breytur						
Kyn (% konur)	30 (88,2)	32 (64,0)	416 (54,0)	0,02 ^{*c}	<0,01 ^{**c}	<0,01 ^{**c}
Aldur	43,1 (13,1)	45,2 (12,9)	47,0 (12,6)	0,19 ^f	<0,01 ^{**f}	0,12 ^f
20 – 35	9 (26,5)	11 (22,0)	120 (15,8)			
36 – 50	14 (41,2)	15 (30,0)	261 (34,3)			
51 – 69	11 (32,4)	24 (48,0)	379 (49,9)			
Hjúskaparstaða				0,83 ^c	0,04 ^{**}	0,08 ^c
Einhleyp(ur)	12 (35,3)	15 (30,6)	148 (19,4)			
Í sambandi/gift(ur)	22 (64,7)	34 (69,4)	613 (80,6)			
Menntun				0,47 ^c	0,25 ^c	0,28 ^c
Grunnskóli	8 (20,6)	9 (18,0)	130 (16,9)			
Framhaldsmenntun	11 (32,4)	20 (40,0)	217 (28,1)			
Háskólamenntun	9 (26,5)	17 (34,0)	324 (42,1)			
Annað	6 (17,6)	4 (8,0)	98 (12,7)			
Atvinnustaða				0,3 ^c	0,02 ^{**}	<0,01 ^{***}
Í starfi/námi	24 (70,6)	39 (78,0)	650 (84,4)			
Atvinnulaus	3 (8,8)	2 (4,0)	21 (2,7)			
Veikindaleyfi/örorka	5 (14,7)	9 (18,0)	42 (5,5)			
Eftirlaun/heimavinnandi/orlof	2 (5,8)	0	53 (6,9)			
Tekjur (á mánuði)				0,54 ^c	<0,01 ^{***}	0,11 ^c
<300 þús. kr.	17 (54,8)	21 (43,7)	221 (30,4)			
301 – 500 þús. kr.	12 (38,7)	18 (37,5)	257 (35,4)			
501 – 700 þús. kr.	1 (3,2)	4 (8,3)	140 (19,3)			
>700 þús. kr.	1 (3,2)	5 (10,4)	107 (14,8)			

^a Niðurstöður kynntar sem n (%) eða meðaltal (sf).^b LSR-hópur borinn saman við hóp sem skimaðist með almenna kvíðaröskun.^c LSR-hópur borinn saman við samanburðarhóp.^d Hópur með almenna kvíðaröskun borinn saman við samanburðarhóp.^e Fisher's exact test.^f T-próf.

* Marktækt miðað við vengigildið 0,05.

** Marktækt við vengigildið 0,01.

Fisher's exact test voru notuð til að bera saman bakgrunnsbreytur og klínísk einkenni á milli þátttakenda sem skimuðust með LSR, þátttakenda sem skimuðust með almenna kvíðaröskun og þátttakenda í samanburðarhópi. Í marktektarprófum var miðað við alfastuðul (α) 0,05.

Niðurstöður

Bakgrunnur

Kynjahlutfall úrtaksins í heild sinni var nokkuð jafnt, þar sem 56,3% voru konur og meðalaldur þátttakanda var 49,5 ár ($sf = 10,6$). Um 96% þátttakenda fæddust á Íslandi og voru 80% í föstu sambandi, 41% hafði lokið háskólaprófi og voru 79% í vinnu. Í töflu 1 má sjá samanburð á lýðfræðilegum breytum hópanna þriggja, það er þeirra þátttakenda sem skimuðust með LSR, þeirra sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (og skimuðust ekki með LSR) og svo að lokum þátttakenda í samanburðarhópi (sá hópur sem hvorki skimaðist með LSR né almenna kvíðaröskun). Hæst hlutfall kvenna var í LSR-hópnum (88%) samanborið við hóp með almenna kvíðaröskun (64%; $p = 0,02$) og samanburðarhóp án beggja raskana (54%; $p < 0,01$). Enginn annar munur var á bakgrunnsbreytum þeirra sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun. Enginn munur var á menntun hjá hópnum þremur. Marktækur munur var á aldri ($p < 0,01$), hjúskaparstöðu ($p = 0,04$) og atvinnustöðu ($p = 0,02$) hjá LSR-hópnum og samanburðarhópi, þar sem þátttakendur sem skimuðust með LSR voru yngri en þátttakendur í samanburðarhópi, líklegri til að vera einhleypir, atvinnulausir og í veikindaleyfi eða öryrkjar. Alls voru 8,8% þeirra sem skimuðust með LSR atvinnulausir og 14,7% í veikindaleyfi eða öryrkjar samanborið við 2,7% atvinnulausra og 5,5% í veikindaleyfi eða öryrkjar í samanburðarhópi. Einnig var marktækur munur á atvinnustöðu hjá hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun og samanburðarhópi ($p < 0,01$) þar sem þátttakendur, sem skimuðust með almenna kvíðaröskun, voru líklegri til að vera í veikindaleyfi eða öryrkjar. Marktækur munur var á mánaðartekjum þátttakenda sem skimuðust með LSR og þátttakenda í samanburðarhópi ($p < 0,01$) en um 55% þátttakenda

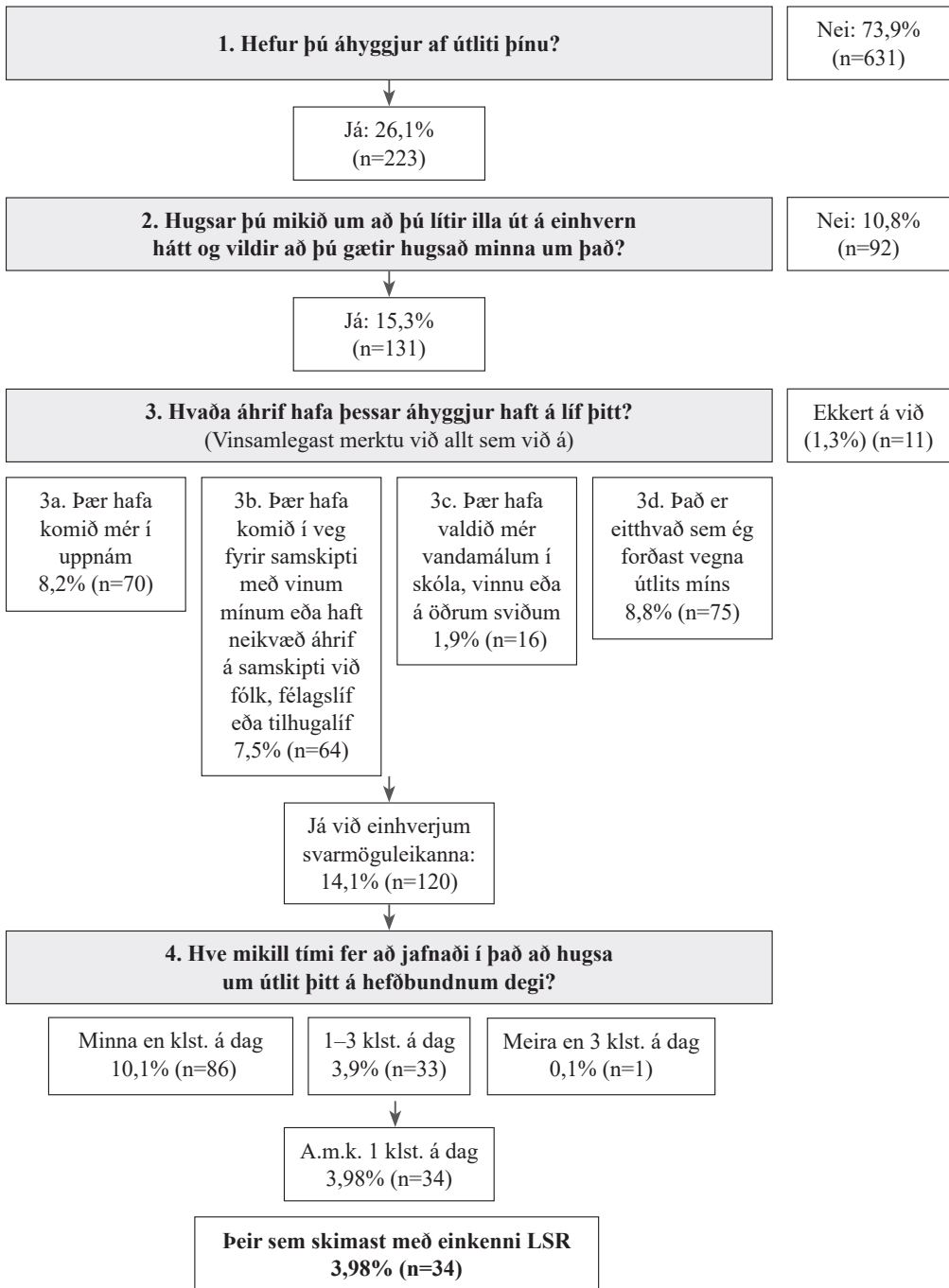
í fyrirnefnda hópnum voru með lægri tekjur en 300 þúsund krónur á mánuði samanborið við 30% í samanburðarhópi og aðeins voru 6% af fyrirnefnda hópnum með hærri tekjur en 700 þúsund á mánuði borið saman við tæp 30% í þeim síðarnefnda. Ekki var marktækur munur á tekjum hjá LSR-hópi og hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun en þó voru þátttakendur, sem skimuðust með LSR, líklegri til að vera með lægri laun en þátttakendur sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (55% borið saman við 44%), og ólíklegri til að vera með hærri laun en 700 þúsund krónur á mánuði heldur en einstaklingar sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (3% samanborið við 10%). Enginn munur var á mánaðartekjum hjá hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun og samanburðarhópi.

Algengi

Í töflu 1 má sjá hvernig þátttakendur svöruðu hverri spurningu mælitækisins BDDQ. Alls voru 26% þátttakanda með neikvæðar hugsanir um útlit sitt og um 14% töldu að áhyggjurnar sem þeir höfðu af útliti sínu hefðu einhver neikvæð áhrif á líf þeirra (sjá spurningu 3). Af þeim sem svöruðu spurningunni um áhyggjur af útliti sínu játandi voru 65% konur. Alls skimuðust 4% þátttakenda með LSR, eða 34 af 854 þátttakendum, og voru konur þar í talsverðum meirihluta (88%). Meðalaldur þeirra sem skimuðust með LSR var 43,1 ár ($sf = 13,1$). Alls skimuðust 6% (50 af 854) þátttakenda með almenna kvíðaröskun og var meirihluti þeirra konur (64%) (meðalaldur 46 ár ($sf = 12,9$)).

Fylgiraskanir og liðan

Í töflu 2 má sjá mun á ýmsum fylgiröskunum og einkennum milli hópa. Þeir sem skimuðust með almenna kvíðaröskun voru með fleiri einkenni þunglyndis og streitu en þeir sem skimuðust með LSR en munurinn var þó ekki marktækur. Þátttakendur, sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun, voru með hærri þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni og streitueinkenni en samanburðarhópur án beggja raskana og var munurinn marktækur. Einstaklingar, sem skimuðust með LSR (35%) og almenna kvíðaröskun (38%), voru líklegri



Mynd 1 Svör þátttakenda við spurningalistanum BDDQ (n=854).

til að þjást af fíknivanda en einstaklingar án beggja raskana (19%). Þátttakendur í LSR-hópnum og þátttakendur, sem skimuðust með

almenna kvíðaröskun, voru líklegri til að hafa sjálfsvígshugsanir en samanburðarhópur, 38% í LSR-hópi, 34% í hópi sem skimaðist með

Tafla 2 Framvinda og lífsgæði þátttakenda með líkamsskynjunarröskun, almenna kvíðaröskun og í samanburðarhópi.

Breytur ^a	LSR (n=34)	Almenn kvíðaröskun (n=50)	Samanburðar- hópur (n=770)	p-gildi ^b	p-gildi ^c	p-gildi ^d
Þunglyndi ^e	9,6 (5,9)	10,7 (5,2)	3,1 (3,0)	0,41 ^j	<0,01 ^{i **}	<0,01 ^{j**}
Kvíði ^f	8 (4,7)	12,1 (2,4)	2,8 (2,5)	<0,01 ^{j**}	<0,01 ^{j**}	<0,01 ^{j**}
Streita ^g	17,3 (7,5)	19,6 (4,7)	10,6 (5,2)	0,13 ^j	<0,01 ^{i **}	<0,01 ^{j**}
Áfengisvandi ^h	8 (4,1)	9,2 (6,1)	6,5 (3,4)	0,53 ^j	0,22 ^j	0,06 ^j
Fíkniefnavandi	12 (35,3%)	19 (38,0%)	146 (18,9%)	0,98 ⁱ	0,03 ^{i*}	<0,01 ^{i **}
Sjálfsvígshugsanir	13 (38,2%)	17 (34,0%)	70 (9,1%)	0,87 ⁱ	<0,01 ^{i **}	<0,01 ^{i **}
Sjálfsvígstilraunir	6 (17,6%)	3 (6,0%)	13 (1,2%)	0,18 ⁱ	<0,01 ^{i **}	0,11 ⁱ

^a Niðurstöður kynntar sem n (%) eða meðaltal (sf).

^b LSR-hópur borinn saman við hóp með almenna kvíðaröskun (þeir sem skoruðu hærra en 10 á GAD-7).

^c LSR-hópur borinn saman við samanburðarhóp.

^d Hópur með almenna kvíðaröskun borinn saman við samanburðarhóp.

^e Þunglyndi var metið með mælitækinu PHQ-9, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á PHQ-9 (sf).

^f Kvíði var metinn með mælitækinu GAD-7, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á GAD-7 (sf).

^g Streita var metin með mælitækinu PSS-10, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á PSS-10 (sf).

^h Áfengisvandi var metinn með spurningalistanum AUDIT, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á AUDIT.

ⁱ Fisher's exact test

^j T-próf

* Marktækt við vengigildið 0,05.

** Marktækt við vengigildið 0,01

almenna kvíðaröskun og 9% í samanburðarhópi. Sjálfsvígstilraunir voru marktækt algengari hjá LSR-hópnum (18%) miðað við samanburðarhópinn (1%), en ekki var munur á LSR-hópi og hópi með almenna kvíðaröskun (6%) og síðarnefnda hópnum og samanburðarhópi.

Umræða

Þessi rannsókn er sú fyrsta á Íslandi og önnur á Norðurlöndunum sem kannar algengi LSR í almennu þýði (Brohede o.fl., 2015). Niðurstöður benda til þess að LSR sé algeng röskun í almennu þýði hér á landi en alls skimuðust 4% með LSR samkvæmt spurningalistanum BDDQ. Að auki höfðu 26% þátttakenda áhyggjur af útliti sínu en uppfylltu ekki skilmerki fyrir greiningu LSR. Vert er að taka fram að til að greina LSR er nauðsynlegt að fari fram greiningarviðtal til að ganga úr skugga um að útlitsgallar séu ekki raunverulegir og að einkennin skýrist ekki betur

með annarri geðröskun. BDDQ er skimunartæki, en þó má nefna að fyrri rannsókn bendir til þess að næmi þess sé 94% og sértæki 90%, og 71% þeirra sem skimast með LSR greinist með röskunina í klínísku greiningarviðtali (Brohede o.fl., 2013). Ef áætlað er að um 71% þátttakenda með einkenni LSR nái greiningarviðmiðum í klínísku viðtali þá eru tæplega 3% þátttakenda með LSR. Þetta er hærra algengi LSR en í flestum öðrum erlendum rannsóknum, sem gerðar hafa verið á úrtaki úr almennu þýði, þar sem algengi hefur mælst 0,7–3,2% og vegið meðaltal 1,2% (Brohede o.fl., 2015; Buhlmann o.fl., 2010; Faravelli o.fl., 1997; Koran o.fl., 2008; Otto o.fl., 2001; Rief o.fl., 2006; Schieber o.fl., 2015).

Niðurstöður sýndu að konur voru 88% af þeim sem skimuðust með röskunina en hingað til hafa rannsóknir bent til þess að hlutfallið sé mun jafnara (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Enginn munur var á hæsta menntunarstigi hjá þeim er skimuðust með LSR og hjá

þátttakendum í samanburðarhópi. Það er ekki í takt við fyrri rannsóknir en samkvæmt þeim eru einstaklingar með LSR almennt með minni menntun en þeir sem eru heilbrigðir (Phillips o.fl., 2005c). Niðurstöður sýndu, í samræmi við fyrri rannsóknir, að algengara var að þátttakendur í LSR-hópi væru einhleypir borið saman við samanburðarhóp (35% á móti 19%) sem er hugsanlega vegna þeirrar félagslegu einangrunar sem röskuninni fylgir (Rief o.fl., 2006). Munur var á hópi þátttakenda sem skimuðust með LSR og samanburðarhópi þegar atvinnustaða þeirra var skoðuð, þótt munurinn hafi ekki náð tölfræðilegri marktækt, og voru þeir fyrrnefndu líklegri til að vera atvinnulausir, í veikindaleyfi eða öryrkjar borið saman við þátttakendur í samanburðarhópi sem er í takt við fyrri rannsóknir (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Þá var einnig munur á mánaðartekjum milli hópa en líkt og niðurstöður fyrri rannsókna hafa bent til eru einstaklingar með LSR líklegri til að vera með lægri tekjur en þeir sem eru ekki með röskunina (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c).

Fyrir fram var gert ráð fyrir að þátttakendur, sem skimuðust með LSR, væru líklegri til að vera með alvarlegri einkenni þunglyndis, kvíða og streitu en samanburðarhópur og gekk það eftir. Fyrri rannsóknir benda til þess að almennt sé andleg líðan sjúklinga með LSR mun verri en hjá heilbrigðum einstaklingum, þeir upplifa meiri streitu og sýna fleiri einkenni þunglyndis (Gunstad og Phillips, 2003; Phillips o.fl., 2005b). Þátttakendur, sem skimuðust með almenna kvíðaröskun, voru með enn fleiri þunglyndiseinkennum en þátttakendur sem skimuðust með LSR en það skýrist að hluta til með því að einkenni þunglyndis og almennrar kvíðaröskunar skarast.

Ekki kom fram marktækur munur á hópunum þremur þegar áfengisvandi var skoðaður. Þessar niðurstöður má skýra að hluta með litlu úrtaki og líklegt er að munur hefði komið fram í stærri rannsókn. Í takt við fyrri rannsóknir (Grant o.fl., 2005) kom hins vegar fram munur á fíknivanda hjá einstaklingum, sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun, og hjá samanburðarhópi.

Fyrir fram var búið við því að þeir sem skimuðust með LSR upplifðu frekar sjálfsvígs-hugsanir og væru líklegri til að hafa gert tilraun

til sjálfsvígs þar sem fyrri rannsóknir hafa bent til þess að fólk með LSR sé í aukinni sjálfsvígs-hættu miðað við flesta aðra klíníska hópa. Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfesta þetta en einstaklingar sem skimast með LSR og almenna kvíðaröskun voru líklegri til að upplifa sjálfsvígs-hugsanir (38% og 34%) heldur en einstaklingar án þessara raskana (9%). Sjálfsvígstilraunir á lífsleiðinni voru hins vegar mun algengari hjá þeim þátttakendum sem skimuðust með LSR (18%) en hjá þeim sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (6%) eða hjá samanburðarhópi án beggja raskana (1%). Ekki var spurt út í orsakir sjálfsvígs-hugsana og sjálfsvígstilrauna í spurningalistanum sem hér var notaður og er því ekki hægt að meta hvort slíkar hugsanir séu tilkomnar vegna LSR-einkenna.

Alls skimuðust 5,6% með almenna kvíðaröskun í þessari rannsókn sem er hærra en niðurstöður fyrri rannsókna í almennu þýði hafa sýnt. Þar er algengi röskunarinnar á bilinu 1,3–3,1% en lífstíðaralgengi röskunarinnar er á bilinu 4,5–5,1%. GAD-7-spurningalistinn er einungis skimunartæki og nauðsynlegt er að framkvæma greiningarviðtal til að ganga úr skugga um að almenn kvíðaröskun sé til staðar. Af þeim sem skimuðust með almenna kvíðaröskun voru 64% konur en fyrri rannsóknir benda til þess að röskunin sé tvöfalt algengari hjá konum en körlum (Carter o.fl., 2001; Kringlen o.fl., 2001; Pirkola o.fl., 2005; Wittchen o.fl., 1994). Fyrri rannsóknir hafa sýnt að áfengis- og vímuefnavandi sé ekki algengur hjá þeim sem eru með almenna kvíðaröskun (Carter o.fl., 2001) en niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að hátt hlutfall þeirra sem skimuðust með almenna kvíðaröskun væru með vímuefna- eða áfengisvandavanda.

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að engar upplýsingar eru til um þá einstaklinga sem kusu að taka ekki þátt í rannsókninni eða luku ekki við spurningalistann. Úrtak þeirra sem skimuðust með LSR var tiltölulega lítið og gæti það hafa haft áhrif á tölfræðilegan styrk greininga. Aðrar takmarkanir eru að kanna þarf prófræðilega eiginleika hinnar íslensku útgáfu af BDD-Q og annarra mælitækja í þessari rannsókn. Að lokum má nefna að konur voru ekki valdar til þátttöku með slembiúrtaki eins og karlarnir.

Næstu skref ættu að beinast að því að meta algengi LSR í enn stærra úrtaki í almennu þýði hér á landi. Til að meta réttmæti og áreiðanleika BDDQ-spurningalistans hér á landi þyrfti að kalla inn hluta af þeim þátttakendum, sem myndu skimast með LSR úr stærra úrtaki, og meta þá með klínísku greiningarviðtali.

Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á algengi LSR hér á landi og hvaða áhrif röskunin getur haft á fólk. Þeir sem skimuðust með LSR eru mun líklegri til að hafa þunglyndiseinkenni, finna fyrir streitu og búa við sjálfsvígshugsanir heldur en samanburðarhópur. Einnig fylgir röskuninni mikil vanvirkni á mikilvægum sviðum lífsins en hlutfall atvinnulausra er til dæmis hærra hjá fólki sem skimaðist með þessa röskun. LSR virðist hafa svipuð áhrif á líðan og almenn kvíðaröskun en þó fylgir fyrirnefndu röskuninni meiri sjálfsvígshætta.

Þeir sem þjást af röskuninni og fá ekki rétta greiningu fá þar með ekki viðeigandi meðferð. Algennt er að þeir sem þjást af LSR sæki í lýtaeða húðaðgerðir til að láta laga „lýti“ sitt, en þessar aðgerðir bera sjaldan árangur og geta valdið skaða (Veale, 2000). Mikilvægt er því fyrir húð- og lýtalækna að vera meðvitaðir um þessa geðröskun, helstu einkenni og hvernig má skima fyrir henni (Phillips, Grant, Siniscalchi og Albertini, 2001). Rannsóknir á meðferðarúræði fyrir LSR hafa mest beinst að hugrænni atferlismeðferð og lyfjameðferð með SRI-lyfjum (e. serotonin reuptake inhibitors) en mikil þörf er á því að þróa enn frekar meðferð við röskuninni (Harrison, Fernandez de la Cruz, Enander, Radua og Mataix-Cols, 2016)

Ljóst er að einstaklingar með LSR einangrast og eru oft útilokaðir frá eðlilegri virkni í samfélaginu vegna röskunarinnar. Einnig mæta þeir oft vanþekkingu og skilningsleysi þegar þeir leita sér hjálpar vegna birtingarmynda röskunarinnar. Það er því mjög brýnt að auka þekkingu meðal almennings og meðal fagfólks, einkum sálfræðinga, geðlækna og lýtalækna, og rannsaka betur algengi og áhrifaþætti LSR í almennu þýði.

Body dysmorphic disorder in Iceland

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a psychiatric disorder characterized by a preoccupation with a perceived defect in physical appearance that is not noticeable to others or appears to be slight. The aims of this study were to examine the prevalence of BDD in the general population in Iceland and to compare background characteristics and clinical symptoms of individuals with BDD to individuals with generalized anxiety disorder and a comparison group of individuals with neither disorder.

Data was gathered from 854 individuals, from women attending a cancer screening program in Iceland ($n = 689$) and a random sample of men from the general population ($n = 709$). In a web-based questionnaire, BDD was assessed with the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire. Participants were classified into three groups: BDD group (34 individuals), GAD group (50 individuals) and comparison group (770 individuals).

Overall, results indicated 4% prevalence of BDD. Individuals with BDD were more likely to be single, unemployed, on a medical leave and on disability than the comparison group. They were also more likely to suffer from symptoms of depression and anxiety than the latter group. There were few differences between the BDD group and the GAD group; however, the individuals who were screened with BDD were more likely to have a past suicidal attempt. In conclusion, BDD appears to be a common psychiatric disorder in a general population in Iceland and associated with considerable impairment in functioning.

Keywords: *Body dysmorphic disorder, prevalence, assessment clinical features, generalized anxiety disorder.*

Hrefna Harðardóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland. Arna Hauksdóttir, professor, Department of Medicine, University of Iceland. Heiðrún Hlöðversdóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland. Unnur Anna Valdimarsdóttir, professor, Department of Medicine, University of Iceland. Andri Steinþór Björnsson, professor, Department of Psychology, University of Iceland. Correspondance concerning this article should be addressed to Hrefna Harðardóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland, 101 Reykjavík, Iceland. E-mail: hrh41@hi.is.

Heimildir

- Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S. og Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(3), 105–108. doi: 10.1007/s004060170042
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Washington, DC: Höfundur.
- Angelakis, I., Gooding, P. A. og Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 55–66. doi:10.1016/j.cpr.2016.08.002
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., . . . Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European psychiatry*, 18(7), 365–368. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.02.001
- Ásmundur Gunnarsson, Sigurlaug María Jónsdóttir og Andri S Björnsson. (2014). Líkamsskynjunarröskun: Algengi í átröskunarteymi Geðsviðs Landspítala háskólasjúkrahúss. *Sálfræðiritið*, 19, 93–106.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11(1), 16–23. doi:10.1080/13284200601178532
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. og Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144(1), 73–78. doi:10.1016/j.psychres.2005.06.010
- Björnsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E. og Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 893–903. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.019
- Björnsson, A. S., Magnúsdóttir, S., Wessman, I., Beard, C., Lee, J., Hearon, B. A. og Björgvinsson, Þ. (2016). Prevalence and characteristics of body dysmorphic disorder among patients in a partial hospital program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 554–557. doi:10.1097/nmd.0000000000000543
- Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T. og Jenike, M. A. (2002a). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43(6), 486–490. doi:10.1176/appi.psy.43.6.486
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L. og Jenike, M. A. (2002b). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, 109(1), 101–104. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00363-8
- Boroughs, M. S., Krawczyk, R. og Thompson, J. K. (2010). Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. *Sex Roles*, 63(9), 725–737. doi:10.1007/s11199-010-9831-1
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. og Wijma, K. (2013). Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Research*, 210(2), 647–652. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.019
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. og Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108–115. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.014
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brahler, E. og Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178(1), 171–175. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.002
- Calderon, P., Zemelman, V., Sanhueza, P., Castrillon, M., Matamala, J. og Szot, J. (2009). Prevalence of body dysmorphic disorder in Chilean dermatological patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(11), 1328. doi:10.1111/j.1468-3083.2009.03154.x
- Cansever, A., Uzun, O., Donmez, E. og Ozsahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 60–64. doi:10.1053/comp.2003.50010
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H. og Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13(2), 78–88. doi:10.1002/da.1020
- Cohen, S., Kamarck, T. og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *The Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. doi:10.2307/2136404
- Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C. og Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the European Academy of Dermatology*, 63(2), 235–243. doi:10.1016/j.jaad.2009.09.017

- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H. og Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 67–72. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.09.004
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W. og Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555. doi:10.1176/appi.psy.46.6.549
- Dey, J. K., Ishii, M., Phillis, M., Byrne, P. J., Boahene, K. D. og Ishii, L. E. (2015). Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: Measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 17(2), 137–143. doi:10.1001/jamafacial.2014.1492
- Didie, E. R., Menard, W., Stern, A. P. og Phillips, K. A. (2008). Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 561–569. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.003
- Dogruk, Kacar, S., Ozuguz, P., Bagcioglu, E., Coskun, K. S., Uzel Tas, H., Polat, S. og Karaca, S. (2014). The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: A study from Turkey. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39(4), 433–438. doi:10.1111/ced.12304
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K. A. og Hunt, J. I. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: Prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 369–382. doi:10.1007/s10578-006-0008-7
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E. og Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10–15. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.010
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. og Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24–29. doi:10.1007/bf00800664
- Grant, J. E., Kim, S. W. og Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 517–522. doi:10.4088/jcp.v62n07a03
- Grant, J. E., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C. og Phillips, K. A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 309–316; quiz 404–305. doi:10.4088/jcp.v66n0306
- Gunstad, J. og Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276. doi:10.1016/s0010-440x(03)00088-9
- Harris, E. C. og Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Harrison, A., Fernandez de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J. og Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43–51. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.007
- Hsu, C., Ali Juma, H. og Goh, C. L. (2009). Prevalence of body dysmorphic features in patients undergoing cosmetic procedures at the National Skin Centre, Singapore. *Dermatology*, 219(4), 295–298. doi:10.1159/000228329
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr. og Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., Fukuyama, Y., Murasaki, M. og Miura, S. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(3), 283–287. doi:10.1046/j.1440-1819.1998.00388.x
- Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar P. Ólafsson. (2009). Húðkroppunaráráttá: klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. *Sálfræðiritið*, 14, 103–113. Sótt af <http://hdl.handle.net/2336/85775>
- Kelly, M. M., Walters, C. og Phillips, K. A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 41(2), 143–153. doi:10.1016/j.beth.2009.01.005
- Kelly, M. M., Zhang, J. og Phillips, K. A. (2015). The prevalence of body dysmorphic disorder and its clinical correlates in a VA primary care behavioral health clinic. *Psychiatry Research*, 228(1), 162–165. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.007
- Kollei, I., Martin, A., Rein, K., Rotter, A., Jacobi, A. og Mueller, A. (2011). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 189(1), 153–155. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.009
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D. og Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316–322. doi:10.1017/s1092852900016436

- Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. og Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lai, C. S., Lee, S. S., Yeh, Y. C. og Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(9), 478–482. doi:10.1016/s1607-551x(10)70075-9
- Liao, Y., Knoesen, N. P., Deng, Y., Tang, J., Castle, D., Bookun, R., . . . Liu, T. (2009). Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 963–971. doi:10.1007/s00127-009-0139-9
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. og Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M. og Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
- Nayak, M. B., Bond, J. C., Cherpitel, C., Patel, V. og Greenfield, T. K. (2009). Detecting alcohol-related problems in developing countries: A comparison of 2 screening measures in India. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33(12), 2057–2066. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.01045.x
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S. og Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2061–2063. doi:10.1176/appi.ajp.158.12.2061
- Pavan, C., Vindigni, V., Semenzin, M., Mazzoleni, F., Gardiolo, M., Simonato, P. og Marini, M. (2006). Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: What about body dysmorphic disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(2), 91–96. doi:10.1080/13651500500487677
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138–1149. doi:10.1176/ajp.148.9.1138
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C. og Weisberg, R. B. (2005a). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 717–725. doi:10.4088/jcp.v66n0607
- Phillips, K. A. og Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570–577. doi:10.1097/00005053-199709000-00006
- Phillips, K. A., Dufresne, R. G., Jr., Wilkel, C. S. og Vittorio, C. C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42(3), 436–441. doi:10.1016/s0190-9622(00)90215-9
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J. og Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504–510. doi:10.1176/appi.psy.42.6.504
- Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L. og Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(11), 568–575. doi:10.4088/jcp.v59n1102
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G., Jr. og Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302–308. doi:10.1176/ajp.150.2.302
- Phillips, K. A. og Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280–1282. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1280
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. og Pagano, M. E. (2005b). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254–260. doi:10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. og Weisberg, R. (2005c). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325. doi:10.1176/appi.psy.46.4.317
- Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G. og Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 125–129. doi:10.1097/00005053-199602000-00012

- Pirkola, S. P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., . . . Lonnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 1–10. doi:10.1007/s00127-005-0848-7
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. og Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877–885. doi:10.1017/s0033291706007264
- Rósa Ingólfssdóttir. (2014). *Psychometric properties of the Icelandic version of the Generalized Anxiety Disorder-7* (óbirt Bs-ritgerð). Háskólinn í Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/19443>
- Sarwer, D., Cash, T., Magee, L., Fleming Williams, E., Thompson, J., Roehrig, M., . . . Romanofski, M. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), 931–938. doi:10.1097/01.PRS.0000153204.37065.D3
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J. og Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(6), 1644–1649. doi:10.1097/00006534-199805000-00035
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. og Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M. og Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder: What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 223–227. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.01.002
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. og Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Taqi, A. M., Shaikh, M., Gowani, S. A., Shahid, F., Khan, A., Tayyeb, S. M., . . . Naqvi, H. A. (2008). Body dysmorphic disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*, 8(1), 20. doi:10.1186/1471-244x-8-20
- Tsai, M. C., Tsai, Y. F., Chen, C. Y. og Liu, C. Y. (2005). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Establishment of cut-off scores in a hospitalized Chinese population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(1), 53–57. doi:10.1097/01.alc.0000151986.96710.e0
- Valdís Eyja Pálsdóttir. (2007). Réttmæti sjálfsmatskvarðans Patient Health Questionnaire (PHQ) gagnvart geðgreiningarviðtalinu Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) við að greina geðraskanir hjá 48 heilsugæslusjúklingum (meistaraprófsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Vargel, S. og Ulusahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 25(6), 474–478. doi:10.1007/s00266-001-0009-7
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218–220. doi:10.1192/pb.24.6.218
- Veale, D., Akyuz, E. U. og Hodsoll, J. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. *Psychiatry Research*, 230(2), 383–386. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.023
- Veale, D. og Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *The BMJ*, 350. doi:10.1136/bmj.h2278
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P. og Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186. doi:10.1016/j.bodyim.2016.07.003
- Veale, D., Naismith, I., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, D., . . . Cardozo, L. (2014). Psychosexual outcome after labiaplasty: A prospective case-comparison study. *International Urogynecology Journal*, 25(6), 831–839. doi:10.1007/s00192-013-2297-2
- Vindigni, V., Pavan, C., Semenzin, M., Granà, S., Gambaro, F. M., Marini, M., . . . Mazzoleni, F. (2002). The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *The European Journal of Plastic Surgery*, 25(6), 305–308. doi:10.1007/s00238-002-0408-2
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G. og Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 499–502. doi:10.1016/s0887-6185(97)00026-1
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. og Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355–364. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
- Zimmerman, M. og Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 265–270. doi:10.1016/s0010-440x(98)90034-7