

El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema para el dermatólogo.

Susana Misticone.

susanamisticone@cantv.net

Venezuela

Resumen:

Las preocupaciones cosméticas han impregnado aceleradamente a las sociedades actuales, haciendo de la Dermatología Cosmética una especialidad en rápido crecimiento, con una alta demanda. La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal es una enfermedad que produce en los pacientes una preocupación por algún defecto imaginado del propio físico, o que si existen algunas anomalías leves, estas producen una preocupación excesiva, que provocan un malestar significativo en el paciente. Es un trastorno sub-diagnosticado que afecta al 1-2% de la población general. El dermatólogo es el medico más consultado por estos pacientes, calculándose que un 46% nos consultan, y que el 38% reciben algún tratamiento dermatológico. Estos pacientes tienen una baja calidad de vida, incluso mas baja que los pacientes con infarto del miocardio o los pacientes diabéticos. Suelen tener problemas laborales, escolares y de socialización incluso en algunos casos llegando al suicidio. Algunos autores afirman que son los pacientes más difíciles de tratar porque generalmente no quedan conformes con el resultado cosmético de los procedimientos que se le realizaron, inclusive tienden a ejercer acciones legales y/o violentas contra el médico. Por lo que se recomienda no hacerles ningún procedimiento, e intentar ayuda psiquiátrica, entonces sin lugar a dudas

debemos aprender a reconocerlos para así tener una conducta adecuada.

Introducción:

La belleza es el equilibrio físico-psíquico-social y depende de las fuerzas culturales presentes en cada individuo. En la actualidad los patrones sociales y de la moda han hecho que el dermatólogo deba incorporar a la belleza como una meta, requiriéndose una gran sensibilidad artística con una infaltable valoración clínica adecuada y ética. Es importante tomar en cuenta que el paciente que nos consulta puede tener expectativas no reales, debido a los cánones sociales actuales de la moda. Los cánones de belleza están influenciados por diversos factores como la cultura, la moda, la economía, la sociedad y por supuesto la individualidad. Y es que definitivamente han variado los ideales de belleza desde la época de la *Venus de Willendorf* a la actualidad donde estilizados modelos impactan la moda actual.

Por otro lado es un hecho que un tercio de los pacientes dermatológicos requieren una adecuada valoración emocional y psicosocial para complementar un tratamiento cutáneo eficaz. Por esta razón el dermatólogo debe conocer y alcanzar un manejo eficaz de los diversos trastornos psicodermatológicos.

La dismorfofobia es un trastorno psiquiátrico subdiagnosticado que se calcula que es padecido por el 1-2% de la población general (1, 2,3). Siendo el dermatólogo, el especialista más consultado por estos pacientes (4,5). Algunos autores afirman que los dismorfofobicos son los pacientes más difíciles de tratar, porque nunca quedan conformes y porque pueden asumir actitudes violentas o inesperadas con el médico (6,7).

Definición:

La Dismorfofobia o también llamada: trastorno dismórfico corporal, síndrome dismórfico, hipocondría dermatológica, no enfermedad dermatológica de Coterillo hipocondría monosintomática (delirio de dismorfosis). Es la preocupación por algún defecto imaginado del físico, o si existieren anomalías leves una preocupación excesiva, que provoca en el individuo un malestar significativo o algún deterioro social, laboral o de otras áreas. Es considerado un trastorno Somatomorfo en el DSM-IV

(8). Aunque los síntomas pueden parecer triviales, en los casos mas graves los pacientes tienen problemas serios de socialización, sobre todo laborales y en algunos casos pueden llegar al suicidio (2,6,9). De hecho los pacientes con trastorno Dismórfico corporal tienen una muy mala calidad de vida, incluso en comparación mucho menor que los pacientes que acaban de sufrir un infarto del miocardio, diabéticos tipo 2 o otros enfermos mentales como aquellos que sufren trastorno obsesivo compulsivo, enfermedad bipolar y esquizofrenia (1,10,11). Aunque sigue siendo un trastorno subdiagnosticado por los dermatólogos y cirujanos plásticos, se describió ya hace mas de un siglo y se han reportado múltiples casos en todo el mundo (6,9).

Historia:

Hace más de 100 años en Europa, exactamente en 1886, un psiquiatra italiano llamado Morselli, publica en el Boletín de la Academia de Ciencias Médicas de Génova: la dismorfofobia es una enfermedad que produce sensación subjetiva de deformidad, estando el aspecto físico de esa persona dentro de los límites de la norma (12). En 1891 el mismo Morselli, describe que estos pacientes tienen una preocupación obsesiva y conducta compulsiva (13). No es hasta 1980 que la organización mundial de la salud (OMS) la considera como un trastorno somatoforme atípico. En 1990 ya en el DSM-III-R, es llamado trastorno dismórfico corporal y en 1994 en el DSM-IV, se incluyen los criterios diagnósticos. En 1997 fue reconocido formalmente en el DSM-IV como un trastorno somatomorfo (8).

Psicodermatología:

En la actualidad en vista de las múltiples patologías dermatológicas en que las alteraciones psicológicas juegan un papel muy importante y definitivo por lo que deben ser tratadas en conjunto para su adecuado tratamiento y a su vez el reflejo en la piel de la persona con diversas patologías psiquiátricas han hecho que surjan nuevas especialidades como la Psicodermatología que es el aspecto de la dermatología en que los factores psicológicos desempeñan un papel significativo. En vista de esto se ha hecho una clasificación más didáctica de las diferentes psicodermatosis (14).

Clasificación psicodermatológica (14)

- Desórdenes psico-fisiológicos (son exacerbados por el stress, como el acné excoriado)
- Desórdenes psiquiátricos primarios
- Desórdenes psiquiátricos secundarios
- Desórdenes cutáneos crónicos sensoriales (como el prurito psicógeno)

Dentro de los desórdenes psiquiátricos primarios, tenemos (14):

- Delusiones, delirio de parasitosis
- Alucinaciones
- Desordenes Obsesivos Compulsivos: como la tricotilomanía, excoriación neurótica, onicofagia, **dismorfofobia**, dermatosis artefacta.

Etiología:

La etiología de este problema es poco conocida. Aunque se manejan varias teorías. Sociológicamente hablando se explica por una interpretación excesiva de los ideales sociales de belleza y una sobre evaluación de los procedimientos cosméticos actuales. También se habla de que la “Fijación” en partes defectuosas del cuerpo constituye una defensa contra la ansiedad.

El psicoanálisis lo explica como que ocurre un desplazamiento (que es un mecanismo básico) de los sentimientos de inferioridad, autoimagen pobre y culpa, hacia un área corporal definida. Hay que tomar en cuenta los factores que influyen en percepción corporal que son la personalidad, estados premórbidos, significados ideosincráticos, factores constitucionales y la experiencia individual.

También se han estimado varios factores de riesgo para sufrir de trastorno dismórfico corporal (12,15):

- Predisposición genética
- Timidez, perfeccionismo y temperamento ansioso que a su vez también pueden ser en parte genéticamente determinados
- Traumas infantiles debidos a burlas o amenazas por el aspecto físico, malas relaciones interpersonales, aislamiento social, falta de soporte familiar y/o abuso sexual; que como tal no son factores específicos para dismorfofobia

- Historia de estigmas dermatológicos o físicos resueltos en la adolescencia, como por ejemplo el acné
- Ser más sensibles estéticamente que la media. Esto comprende una mayor respuesta emocional hacia individuos atractivos, dar gran valor e importancia a la apariencia. Estos pacientes también pueden tener grandes habilidades artísticas y/o estéticas.

Características Demográficas y Curso Clínico:

El trastorno dismórfico corporal es subdiagnosticado, pero se calcula que 1-2% de la población mundial lo padece (1,2,3). El 6-15% de los pacientes que consultan a cirujanos plásticos y del 11 al 20% de los pacientes que consultan a dermatólogos presentan este trastorno (1, 16,17,18).

La prevalencia es igual en ambos sexos (1,8,18,19,20). La edad más frecuente de inicio es la adolescencia, pero también puede ocurrir en infancia. Tienden a llevar un curso crónico (1). El 75% de estos pacientes nunca se casan o se divorcian (1, 19,20). El 70,5% tiene ideas suicidas, y el 27,55% se suicidan, de allí la gran importancia de diagnosticar y tratar esta patología (1,6,19,21).

Clasificación del Trastorno Dismórfico corporal (8,22):

- Primario: cuando existe un dimorfismo en ausencia de otras patologías psiquiátricas
- Secundario o sintomático: Es cuando el dimorfismo es un síntoma inespecífico en el ámbito de otra patología psiquiátrica

Características Clínicas:

Una de las características clínicas más importantes de estos pacientes es su gran preocupación por su aspecto físico(1,2,4,6,8,9,10,11,16,19). Piensan ser poco atractivos, e incluso ser deformes(1,2). Cualquier parte del cuerpo puede ser objeto de su fijación, pero las áreas más frecuentes en que fijan su preocupación son la cara, piel, cabello, nariz y mamas (1,4,6). El 80% de estos pacientes creen tener afectadas varias partes

del cuerpo (1,9). Les preocupa cualquier lesión de acné (por muy pequeña que sea), cicatrices, arrugas, marcas, palidez, vello corporal, varículas; presentando una gran ansiedad y malestar desproporcionado por defectos menores. Consumen tiempo en preocuparse por estos problemas, incidiendo en sus estudios o vida laboral. En los casos más graves sufren delirios. Y si el médico intenta disuadirles no consiguen convencerlos de que están equivocados (1,6).

Otra de las características típicas es que presentan comportamientos compulsivos. Tienen comportamiento repetitivo compulsivo para mejorar o ocultar el defecto, como por ejemplo tocarse o cubrir la cara con el cabello, para camuflajear la deformidad con el pelo, maquillaje, postura o uso de diversos accesorios como sombreros e incluso mascarillas (1,6,23,24). La gran mayoría consume mucho tiempo en observar o tratar de mejorar el supuesto defecto. Para comprobar el defecto se miran repetitivamente en espejos o cualquier superficie reflectante. También tienden a asearse en exceso y preguntar a los demás sobre su aspecto físico, inclusive a dermatólogos. Un tercio de los pacientes se rascan compulsivamente, para eliminar las imperfecciones de la piel (25).

La Dismorfofobia comprende un espectro de enfermedad que va desde las formas más leves con ansiedad y/o trastorno obsesivo compulsivo hasta las formas más graves que llegan hasta la depresión mayor, delirio y psicosis (1,6,25).

Debemos recordar los conceptos de:

- Ansiedad (angustia): Es un estado emocional normal y cotidiano, que produce una sensación de inquietud, desasosiego, zozobra del ánimo expresado como taquicardia, sudoración, tensión muscular, etc. Se origina por amenazas reales o imaginarias, físicas o psicológicas (8).
- Delirio: Son convicciones erróneas e inquebrantables que evolucionan de manera progresiva y crónica sin tomar en cuenta lo imposible y lo inverosímil en choque con la realidad (8).

El polo más grave es la forma delirante también llamada hipocondría monosintomática o delirio de dismorfosis, en estos casos el paciente está totalmente convencido de que su opinión sobre el "defecto" es correcta. Es frecuente que estos pacientes se produzcan excoriaciones psicógenas por rascado. Suelen tener delirios de referencia, es decir que imaginan que otros hablan de su supuesto defecto o se burlan de él. Existen varias patologías que frecuentemente se asocian al trastorno dismórfico corporal como la

depresión, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad, esquizofrenia, psicosis y la ansiedad (6,24,25,26).

Los criterios diagnósticos de trastorno dismórfico corporal según el DSM-IV son (8):

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías, la preocupación es excesiva.
- Preocupación que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Preocupación que no se explica mejor, por la presencia de otro trastorno mental como por ejemplo la anorexia nerviosa.

La pseudodismorfofobia es la preocupación desproporcionada que tienen algunos pacientes que presentan un defecto físico leve (25). Los defectos físicos que pueden causar más este trastorno son diversos, por lo que Matarrese y colaboradores, los han clasificado por áreas (Vito Matarrese, comunicación personal):

Área de Afrodita (área sexual)

- Mamas: hipoplasia, hipertrofia, anomalías areola-pezones
- Pene: hidden penis, penis incurvatio
- Vagina: anomalía de los labios, hipertrofia clitoridiana

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: mamoplastia, ligamentotomía, plásticas de vagina o pene.

Área de Policleteo (armonía)

- Músculos: distrofia
- Subcutáneo: adiposidad localizada, abdomen colgante

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: rellenos, liposucción, abdominoplastia

Área de Fideas (piel)

- Cicatrices de acné
- Cicatrices post- traumáticas
- Arrugas
- Estrías
- Manchas

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: laser resurfacing, dermabrasión, peeling, filler, toxina botulínica.

Área de Igea (imagen)

- Ojos: bolsas palpebrales, ojeras
- Nariz: nariz torcida, grande
- Labios: hipoplasia labial
- Pabellones auriculares: orejas en ventilador
- Zigomáticos: hipoplasia maxilar
- Mentón: prominente

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: blefaroplastia, rinoplastia, rellenos, otoplastia, zigoplastia, mentoplastia

Actualmente todos estamos en la búsqueda de la piel perfecta, por lo que las preocupaciones cosméticas han impregnado aceleradamente las sociedades occidentales. Esto ha hecho que surjan especialidades como la Dermatología Cosmética que esta en rápido crecimiento y tiene una alta demanda por parte de los pacientes (4).

Diagnóstico:

Como sospechar entonces que un paciente dismorfofobico nos consulta?

El primer indicio es que acuden para solicitar tratamientos exagerados para defectos mínimos o inexistentes. Solicitan múltiples tratamientos dermatológicos. Presionan para recibir tratamientos ineficaces o inadecuados para defectos imaginados o mínimos. Son pacientes muy difíciles de tratar. Consultan a cualquier medico, dermatólogos, cirujanos plásticos, oftalmólogos, urólogos, ect. (27,28)

Indicios de Trastorno Dismórfico Corporal (19,27,28):

1. Preocupación excesiva o malestar por defectos mínimos o inexistentes
2. Problemas en actividades diarias, Ej.: evitación laboral o social
3. Rascarse la piel
4. Camuflarse los supuestos defectos

5. Aseo excesivo, preguntar repetidamente sobre su aspecto
6. Pensamiento referencial
7. Insatisfacción con tratamientos dermatológicos o quirúrgicos previos
8. Solicitudes inusuales o excesivas
9. Creencia de que el procedimiento cosmético transformara su vida y resolverá todos sus problemas

Al tener la sospecha diagnóstica debemos realizar unas preguntas test para ver si cumplen los criterios DSM-IV.

Preguntas diagnósticas (8,19,27):

¿Ha estado alguna vez muy preocupado por su aspecto?

Cual era su preocupación? Pensaba que alguna parte de su cuerpo era poco atractivo?

Que opina del aspecto físico de su cara, piel, nariz o cualquier parte de su cuerpo?

¿Le preocupaba este problema? ¿Pensaba mucho en el y deseaba poder preocuparse menos por el?

¿Qué efecto tenía esta preocupación en su vida? ¿Le causaba gran malestar o interfería con sus actividades?

Tratamiento:

Son pacientes muy difíciles de tratar ya que algunos demandan a sus cirujanos porque no quedan conformes con los resultados y/o incluso los amenazan con hacerles daño. Se han reportado casos sobre todo en hombres en los que cometieron agresiones, incluso asesinato contra sus cirujanos (1,3,4,6,10,17,19,25,29).

En general se recomienda no hacerles ningún procedimiento, porque nunca quedaran conformes, a menos que ya hayan recibido tratamiento psiquiátrico, por lo que algunos con defectos mínimos podrían ser intervenidos luego de valoración psiquiátrica adecuada (1,6,19,25).

Generalmente están insatisfechos de sus resultados. Si están satisfechos trasladan inmediatamente su preocupación a otra parte del cuerpo. Por lo que se hacen adictos a la policirugía. En las figuras N° 1, 2, 3 y 4 podemos observar el caso de una paciente dismorfofóbica que se había realizado múltiples procedimientos cosméticos, que incluían varias cirugías plásticas (rinoplastia, mamoplastia, abdominoplastia y liposucción) y que

acudió por presentar una reacción a cuerpo extraño posterior a inyecciones de relleno en glúteos y cara con silicona.

Algunos incluso “realizan ellos mismos” la cirugía, como el caso de un varón que se abrió la nariz e intentó sustituir cartílago nasal por cartílago de pollo.

El tratamiento más adecuado son las terapias combinadas con psicoterapia más farmacoterapia (6,19,30).

Dentro de la psicoterapia una de las más adecuadas y efectivas es la “Terapia Cognitiva-Conductual” que es eficaz en un 77% de los casos. Se centra en los síntomas que presenta el paciente y la realiza un terapeuta que siempre tiene un rol activo, también indicando tareas para la casa para complemento de la terapia. Al realizar este tratamiento la mejoría perdura durante al menos 2 años (6,31,32).

La terapia cognitiva- conductual se centra en tres aspectos importantes:

- Exposición: los psiquiatras exponen el defecto del paciente, por ejemplo los inducen a salir sin sombrero, con poco maquillaje, o a mantenerse en una sala de espera abarrotada.
- Prevención: consiste en el paciente evite comportamientos compulsivos, como cubrir o quitar los espejos, ocluir la piel que se rasca, y dejar de usar maquillaje frecuentemente.
- Reestructuración cognitiva: consiste en modificar las creencias de estos pacientes

En cuanto a la farmacoterapia los medicamentos de elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina que son potentes y selectivos inhibidores de la recaptación de 5HT (serotonina) en el terminal presináptico, resultando en un aumento en 5HT en la sinapsis serotoninérgica. Este tratamiento es eficaz en el 58% de los casos (6,19,32,33). Estos medicamentos tienen múltiples ventajas: son antidepresivos no tricíclicos, siendo tan efectivos como estos pero con menos efectos secundarios, no tienen efectos anticolinérgicos, no producen hipotensión ortostática, mareos o cardiotoxicidad. Tampoco produce sedación ni aumento de peso.

Los efectos secundarios que producen los inhibidores de la recaptación de la serotonina son: efectos gastrointestinales sobre todo náuseas y diarrea que mejoran posteriormente, insomnio (sobre todo con fluoxetina), disfunción sexual y la reducción de la dosis siempre debe ser gradual.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina más frecuentemente usados son:

- Fluoxetina (Prozac®): 50 mg/día
- Fluvoxamina (Luvox®): 260 mg/día
- Sertralina (Zoloft®): 50 mg/día
- Paroxetina (Paxil®): 20 mg/día
- Citalopran (Celexa®)

Los antidepresivos tricíclicos son muy efectivos pero tienen múltiples efectos secundarios como hipotensión ortostática, mareos, cardiotoxicidad, sedación y aumento de peso. El más usado es la Clomipramina (Anafranil®) a dosis de 75-150 mg/día (6,19,34).

También se han utilizado los ansiolíticos aunque son menos efectivos, como el alprazolam (Tafil®) que es una benzodiazepina de acción rápida, con efecto sedativo, adictivo y antidepresivo. Este tiene una vida media muy corta y la dosis indicada es de 0.25-1 mg 3-4 veces al día. También la buspirona (Buspar®) es de acción lenta ya que se necesitan 2 a 4 semanas para iniciar su acción, no tiene efecto sedativo ni adictivo y no interfiere con el alcohol, puede ser útil en tratamientos a largo plazo y se usa a dosis de 5 a 10 mg tres veces al día (6,19,25,34).

Que hacer entonces en la práctica?

Proporcionar educación psicológica (6,33):

- Útil informar a familiares
- Decirle a los pacientes que parecen tener un problema de imagen, que padecen muchos otros, explicarles que necesitan un tratamiento adecuado
- Hay que recomendarles alguna lectura sobre trastorno dismórfico corporal
- No menospreciar ni ignorar las preocupaciones de los pacientes por más absurdas que parezcan
- Es útil informar a los familiares

No intentar disuadir o decirles que dejen de rascarse (6,33):

- Decirles que nuestra opinión de su aspecto es diferente a la suya
- Centrarse en el malestar que les causa para referirlos al psiquiatría

- Informarles que el rascado es un síntoma de trastorno dismórfico corporal, que es tratable
- No tratar de convencerlos de que están equivocados en su percepción

Preferiblemente evitar el procedimiento cosmético que desean (6,33):

- Nadie sabe como responderá cada paciente en concreto
- Poco probable tener éxito e incluso en muchos casos pueden empeorar
- Explicarle que como tiene trastorno dismórfico corporal es posible que no quede satisfecho con los resultados
- No intentar hacer ni siquiera “cualquier cosa” , incluso evitar indicarles cremas

Intentar referir a un psiquiatra (6,33):

- Remitir a un psiquiatra con experiencia para tratamiento adecuado
- Si el paciente se niega a recibir tratamiento psiquiátrico, debemos centrarnos en que el malestar afecta su vida
- Si el paciente esta muy deprimido o presenta alguna tendencia suicida se debe iniciar de inmediato inhibidores de la recaptación de la serotonina

En los pacientes que se rascan (6):

- Se debe combinar siempre el tratamiento dermatológico con el psiquiátrico
- Los pacientes pueden causarse lesiones importantes

Conclusiones:

El trastorno dismórfico corporal ha dejado de ser un trastorno psiquiátrico al que no se prestaba atención, siendo actualmente un trastorno común. El dermatólogo es el médico al que más consultan estos pacientes. En vista de esto es muy importante reconocerlos. Siempre debemos intentar ayuda psiquiátrica en estos pacientes y evitar realizarles procedimientos cosméticos.

Referencias:

1. Wilson J, Arpey Ch. Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg* 2004;30:1391-1399.
2. Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press, 1996.
3. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder en cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg* 2003;19:7-18.
4. Castle D, Phillips KA, Dufresne R. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol* 2004;3:99-103.
5. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001;42:504-10.
6. Phillips KA, Dufresne R. Trastorno dismórfico corporal. *Am J Clin Dermatol Ed.esp.* 2001; 47-57.
7. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14:457-63.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th ed., text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association Press,2000:505-11.
9. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148:1138-49.
10. Phillips KA, Dufresne R. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care* 2002;29:99-111.
11. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:170-5.
12. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* 2004;80:67-71.
13. Morselli E. Sulla Dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nolletinn Della Accademia Genova* 1891;6:110-9.
14. Koo, John. *Curr Probl Dermatol* 1995; 7: 199-234.
15. Veale D, Ennis M, Lambrau C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *Am J Psychiatry* 2002;159:1788-90.
16. Sarwer DB, Whitaker LA, Pertschuck MJ, Wadden TA. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an unrecognized problem. *Ann Plast Surg* 1998;40:403-7.

17. Patterson W, Bienvenu J, Chodynicky P, Janniger C, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. *Inter J Dermatol* 2001;40:688-690.
18. Phillips KA, Dufresne Rg, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:436-441.
19. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* 2004;80:67-71.
20. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:570-7.
21. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fav C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:717-25.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, D.C:American Psychiatric Association, 1994.
23. Castello J, Barros J, Chinchilla A. Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: case report. *Aesth Plast Surg* 22:329-331,1998.
24. Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg* 2001; 25:474-478.
25. Altamura C, Minio M, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:105-108.
26. Koo J. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Curr Probl Dermatol* 1995;7:199-234.
27. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery practice. *Dermatol Surg* 2001;27:457-62.
28. Hodkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg* 2005; 29:503-9.
29. Koo J, Gambla C. Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatol Clin* 1996; 14:509-24.
30. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry* 1977;134:673-5.
31. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive- behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:263-9.
32. Crerand C, Phyllips K, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46:549-55.

33. Hodkingson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg* 2005; 29:503-9.
34. Herren C, Armentrout T, Higgins M. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment. *Gen Dent* 2003 Mar-Apr;51(2):164-6.