

Psykologen Daniel Rautio:

”Bdd går att behandla”

Man har upptäckt allt fler unga som lider av dysmorfofobi – eller bdd som det också kallas.

– Bdd är en svår diagnos, men det är positivt att behandlingsresultaten är så goda, säger Daniel Rautio, psykolog och en av Sveriges ledande experter på dysmorfofobi hos barn och ungdomar.

Många tonåringar är osäkra och oroar sig för sitt utseende. Men för en del, ungefär en till två procent, blir oron till en besatthet kring hur de ser ut. De är övertygade om att de är fula och kan inbilla sig att andra ska titta ut dem, eller rent av skratta åt dem.

– Bdd är ingen ny diagnos, den har funnits ända sedan 1800-talet. Men även om det ställs fler och fler bdd-diagnoser, så är tillståndet fortfarande väldigt underdiagnostiserat. Vi tror att bdd är lika vanligt som ocd, men man ställer mer sällan diagnosen bdd inom psykiatri. Det hänger samman med att det fortfarande saknas kunskap om bdd. Det beror också på att probleminsikten är låg, samt att mycket runt bdd är skamfyllt, säger Daniel Rautio.

Bdd ska inte bagatelliseras eller förväxlas med fåfånga, poängterar han. Det handlar inte om ungdomlig fåfånga, eller om något som man kan ”komma över” bara man försöker, utan en person med bdd behöver oftast professionell hjälp.

– Det är viktigt att göra en distinktion mellan bdd och vanlig utseendefixering. De flesta unga klarar av att både oroa sig över sin akne och avsluta gymnasiet.

Men hur vet man att det handlar om bdd då? Daniel Rautio pekar på tre viktiga faktorer: tid, ångest och hinder.

– Vad gäller tiden så är det samma kriterier som vid ocd. Att kontrollera att ytterdörren är låst är inte överdrivet, men om man gör det i två timmar så har man antagligen ocd. Samma sak gäller för bdd. Om en person ägnar mer än två timmar om dagen åt att sminka över en upplevd defekt så är det ett tecken på bdd. Den andra faktorn handlar om ångest. Alla tonåringar kan ha en dålig hårdag, men alla får inte en kraftig ångestreaktion av det. Den tredje faktorn är kopplad till hur hindrad man blir av sin fokusering på utseendet. De flesta tonåringar kan ha en dålig hårdag – men ändå lyckas ta sig iväg till skolan.

Bdd räknas i dag som en diagnos som är besläktad med tvångssyndrom. Precis som andra tvångsdrabbade har den med bdd svårt att stå emot och kontrollera sina orostankar. Bdd-drabbade är dessutom ofta övertygade om att de faktiskt har något fel på utseendet, de tror verkligen att de är fula ”på riktigt”.

”Många skulle hellre ha ett möte med en dermatolog än en psykolog”

– En stor skillnad mellan ocd och bdd är probleminsikten. De flesta som har ocd förstår att deras beteende är överdrivet. Med bdd är det precis tvärtom. Minst hälften av dem vi träffar på mottagning-

en har väldigt låg insikt i sina problem, och de känner ofta en stor skam. De skulle hellre ha ett möte med en dermatolog än en psykolog. De är övertygade om att det är utseendet, och inte tankarna, som är problemet.

Dysmorfofobi behandlas med kbt, ofta i kombination med ssri-preparat.

– Vi berättar för patienterna att det som driver ångesten är undvikandet och ritualerna. Den som har bdd undviker att visa sin upplevda defekt. Hen gör kanske ritualer som att sminka sig mycket, och döljer sig genom att bära keps och hoodie. Det är också vanligt att man undviker sociala mötesplatser som simhallar, skola och gym för att man inte vill visa sig. I behandlingen jobbar vi därför med exponering kopplat till undvikande och hjälper ungdomarna att sluta med sina ritualer. Patienten får så att säga träna på att gå till gymmet och göra det utan att på olika sätt dölja utseendet.

För den som behöver mer hjälp kan man behöva intensifiera behandlingen, och det kan också behövas behandling i hemmiljön. Men den genomsnittliga patienten brukar landa på 15 till 20 veckovisa behandlingstillfällen på mottagningen.

– Med respekt för att bdd är en svår diagnos så har vi positiva behandlingsresultat. Inte alla, men de allra flesta, blir betydligt bättre. Det här är viktigt att föra fram, det behöver ungdomarna få höra. Det finns alltså stora möjligheter att bli av med sin diagnos. Det är glädjande att behandlingen har så bra resultat, det ger hopp till alla drabbade.

Daniel Rautio, och hans forskarkollegor vid Karolinska Institutet, ligger bakom en studie som har samlat den hittills största gruppen ungdomar med bdd i världen. Nästan 200 unga har medverkat i studien. De har bedömts och behandlats på BUP OCD och relaterade tillstånd i Stockholm eller på motsvarande specialistklinik i London, och resultaten ger gott betyg åt behandlingen.

– De preliminära resultaten visar att de flesta svarar på behandlingen. Hälften klarar sig med kbt, hälften med en kombinationsbehandling av kbt och medicinering.

Just nu ligger Daniel Rautio i startgruppen för ännu en studie – om internetbaserad kbt för ungdomar med bdd. Den som bor i Stockholmsområdet och som vill delta i studien kan till hösten anmäla sitt intresse via bup Stockholms hemsida. I Daniel Rautios forskningsplan finns dessutom en ordentlig studie om sambandet mellan bdd och självmord.

– Bland det första man stöter på när man googlar på bdd är kopplingen till självmord. Det är inget som jag betviv-

lar, men vi skulle behöva få det ordentligt studerat. Vi planerar därför en stor registerstudie.

Det kan vara svårt att upptäcka att någon har dysmorfofobi. Ett tecken är att den drabbade undviker situationer där den upplevda defekten exponeras. Överdrivna ritualer kring det upplevda felet, som att spegla eller "fixa" sig länge, är andra tecken. Det är också vanligt med brister i insikt, personen är övertygad om att även andra ser den upplevda defekten.

– En vanlig föreställning är att bdd tar sig helt olika uttryck hos pojkar respektive flickor, men det stämmer faktiskt inte. Det mesta är faktiskt ganska likt mellan könen. På pojkarnas topplista över sånt som oroar ligger hud, hår och delar av ansiktet – precis som det gör för flickor. Hos vuxna har man tidigare sett att män oroar sig mer över kroppen, muskler och könet, men det är inget som vi har kunnat se i våra studier på ungdomar. De flesta som har bdd – oavsett kön – är fixerade vid sådant som syns från halsen och uppåt, säger Daniel Rautio. Men alla

kroppsdelar kan vara föremål för missnöje och ofta är personen missnöjd med många delar av sitt ansikte.

Det är vanligt med samsjuklighet vid bdd, vilket betyder att många personer med bdd också har andra svårigheter, ofta depression. Ibland blandas bdd ihop med dermatillomani, som innebär ett överdrivet pillande eller rivande på huden.

– Omkring hälften av dem som har bdd pillar sig också mycket i huden, men de gör det med syfte att förbättra något. Trycka ut pormaskar eller plocka strån så att ögonbrynen blir symmetriska. För den med dermatillomani är det mer ett tics att riva sig i huden och man har svårt att stå emot impulsen att pilla. Vid båda diagnoserna kan man alltså vara fixerad vid huden – men man är det av olika anledningar. Jag ställer därför sällan diagnosen dermatillomani på någon som också har bdd.

Forts. på nästa sida ►

Bdd ska inte bagatelliseras eller förväxlas med fåfänga, menar psykologen Daniel Rautio, som arbetar med unga bdd-patienter.

Fakta: Daniel Rautio

Daniel Rautio som är legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut med kbt-inriktning. Han jobbar på Bup Forsknings- och utvecklingscentrum i Stockholm, på avdelningen som är specialiserad på bdd. Mottagningen för ocd och relaterade tillstånd. Dessutom forskar han på dysmorfofobi bland barn och ungdomar, med inriktning på behandling, vid Karolinska Institutet.

Samsjuklighet med anorexi är inte heller så vanligt, och det är oftast ganska lätt att skilja de båda diagnoserna åt, menar Daniel Rautio.

– Den som bara är missnöjd med vikten och därför svälter sig har anorexi. Den som är missnöjd med något i ansiktet, men kanske också med vikten, har bdd. Den med bdd kan vara missnöjd med en rad olika saker, många har en lång lista med "fel", men de allra flesta är missnöjda med något i just ansiktet. Det finns förstås personer som har en väldig otur och som både har en tydlig ätstörning och bdd, och då är den generella regeln att behandla ätstörningen först. För att orka med en bdd-behandling så måste kroppen ha näring.

Många med bdd intresserar sig för plastikkirurgi för att korrigera de upplevda defekterna. Ungefär tio procent av dem som kommer till den mottagning som Daniel Rautio arbetar på, eller till systerkliniken i London, har gjort någon form av ingrepp.

"Ingen forskning visar att bdd ökar i ett samhälle som är så präglad av sociala medier"

– Vanligast är fillers, laserbehandling och näsplastik. Och väldigt många har en tydlig plan: att så fort de blir 18 så ska de göra en skönhetsoperation. Det säger lite om probleminsikten. Det finns dock i dag starkt vetenskapligt stöd för att operationer inte hjälper mot bdd, utan att de faktiskt kan göra problemen värre.

Det finns däremot ingen forskning som visar att bdd ökar i ett samhälle som är så präglad av sociala medier.

– Däremot är det säkert jobbigare att leva med kroppsmisnöje och bdd i tider där mycket går ut på att jämföra och lajka. Att utseendefixeringen i samhället eventuellt ökar behöver dock inte ha någon koppling till bdd.

Under pandemin har skönhetsingreppen ökat i Sverige. Det beror delvis på den så kallade "zoom boom" när människor sitter i videomöten och ser sig själva på skärmen. Daniel Rautios förhoppning är att de flesta kliniker trots allt tar ett ansvar.

– Det har i alla fall blivit bättre. Men det faktum att flera av våra patienter, och många vuxna med bdd, har gjort ingrepp visar ju det finns mer att göra. Vi behöver mer samverkan med skönhetskliniker så att de kan avråda vissa människor från operationer och ingrepp. I ren självbevaringsdrift vill nog klinikerna gärna undvika att behandla personer med bdd. En person med bdd botas ju inte av skönhetsingreppet, utan man kan räkna med att hen oftast kommer att vara missnöjd med resultatet. Kanske kommer de också hitta fel på sitt ingrepp och vilja ha pengarna tillbaka.

Text: Anna Wahlgren

8 tips för att hjälpa en person med bdd

1. Undvik alla kommentarer om utseende, även positiva.

2. Diskutera inte "defekten", försök inte argumentera eller övertyga.

3. Undvik direkt konflikt. Försök bryta en upptrappning tidigt.

4. Skuldbelägg eller straffa inte hen för beteenden som har med bdd:n att göra – rikta fokus mot bdd istället. Bekräfta personens känslor och hjälp till att bryta ritualer. Försök att stärka personens självkänsla genom att övervinna oro och rädslor.

5. Barn och ungdomar med bdd upplever ofta svårigheter med relationer till jämnåriga och har vanligen låg självkänsla. Var noga med att uppmärksamma och försök att stoppa tendenser till mobbning.

6. Uppmuntra alla steg mot ett friskare liv, även väldigt små steg. Uppmuntra särskilt sociala aktiviteter.

7. Uppmuntra till professionell hjälp. Om hen tvekar, påminn om det lidande och de svårigheter i vardagen som bdd leder till.

8. Skolan är en viktig del i behandlingen. Det är viktigt att skolpersonal är medvetna om olika sätt att stötta en elev med bdd. All skolpersonal som arbetar med eleven bör vara medvetna om och stödja de mål som eleven arbetar med i behandlingen, samt informeras om förändringar i utseenderelaterad oro och beteenden som hör samman med oron (till exempel ökat behov av att titta sig i spegeln). Givetvis utifrån elevens egna önskemål.

Fakta: Dysmorfofobi

På engelska heter diagnosen Body Dysmorphic Disorder och kallas bdd. Förkortningen används ofta även på svenska. Dysmorfofobi är ett relativt vanligt tillstånd, omkring två procent av alla ungdomar – och vuxna – är drabbade. Omkring två tredjedelar debuterar före 18 års ålder.

Dysmorfofobi behandlas med kognitiv beteendeterapi (kbt), ofta i kombination med ssri-preparat.

3 risker med dysmorfofobi

1. Förhöjd suicidrisk. Omkring hälften av de drabbade har en historia av självmordstankar och självskada. Därför är det viktigt att en strukturerad suicidriskbedömning ingår i behandlingen.

2. Hög skolfrånvaro. Dysmorfofobi har ofta en mycket stor påverkan på vardagslivet. Två tredjedelar av de drabbade har hög skolfrånvaro, och risken för social isolering och att bli hemmasittare är stor.

3. Risk för skönhetsingrepp. De drabbade löper avsevärd risk (uppskattningsvis 20 till 30 procent) att genomgå skönhetsingrepp. Forskningen visar att ingrepp inte hjälper mot dysmorfofobi – snarare tvärtom.

Källa: Daniel Rautio