

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

**ĶERMEŅA DISMORFISKO TRAUCĒJUMU
IZPLATĪBA JAUNU PIEAUGUŠO VIDŪ**

DIPLOMDARBS

Autors: **Aleksandrs Orlovskis**
Studenta apliecības Nr.: ao12036
Darba vadītājs: Dr.med. Marina Loseviča

RĪGA 2019

KOPSAVILKUMS

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi ir psihiski traucējumi, kuriem raksturīga pārņemšana ar vienu vai vairākiem neeksistējošiem vai esošo defektu pārspīlējumiem. Lai uzlabotu savu ārējo izskatu, pacienti meklē terapijas iespējas pie estētiskās medicīnas speciālistiem. Tādā veidā bieži slimība netiek diagnosticēta savlaicīgi. Ir nepieciešams ērts un efektīvs instrumentārijs šo pacientu skrīningam vispārējā populācijā. Tam var kalpot Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa.

Slimība rada emocionālas ciešanas, pasliktina sociālās, darba un mācību funkcionēšanas spējas. Ir svarīgi izvērtēt cik izteikta ir pārņemšanas ietekme uz ķermeņa tēlu ikdienas situācijās.

Pētījuma mērķis: Veikt Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas latviešu un krievu valodas tulkojuma lingvistisko adaptāciju un noskaidrot ārējā izskata pārņemšanas saistību ar negatīvu emocionālo pieredzi ikdienas situācijās.

Materiāli un metodes: Vienmomenta pētījums, aprakstošs, atklāts, anonīms, bez kontroles grupas. Metode – aptauja. Metodika – anketēšana (Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas, latviešu un krievu valodas versijas, Ķermeņa tēla distresa situācijas aptauja, sociāldemogrāfisko jautājumu anketa).

Rezultāti: Pirmajā pētījuma daļā piedalījās 116 respondenti (56 vīrieši un 60 sievietes). Pēc Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas datiem pozitīvs skrīnings bija 0 gadījumos. Anketas lingvistikai adaptācijai tika aprēķināts Kronbaha alfas koeficients – latviešu valodas versijai ir $\alpha=0.972$; krievu valodas versijai $\alpha=0.963$.

Otrajā pētījuma daļā piedalījās 84 respondenti (18 vīrieši un 66 sievietes). Pozitīvs ķermeņa dismorfisko traucējumu sastopamība ir 2.4% ($n=2$). Biežākās raizes izraisošās ķermeņa daļas ir āda (pūtītes, rētas, grumbas, ādas bālums un apsārtums), mati, vēders, deguna forma un izmērs.

Sievietes biežāk raizējas par savu izskatu ($p=0.042$) un vēlētos par to domāt mazāk salīdzinot ar vīriešiem ($p=0.013$). Salīdzinot ar vīriešiem sievietes mazāk izjūt bažas saistībā ar aptaukošanos ($p=0.05$). Emocionālai vardarbībai ir ietekme uz ķermeņa dismorfisko traucējumu attīstību ($p=0.05$). Pārņemšana ar ārējo izskatu korelē ar negatīvu emocionālo pieredzi ikdienas situācijās ($p=0.05$).

Secinājumi: Iegūtie rezultāti liecina, ka pārņemšana ar savu izskatu ir asociēta ar izteiktām ciešanām attiecībā pret ķermeņa tēlu sociālās, intīmās u.c. dzīves situācijās. Sievietes vairāk pārņemtas ar savu ķermeni nekā vīrieši. Emocionāla vardarbība ir riska faktors ķermeņa dismorfisko traucējumu attīstībai. Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas tulkojumiem ir izcili iekšējās saskaņotības rādītāji.

Atslēgvārdi: Ķermeņa dismorfiskie traucējumi, Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa, Ķermeņa tēla distresa situācijas aptauja, ķermeņa tēls.

SUMMARY

Body dysmorphic disorder is a mental illness that is characterized by preoccupation with one or more of the imaginary defects of person's body. To improve their appearance, patients are looking for treatment options to aesthetic medicine specialists. That is why, the disease is often not diagnosed at proper time. There is a need for a convenient and effective tool for screening these patients in the general population. This can be done with the Body Dysmorphic Disorder questionnaire.

The disease causes emotional distress, reduces social relationships, work and learning capability. It is important to evaluate how strong impact has this obsession to body image in everyday situations.

The aim of the study: To perform linguistic adaptation of Latvian and Russian language translation of the Body Dysmorphic Disorders questionnaire and to find out the correlation between external appearance and negative emotional experience in everyday situations.

Materials and methods: Onset research, describing, open, anonymous, without control group. Method - survey. Methodology - questionnaire (Body Dysmorphic Disorders questionnaire - Latvian and Russian version, The Situational Inventory of Body Image Dysphoria, social demographic questionnaire).

Results: In the first part of the study participated 116 respondents (56 men and 60 women). According to the Body Dysmorphic Disorders questionnaire, the positive screening was detected in zero cases. For the linguistic adaptation of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was calculated - for the Latvian language version $\alpha = 0.972$; Russian version $\alpha = 0.963$.

In the second part of the study participated 84 respondents (18 men and 66 women). The positive incidence of body dysmorphic disorders was detected in 2.4% ($n = 2$). The most common parts of the body that cause anxiety are the skin (acne, scars, wrinkles, skin paleness and redness), hair, belly, the size and shape of nose.

Women are more concerned about their appearance ($p = 0.042$) and would like to think less about it than men ($p = 0.013$). Compared to men, women feel less concerned about obesity ($p = 0.05$). Emotional violence has an impact on the development of body dysmorphic disorders ($p =$

0.05). Obsession with the external appearance correlates with negative emotional experience in everyday situations ($p = 0.05$).

Conclusion: The obtained results show that obsession with its own appearance is associated with severe suffering in relation to the image of the body in social, intimate, etc. life situations. Women are more taken over by their body than men. Emotional violence is a risk factor for the development of body dysmorphic disorders. Body dysmorphic disorders questionnaire translations have excellent internal coherence indicators

Key words: Body dysmorphic disorder, Body Dysmorphic Disorder questionnaire, The Situational Inventory of Body Image Dysphoria, Body image.

SATURS

Apzīmējumu saraksts.....	8
Ievads.....	9
1. Literatūras apskats.....	11
1.1. Ķermeņa dismorfisko traucējumu sociālkulturālais konteksts.....	11
1.1.1. Ķermeņa dismorfisko traucējumu vēsturiskais apraksts.....	11
1.1.2. Ķermeņa dismorfiskie traucējumi slimību klasifikatoros.....	12
1.1.3. Ķermeņa tēls.....	14
1.1.4. Masu mēdiji un ķermeņa tēls.....	15
1.1.5. Kognitīvi biheviorālais ķermeņa dismorfijas modelis.....	16
1.2. Ķermeņa dismorfisko traucējumu klīnika.....	18
1.2.1. Etioloģija un patofizioloģija: evolucionārā teorija.....	18
1.2.2. Etioloģija un patofizioloģija: smadzeņu struktūras.....	19
1.2.3. Iesaistītās ķermeņa daļas.....	20
1.2.4. Atkārtotas darbības un rituāli.....	21
1.2.5. Izvairīšanās uzvedība.....	22
1.2.6. Emocijas.....	22
1.2.7. Muskuļu dismorfija.....	23
1.2.8. Ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalence sabiedrībā.....	24
1.2.9. Ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalence estētiskās medicīnas iestādēs.....	24
1.2.10. Slimības gaita un dzīves kvalitāte.....	26
1.2.11. Agresija un suicīds.....	27
1.2.12. Psihiatriskās komorbiditātes.....	28
1.2.12.1. Depresija.....	28
1.2.12.2. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi.....	29
1.2.12.3. Sociālās trauksmes traucējumi.....	29
1.2.12.4. Ēšanas traucējumi.....	30
1.2.13. Ķermeņa dismorfisko traucējumu ārstēšana.....	30
1.2.13.1. Psihoterapija.....	31
1.2.13.2. Farmakoloģiskās terapijas iespējas.....	32
2. Materiāli un metodes.....	34

Rezultāti.....	39
Diskusija.....	51
Secinājumi.....	53
Pateicības.....	54
Izmantotā literatūra un avoti.....	55
Pielikumi.....	66
1.pielikums. Ķermeņa tēla distresa situācijas aptauja.....	67
2.pielikums. Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa (latviešu valodā).....	68
3.pielikums. Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa (krievu valodā).....	69
4.pielikums. Sociāldemogrāfisko jautājumu anketa.....	70

APZĪMĒJUMU SARAKSTS

ĶDT	Ķermeņa disorfiskie traucējumi
SSRI	Selektīvie serotonīna atpakaļsaites inhibitori
OKT	Obsesīvi kompulsīvie traucējumi
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
SSK	Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija
APA	American Psychiatric Association
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
M.I.N.I.	The Mini International Neuropsychiatric Interview

IEVADS

Mūsdienās Rietumu kultūrā tiek akcentēts ārējā izskata nozīmīgums. Vīrieši vēlas izskatīties muskuļotāki, bet sievietes slaidākas un jaunākas. Masu mēdiji veido stereotipu, ka labs izskats saistīts ar sasniegumiem dzīvē. (Veale et al., 2010) Nelielas raizes par ārieni ir normālas; tās motivē pievērst uzmanību savai veselībai. Taču gadījumos, kad raizes ir intensīvas un traucē komunicējot ar tuviniekiem, profesionālajā sfērā un rada emocionālas ciešanas, tad tā ir patoloģija, kuru nepieciešams savlaicīgi diagnosticēt un ārstēt. (Phillips KA, 2017) Turklāt traucējumiem ir augsts komorbiditāšu un suicīda risks. (Mufaddel A et al., 2013; Phillips KA et al., 2006)

Cilvēki ar ĶDT ir pārliecināti par savu neglītumu. (APA, 2013) Lai uzlabotu savu stāvokli viņi vērsas pēc palīdzības pie estētiskās medicīnas speciālistiem. (Osman OT et al., 2011) Veiktās procedūras tikai īslaicīgi uzlabo pacienta stāvokli, pēc kā pārņemība atjaunojas ar lielāku intensitāti vai pārfokusējas uz citu ķermeņa daļu. (Conrado L et al., 2010) Lai savlaicīgi sniegtu psihiatrisku palīdzību ir nepieciešams instrumentārijs ar kura palīdzību var veikt šo pacientu skrīningu. Pēc mūsu datiem Latvijā šāda instrumenta nav.

Ķermeņa tēls atpoguļo to kā mēs paši uzteram savu ķermeni un tā aprises. (Slade P, 1988) Tā veidošanās sākas agrā bērnībā un turpinās visu dzīvi. (Cash TF et al., 2011; Steinberg, 2013; Grogan S, 2011) Vīrieši vēlas izskatīties muskuļoti, bet sievietes – slaidi. (Veale et al., 2010) Neatbilstība starp realitāti un iegribām rada emocionālus pārdzīvojumus. Turklāt emocionālā pieredze atšķiras situācijām, kurās cilvēks atrodas. Viens jūtas neapmierināts ar savu ķermeni, kad skatās spogulī, otrs, kad satiekas ar pretējā dzimuma pārstāvjiem, bet trešais – izdzirdot kritiku. Pie pietiekošas intensitātes negatīvā emocionālā pieredze var pāraugt traucējumos. Ir svarīgi saprast, vai pārņemība ar savu ķermeni veicinās emocionālo ciešanu biežumu.

Darba mērķi:

- Veikt Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas lingvistisko adaptāciju;
- Noskaidrot dismorfisko fenomenu/parādību mūsdienu tendences un izplatību dažādās populācijās.

Darba uzdevumi:

- Veikt Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas dubultu tulkošanu;
- Izveidot pētāmo grupu no psihiski veselo personu vidus, veikt Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas aptauju, papildinot anketu ar jautājumiem par anketas jautājumu kvalitāti, aprēķināt Kronbaha alfa koeficientu, noskaidrot

dismorfisko parādību izplatību veselīgo un labi sociāli adaptēto pieaugušo vidū, izvērtēt vai anketas jautājumi ir viegli saprotami;

- Izveidot pētāmo grupu no vispārējās populācijas, ņemot vērā traucējumu mērķa grupu – jaunos pieaugušos, veikt aptauju, izmantojot Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketu, Ķermeņa tēla distresa situācijas aptauju, fiksejot sociāldemogrāfiskos datus un papildus informāciju (skat. pielikumu Nr. 4);
- Iegūtos datus statistiski apstrādāt, salīdzināt ar literatūras datiem, izdarīt secinājumus, nospraust nākotnes pētniecības virzienus.

Izvirzītā hipotēze: dismorfiski pārdzīvojumi ir sastopami gan psihiski veselo, gan vispārējā populācijā, pārsvars ir sievietēm. Tie korelē ar traumātisku pieredzi (pārciestu vardarbību) un tos pastiprina/provocē noteiktas sociālās situācijas.

1. LITERATŪRAS APSKATS

1.1. Ķermeņa dismorfisko traucējumu sociālkulturālais konteksts

1.1.1. Ķermeņa dismorfisko traucējumu vēsturiskais apraksts

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi ir pazīstami jau vairāk par gadsimtu. Pirmo reizi termins “dismorfofobija” literatūrā tiek pieminēts 1891. gadā un to aprakstīja itāļu psihiatrs Henrijs Morselli (Enrico "Henry" Agostino Morselli). (Berrios GE, 1996). Viņš slimību raksturoja kā “fobiju”, “obsesiju” un “fiksētu ideju”. Termins nāk no grieķu vārda “Dysmorphia”, kas pirmo reizi ir minēts sengrieķu vēsturnieka Hērodota grāmatā “Vēsture” (*Historiai*, 440 gads p.m.ē.), kur “Dysmorphia” bija neglītākā meitene Spartā. (Phillips KA, 2017)

1959. gadā Z.Freids aprakstīja pacienta krievu aristokrāta Sergeja Pankejeva (kriev. Сергей Панкеев, 1886 – 1997) gadījumu. Anonimitātes saglabāšanai Z.Freids viņu nosauca par vilku cilvēku (vāc. der Wolfsmann). Aristokrātam, kuram bija raizes par iedomātu sava deguna defektu, sūdzības bija par rekurentu sapni, kurā ziemas laikā uz koku zariem sēdēja balti vilki un kuri lūkojās uz pacientu caur guļamistabas logu. Z.Freids situāciju interpretēja šādi: “deguns reprezentē dzimumlocekli, ko pacients grib kastrēt un kļūt par sievieti”. (Hughes JM, 2004) Pēc Z.Freida pacients vērsās pie psihiatres Rūtas Bruncvickas (angl. Ruth Jane Mack Brunswick), kas 1971. gadā veica atkārtotu pacienta analīzi. Viņa raksta:

“Viņš atstāja novārtā savu ikdienas dzīvi, jo bija iegrimis pārdomās vienīgi par sava deguna stāvokli. Uz ielas viņš skatījās uz savu atspulgu katrā veikala skatlogā; nēsāja kabatas spoguļi, kuru viņš vilka ārā ik pēc dažām minūtēm. Sākumā viņš piepūderēja degunu; pēc brīža viņš lūkojās uz to un ņēma nost pūderi. Pēc tam viņš pētīja nāsis, lai noķertu momentu, kad viņas sāks palielināties, tā kā viņas paplašinājās un sašaurinājās. Pēc tam viņš atkal uzklāja pūderi un slēpa spoguļi, un pēc brīža process atkārtojās (..)”. (Gardiner M, 1971)

Pagājušā gadsimta 70.gados ķermeņa dismorfiskie traucējumi ieguva jaunu popularitāti. Tam par pamatu bija angļu psihiatrs Georgs Hajs (George Hay), kurš veica labi pārdomātu klīnisku slimības aprakstu. Kopā ar citiem kolēģiem G. Hajs dismorfiju uztvēra nevis kā atsevišķu klīnisko vienību, bet gan kā simptomu kompleksu. Viņu darbi veicināja diskusiju par estētiskās ķirurģijas pacientu psihiskā stāvokļa izvērtēšanas svarīgumu. (Hay, 1970)

1.1.2. Ķermeņa dismorfiskie traucējumi slimību klasifikatoros

Pirmo reizi ķermeņa dismorfiskie traucējumi slimību klasifikātorā tika ieviesti 1980. gadā - Diagnostikas un statistikas garīgo saslimšanu rokasgrāmatas (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, turpm. DSM) trešajā izdevumā, ko publicē Amerikas psihiatru asociācija. DSM-III traucējumi tika dēvēti par dismorfofobiju. Tajā laikā slimība netika klasificēta kā atsevišķa slimība, bet gan kā “atipiski somatoformi traucējumi” bez diagnostiskajiem kritērijiem. (APA, 1980) Kā atsevišķa saslimšana tā tika ieviesta 1987. gadā DSM-III-R (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd editio, revised*), kur tā tika definēta kā pārņemtība par vienu vai vairākiem uztvertiem defektiem vai trūkumiem ārējā izskatā. Traucējumi ieguva ne tikai diagnostiskos kritērijus un atsevišķas slimības statusu somatoformo traucējumu sadaļā, bet arī tika nomainīts nosaukums no “dismorfofobija” uz “ķermeņa dismorfiskie traucējumi”. (APA, 1987)

1994. gadā Amerikas psihiatru asociācija nāca klajā ar DSM 4, kurā tika ieviestas izmaiņas. Ķermeņa dismorfiskajiem traucējumiem piešķīra klīniskā nozīmīguma kritēriju, kas paredz, ka pārņemtība par izskatu izraisa klīniski nozīmīgas ciešanas vai funkcionēšanas traucējumus. Šis kritērijs bija nepieciešams, lai varētu diferencēt normālas raizes par izskatu no tām, kas ir patoloģiskas. Atšķirībā no iepriekšējā izdevuma, slimība var būt komorbīda ar ēšanas traucējumiem un transseksuālismu. Pēdējā izmaiņa pārcieta ķermeņa dismorfisko traucējumu murgu forma. DSM 3 traucējumi tika pieskaitīti pie psihotiskiem traucējumiem, savukārt ceturtajā izdevumā kļuva par ķermeņa dismorfisko traucējumu apakšgrupu. (APA, 1994)

2013.gadā iznāca DSM piektais izdevums. Tajā ķermeņa dismorfiskie traucējumi no somatoformo traucējumu grupas tika pārcelti uz obsesīvi kompulsīvo traucējumu grupu un tika veiktas izmaiņas kritērijos. Tika ieviests jauns kritērijs, kas paredz, ka pacients veic atkārtotas darbības (līdzīgi obsesīvi kompulsīvām darbībām), piemēram, regulāra skatīšanās spogulī, ādas plūkāšana vai pārlietu sevis kopšana. Kā arī ieviesa muskuļu dismorfijas specifikātoru tiem pacientiem, kuru galvenās raizes ir saistītas ar pārlietu mazu muskuļu masu (muskuļu dismorfija). (APA, 2013)

Pasaules Veselības organizācija ķermeņa dismorfiskos traucējumus ieviesa tikai SSK – 10 izdevumā, 1992. gadā. Traucējumi atrodas somatoformo traucējumu grupā kā hipohondrisko traucējumu veids. Atrašanās šajā grupā pieprasa kritēriju, ka pacients meklē medicīniskās ārstēšanas vai izmeklēšanas veidus un pastāv pastāvīga neticība ārstniecības personālam par to, ka simptomus nerada somatiski iemesli. (WHO, 1992) Tas rada diagnostiskās grūtības, jo ne visi

cilvēki ar ķermeņa dismorfiskajiem traucējumiem meklē ārstēšanas iespējas vai arī neatklāj ārstam savas raizes par izskatu. (Grant JE et al., 2001) SSK – 11 šī problēma tiks atrisināta, tā kā ir paredzēts, ka jaunajā izdevumā traucējumus pieskaitīs pie obsesīvi kompulsīvo traucējumu grupas. (Stein DJ et al., 2016)

Ķermeņa dismorfisko traucējumu kritēriji DSM 4, 5 un SSK – 10, 11

DSM – 4 (APA, 1994)

- A. Pārņemtība ar iedomātu defektu izskatā. Ja ir klātesoša neliela fiziska anomālija, tad personas bažas ir ievērojami pārmērīgas.
- B. Pārņemtība izraisa klīniski nozīmīgas ciešanas vai traucējumus sociālā, darba vai citās svarīgās funkcionēšanas sfērās.
- C. Pārņemtība nav labāk izskaidrojama ar citu psihisku saslimšanu (piemēram, neapmierinātība ar ķermeņa formu un izmēru pie nervu anoreksijas).

DSM – 5 (APA, 2013)

- A. Pārņemtība ar vienu vai vairākiem uztvertiem defektiem vai trūkumiem fiziskajā izskatā, kas nav novērojami vai šķiet nelieli priekš citiem.
- B. Kādā slimības norises brīdī indivīds ir veicis atkārtotas darbības (spoguļošanās, pārlietu sevis kopšana, ādas plūkāšana) vai mentālas darbības (salīdzina savu izskatu ar citiem) kā atbilde uz izskata raizēm.
- C. Pārņemtība izraisa klīniski nozīmīgas ciešanas vai traucējumus sociālā, darba vai citās svarīgās funkcionēšanas sfērās.
- D. Izskata pārņemtība nav labāk izskaidrojama ar bažām par ķermeņa taukiem vai svaru individuā, kura simptomi atbilst ēšanas traucējumu diagnostiskajiem kritērijiem.

SSK – 10 Hipohondriski traucējumi (WHO, 1992)

- A. Viens no sekojošiem:
 - a. pastāvīga pārlicība vismaz sešu mēnešu garumā par minimums divu nopietnu fizisku slimību klātesamību.
 - b. pastāvīga pārņemtība par domājamām deformācijām vai izkropļojumiem.
- B. Pārņemtība ar ticību un simptomi izraisa pastāvīgas ciešanas vai iejaucas ikdienas personīgajā funkcionēšanā, un rezultātā pacients meklē medicīnisku ārstēšanu vai izmeklēšanu.

- C. Pastāvīgs atteikums pieņemt medicīniskus ieteikumus par to, ka simptomiem nav adekvāta fizikāla iemesla vai fiziskas anomālijas, izņemot īsus periodus līdz vairākām nedēļām uzreiz pēc diagnostikas vai tās laikā.
- D. Visbiežāk izmantotais izslēgšanas kritērijs: neparādās tikai šizofrēnijas un saistītajos traucējumos (F20 – F29) vai jebkurā no garastāvokļa traucējumiem (F30 – F39).

SSK – 11 (paredzami kritēriji) (Stein DJ et al., 2016)

- Noturīga pārliecība (vismaz 1h dienā) par vienu vai vairākiem uztvertajiem defektiem vai trūkumiem izskatā, vai neglītumu kopumā, kas ir vai nepamanāmi, vai tikai viegli manāmi citiem.
- Izteikta pašapziņa par uztverto defektu(-iem) vai trūkumu(-iem), bieži ieskaitot idejas par sevi (pārliecība par to, ka cilvēki ņem vērā, vērtē vai runā par uztverto defektu(-tiem) vai trūkumu(-iem)).

Pārņemība izpaužas ar kādu no turpmāk minētajiem:

- Atkārtota un pārmērīga uzvedība, tāda kā atkārtota izskata pārbaude vai uztvertā defekta(-tu) vai trūkuma(-mu) smagums (pārbaudot uz atspoguļojošām virsmām vai salīdzinot attiecīgas iezīmes ar citiem);
- Mēģina paslēpt vai izmanīt defektu (pakļaujot sevi nevajadzīgām kosmētiskām, ķirurģiskām procedūrām);
- Mēģina izvairīties no sociālām situācijām vai triģeriem, kas palielina ciešanas par iedomāto defektu(-tiem) vai trūkumu(-iem);
- Simptomi rezultējas ar nozīmīgām ciešanām vai nozīmīgiem traucējumiem personīgajā, ģimenes, sociālajā, izglītības, darba vai citās svarīgās funkcionēšanas jomās.

1.1.3. Ķermeņa tēls

Ķermeņa tēls ataino personas uztveri par sava ķermeņa estētisko un seksuālo pievilcību. Pirmo reizi šo terminu ieviesa Pauls Šilders 1935. gadā un formulēja to kā “bilde par mūsu ķermeni, ko mēs veidojam paši savā prātā”. (Schilder P, 1935) Mūsdienās šis termins ir paplašināts līdz “bilde, kas ir mūsu prātā par mūsu ķermeņa izmēru, veidu un formu; un mūsu jūtām attiecībā uz šīm īpašībām un mūsu ķermeņa sastāvdaļām”. (Slade P, 1988) Tādā veidā ir divas sfēras: uztveres un attieksmes. Uztveres sfēra tiek raksturota ar adekvātu spriedumu par sava ķermeņa izmēru,

formu un svaru. Savukārt attieksmes sfēra izpaužas ar domām, izjūtām un uzvedību. (Cash TF al., 2011)

Ķermeņa tēls dzīves laikā var pārciest izmaiņas un tā veidošanās sākas jau agrā bērnībā. Kopš dzimšanas pakāpeniski tiek iepazīts savs ķermenis, tā aprises un funkcijas. Jau 2 gadu vecumā bērns spēj sevi atpazīt bildēs. Tas liecina par to, ka prātā jau pastāv priekšstats par savu izskatu. Pirmskolas vecumā (3 – 6 gadu vecumā) bērni sāk salīdzināt sevi ar citiem un jau šajā vecumā var izrādīt neapmierinātību ar savu ķermeni. Liela loma tajā ir vecāku negatīvajai attieksmei, ko viņi izrāda komentējot bērna apģērbu un izskatu. 6 līdz 12 gadu vecumā nereti vecāki mēģina iedrošināt savus bērnus notievēt. (Cash TF al., 2011)

Pusaudžu vecumā notiek bioloģiskas, psihiskas un sociālas izmaiņas; attīstās primāras un sekundāras dzimumpazīmes, domāšanas veids sāk līdzināties pieaugušajiem un kļūst izteikta brīvības, atbildības un neatkarības sajūtas. (Steinberg, 2013, Sawyer et al., 2012) Zēniem šis periods ir saistīts ar pozitīvu pieredzi, jo ārējā izskatā notiek pārmaiņas, kas ataino viņu priekšstatu par vīrieša ideālajām ķermeņa aprisēm. (Peterson et al., 1980) Meitenēm veidojas sievišķīgas aprises, palielinās tauku masas daudzums un mainās psihiskais stāvoklis. Salīdzinoši izteiktāka kļūst vēlme notievēt, jo ir pārliecinātas, ka esot tievām viņas būs laimīgākas, veselīgākas un gūs labākus panākumus ar zēniem. (Wertheim et al., 2011)

Pieaugušo vīriešu ideālais ķermenis ir slaidis un muskuļots. 15 – 25% vīriešu ir neapmierināti ar savu ķermeni. Biežākie iemesli ir aptaukošanās, matu zudums un dzimumlocekļa izmērs. Sievietēm neapmierinātība ir lielāka un tā ir saistīta ar novecošanos. Sociālkulturālie faktori stimulē sievietes izskatīties jaunai pēc iespējas ilgāk. Savukārt neapmierinātībai ar ķermeņa tēlu nav saistības ar sievietes vecumu, drīzāk novecojot apmierinātība pieaug (it īpaši pēc 60 gadu vecuma). (Grogan S, 2011)

1.1.4. Masu mediji un ķermeņa tēls

21. gadsimtā rietumu kultūra ir pārpildīta ar idealizētiem skaistuma standartiem. Televīzija, žurnāli, reklāma un videospēles ietekmē sabiedrību, popularizējot ideālo ķermeņa uzbūvi un nosakot tā izskatu/formu; sievietēm tas ir tievs, slaidis ķermenis, bet vīriešiem – muskuļots. Turklāt televīzijas šovos var novērot tādas sižeta līnijas, kurās veidojas asociācija starp skaistu galveno varoni un pozitīvu gala iznākumu. Pat tādos brīžos, kad galvenā varone ir nepievilcīga, tad viņa

iziet cauri pārmaiņām, kuru rezultātā mainās viņas izskats. Sociālās apmācības rezultātā veidojas tieša korelācija starp perfektu ārējo izskatu un panākumiem dzīvē. (Veale et al., 2010)

Tas, kā mediji ietekmē sabiedrības standartus ārējā izskata ietvaros, ir komplicēts process. Notiekošie psiholoģiskie procesi tiek aprakstīti trijās teorijās:

1) Sociālā salīdzinājuma teorija (*social comparison theory*). Teorijas autors uzskata, ka visiem cilvēkiem ir vēlme objektīvi novērtēt savas spējas un uzvedību. Tā kā to ne vienmēr ir iespējams izdarīt, tad tiek meklēts atskaites punkts, ar ko sevi salīdzināt. Par to var kalpot apkārt esošie cilvēki un mediju tēli. (Festinger, 1954)

2) Sevis shēmas teorija (*self-schema theory*). Tajā tiek apgalvots, ka katrs, balstoties uz savu uzvedību, apkārtējo reakciju uz savu rīcību un sociālo informāciju, veido savā prātā priekšstatu par to, kas viņu atšķir no pārējiem. Šo priekšstatu arī dēvē par sevis shēmu. Tā ir unikāla sava “es” daļa, caur kuru notiek jaunās, ienākošās informācija apstrāde. Cilvēki, kuru sevis – shēma balstās uz ārējo izskatu, ir sensitīvāki pret masu mediju tēliem, tajā skaitā pret ziņām, kas satur informāciju par ķermeņa augumu, svaru un formu. (Markus, 1977)

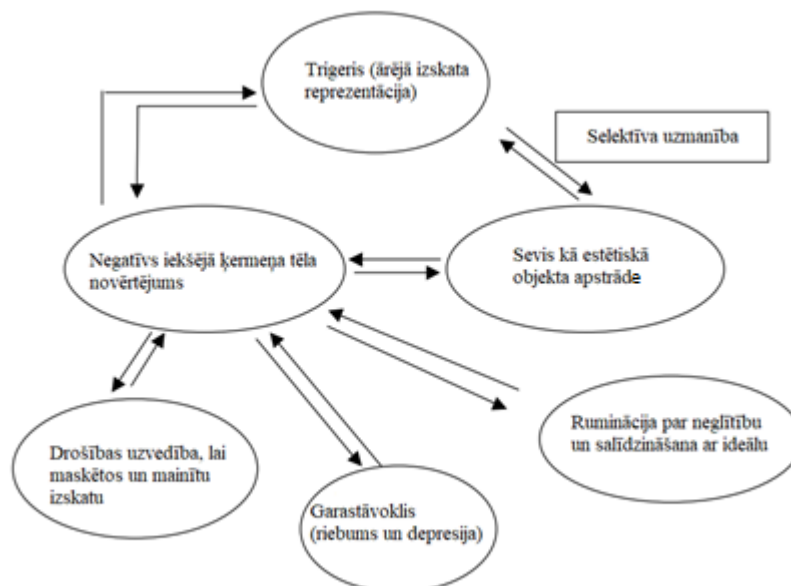
3) Sevis neatbilstības teorija (*self-discrepancy theory*). Katrai personai ir “ideālais es”, pēc kura mēs visi tiecamies. “Ideālais es” ataino to, kādi mēs vēlamies būt. Neatbilstība starp to, kas mēs esam šobrīd, un to, kādi mēs vēlamies būt rada tādas negatīvas sajūtas, kā distresu un diskomfortu. Masu mediji šajā teorijā iesaistās “ideālā es” tapšanā. (Higgins, 1987)

Tam, ka masu mediji ietekmē cilvēka uztveri/attieksmi pret savu ķermeni, pastāv empīriski pierādījumi. Tā 2008. gadā tika veiktas divas metaanalīzes. Pirmajā noskaidroja, ka spiediens no masu medijiem korelē ar negatīvu ķermeņa tēlu un zemāku pašvērtējumu vīriešiem. (Barlett C et al., 2008) Otrajā metaanalīzē noskaidroja, ka masu mediji veicina sieviešu vēlmi iegūt slaidas aprises un neapmierinātību ar savu ķermeni. (Grabe S et al., 2008) Novērojot 4237 zēnus vecumā no 12 – 18 gadiem, kuri lasa modes un fitnesa žurnālus, atklājās, ka viņi 2 reizes biežāk nekā vienaudži lieto produktu, kas uzlabo viņu ārieni vai palielina muskuļu masu. (Field AT et al., 2005; Wertheim EG et al., 2011)

1.1.5. Kognitīvi biheviorālais ķermeņa dismorfijas modelis

Dāvis Veals (Davis Veale) un Fugens Neziroglis (Fugen Neziroglu) kopā ar kolēģiem ir attīstījuši savu hipotēzi par kognitīvi biheviorālo ķermeņa dismorfijas modeli (*1.1. att.*). (Veale D, 2004) Tā mērķis ir izskaidrot iemeslus kāpēc viena persona spēj pielāgoties neskatoties uz reāliem,

izteiktiem ķermeņa defektiem (piemēram, plašiem sejas apdegumiem), kamēr citai personai rodas emocionālas ciešanas šķietami maznozīmīga ādas defekta dēļ (piemēram, pinnēm).



1.1.att. Kognitīvi biheviorālais modelis par ķermeņa dismorfiskajiem traucējumiem. (Veale, 2004)

Hipotēze sākas ar to, ka pastāv palaidēj mehānisms jeb trigeris, kas ir mūsu ķermeņa tēla ārējā reprezentācija. Par trigeri var kalpot sevis aplūkošana spogulī vai bildēs. Tam seko process, ko dēvē par selektīvo uzmanību. Tās laikā uzmanība tiek fokusēta uz specifiskām ķermeņa iezīmēm, kas noved līdz paaugstinātai izpratnei un šo iezīmju relatīvam pārspīlējumam. Tā rezultātā veidojas izkropļots ķermeņa tēls.

Pēc tam, kad ir izveidots deformēts ķermeņa tēls, persona veic tā negatīvo novērtējumu un tā estētisko spriedumu. Lūkošanās spogulī vai bildēs aktivē personīgās vērtības, kas šajā kontekstā ir idealizētas. Tās var būt vērtības par jaunību, simetriju, perfekcionismu u.c. Idealizēto vērtību dēļ ārējā izskata loma kļūst dominanta cilvēka prātā. Rodas cieša saikne starp izskata svarīgumu un savu identitāti: “Ja es esmu nepievilcīgs, tad nav jēgas dzīvei”, “Ja es esmu defektīvs, tad es visu dzīvi būšu viens”, “Es varu kaut ko izdarīt tikai tad, kad es jūtos komfortabli ar savu izskatu”. (Veale et al., 1996)

Sevis salīdzināšana ar citiem ir specifiska ķermeņa dismorfijas iezīme. Personas prātā ir ideālais ķermeņa tēls, kuram viņš neatbilst. Salīdzināšana notiek ar vecajām sevis bildēm, cilvēkiem masu medijos vai sociālās situācijās, kad salīdzināšanas objekts ir tāda paša vecuma un

dzimuma persona. Līdz ar to katru reizi salīdzināšanas laikā notiek negatīvs sevis novērtējums, pārdomas un uzmanības koncentrācija uz personīgo ķermeņa tēlu.

Emocijas, kas rodas ķermeņa dismorfijas gadījumā, ir atkarīgas no konkrēta situācijas un notikuma izvērtējuma. Tās var būt – iekšējā kauna vai riebuma sajūta (brīžos, kad persona, salīdzinot, novērtē sevi daudz zemāk nekā apkārtējos); kauna sajūta un sociālā trauksme, kas balstās uz sprieduma par to, kā apkārtējie varētu viņus pētīt, pazemot un noraidīt; depresija un bezpalīdzība, kad neizdodas sasniegt savus estētiskos standartus; dusmas, frustrācija un vainas apziņa pret sevi par to, ka bojā savu ārējo izskatu (piemēram, plūkājot ādu) vai par to, ka nav pietiekamu finanšu, lai atļautos veikt plastisko operāciju.

Līdzīgi kā ar sevis salīdzināšanu, cilvēkiem ar ķermeņa dismorfiju ir raksturīga drošības uzvedība (angl. *safety behaviour*). No pacienta puses tas ir adaptīvs mehānisms, lai izvairītos no viņaprāt sliktām situācijām. Uzvedības izpausmes variē līdz ar pacientu. Tā viens cilvēks pārļieki lietos kosmētiskos līdzekļus, lai paslēptu iedomātos defektus, cits nelietos kosmētiku, jo būs pārļiecināts, ka tā tikai pievērsīs viņam vairāk uzmanības. Drošības uzvedība ir paredzēta lai: izvairītos no domāšanas par iedomāto defektu; izmainītu vai paslēptu defektu; novērstu uzmanību vai samazinātu nenoteiktību/distresu par defektu. Neskatoties uz to, ka šāda uzvedība palīdz pacientam adaptēties, tomēr tā veido saikni ar ķermeņa tēlu un piešķir tam negatīvu novērtējumu. (Veale D, 2004)

1.2. Ķermeņa dismorfisko traucējumu klīnika

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi ir slimība, kurai ir raksturīga pārņemība ar sava izskata iedomātu/reālu defektu. Cilvēks tērē daudz laika, domājot par šiem defektiem, līdz pat vairākām stundām dienā, kas rada traucējumus ikdienas funkcionēšanā. Traucējumu gaitā cilvēks uzsāk veikt atkārtotas, obsesīvas darbības, lai pārļiecinātos, slēptu vai mainītu tos. (APA, 2013)

1.2.1. Etioloģija un patofizioloģija: evolucionārā teorija

Evolucionārā psihiatrija balstās uz Čarlza Darvina teoriju par emociju evolūciju. Šobrīd šis psihiatrijas virziens, izmantojot evolucionāro pieeju, cenšas izskaidrot dažādus psihiskus fenomenus un traucējumus. (McGuire MT et al., 1992)

Dažāda veida radību sugas dzīvo un evolucionē līdzīgos apstākļos; to dēvē par koevolūciju. Cilvēki dzīvo ar komenciālo floru un ir attīstījuši imūno atbildi pret plaša ranga patogēnām baktērijām. Savukārt tās izstrādā arvien labākus mehānismus dzīvo radību invāzijai. Tā, piemēram, ir teorija, ka obsesīvi kompulsīvi traucējumi un raustes traucējumi var attīstīties pēc pārslimotas A grupas – beta – hemolītiskā streptokoka infekcijas - ar streptokoku asociēti pediatriiski autoimūni neiropsihiatriski traucējumi (PANDAS - pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococci). (Swedo SE, 2002) Slimības gaitā veidojas antivielas, kas bojā striatālos neironus. Rajonos ar endēmisko reimatisko drudzi bērniem, kuri ir pārslimojuši ar A grupas streptokoku infekciju, salīdzinājumā ar veseliem bērniem, biežāk sastop obsesīvi kompulsīvus traucējumus, raustes traucējumus, ķermeņa dismorfiskus traucējumus. Neskatoties uz to, ka nav aprakstīti ķermeņa dismorfijas simptomi, tomēr, var pieņemt, ka patogēnēzes pamatā ir līdzīgi autoimūni procesi. (Hounie AG et al., 2004)

No evolucionārās perspektīvas ir adaptīvi un neadekvāti aizsardzības mehānismi. Iegūstot mīksto audu trauma, cilvēks izjūt sāpes. Neskatoties uz to, ka sāpes ir saistītas ar negatīvām emocijām un var šķīst traucējošas, tomēr tām ir adaptīvs nolūks organisma apdraudējuma gadījumā. Sociālā trauksme aktivējas pēc līdzīga principa. Ja tā netraucē ikdienas funkcionēšanas spējām, tad tā palīdz vadīties sociālā hierarhijā. Savukārt tās personas, kurām sociālās trauksmes līmenis ir zems, var uzvesties antisociāli. (Nesse RM, 2001; Marks IM et al., 1994) Iespējams, ka izskata raizes ir pamatotas ar specifisku adaptīvu aizsardzību vai fiksētiem uzvedības modeļiem. Dzīvniekiem ir raksturīga kopšanas uzvedība (angl. *grooming behavior*), kas palīdz aizstāvēties no patogēnās floras un veicina sociālo saišu veidošanos. Ķermeņa dismorfijas laikā pacientam ir neadekvāts aizsardzības mehānisms, kad sevis kopšana ir tik izteikta, ka ietekmē dzīves kvalitāti. (Phillips KA, 2017)

1.2.2. Etioloģija un patofizioloģija: smadzeņu struktūras

Ķermeņa dismorfisko traucējumu gadījumā ir novērots, ka slimības patogēnēzē iesaistās izmainītas smadzeņu struktūras un neiromediatori.

Izmantojot difūzo spektrālo tomogrāfiju tika atklāta korelācija starp šķiedru dezorganizāciju *fasciculus longitudinalis inferior* un *forceps major*, un sliktāku ķermeņa tēla uztveri. (Feusner JD et al., 2013) *Fasciculus longitudinalis inferior* savieno priekšējo pieres daivu un pakauša garozu; *forceps major* savieno labo un kreiso pakauša daivu. Dezorganizētās šķiedras var liecināt par to, ka ir traucēta komunikācija starp vizuālo un emocionālo, atmiņas sistēmu, kā arī starpdaivu

komunikācija. Tas nozīmē, ka pastāv sliktāka informācijas integrācija starp šiem smadzeņu reģioniem un rodas grūtības akurāti uztvert savu izskatu. Citi dati liecina, ka pacientiem ir samazināts baltās vielas veselums *corpus callosum*, *fasciculus longitudinalis superior* un *fasciculus fronto-occipitalis inferior*. Tas nozīmē, ka daļai cilvēku ĶDT veidojas no traucētas nervu sistēmas mielinācijas embriogēneses laikā. (Buchanan BG et al., 2013)

Serotonīna atpakaļsaites inhibitori (turpm. SSRI) tiek izmantoti ĶDT ārstēšanā. Tas netieši norāda, ka pastāv saistība starp neiromediatora samazinātu izdali presinaptiskajā spraugā un ķermeņa dismorfijas simptomiem. Efekts var būt saistīts ar obsesīvu domu, kompulsīvu darbību un impulsivitātes reducēšanu. Turklāt ir novērots, ka serotonīna saistošā proteīna blīvums ir samazināts pie obsesīvi kompulsīvu traucējumu grupas, tajā skaitā arī ĶDT. (Marazziti D et. al., 1999)

Antiepileptisks medikaments levetiracetāms ir efektīvs slimības ārstēšanā. Līdzīgi kā ar SSRI, netieši var spriest, ka samazināts GABA neiromediatora daudzums saistīts ar slimības patoģenēzi. (Phillips KA et al., 2009)

1.2.3. Iesaistītās ķermeņa daļas

Pārņemtība var skart vienu vai vairākas ķermeņa daļas. Pacienti bieži tās apraksta kā “nepievilcīgas”, “nepareizas”, “deformētas”, “pretīgas” vai “briesmīgas”. Visbiežāk skartās ķermeņa daļas ir āda, mati un deguns. Kaut arī lielākā daļa pacientu pārņemtība ir asociēta ar seju, tomēr slimība var skart jebkuru ķermeņa daļu. Turklāt slimības gaitā iesaistītās ķermeņa daļas var mainīties un pieaugt (*1.1. tabula*). (Phillips KA, 2005)

1.1. tabula

Raizes izraisošās ķermeņa daļas (Phillips KA, 2005)

Ķermeņa daļa	%	Ķermeņa daļa	%
Āda	73	Augšstilbi	20
Mati	56	Zobi	20
Deguns	37	Kājas (kopumā)	18
Svars	22	Ķermeņa uzbūve/kaulu struktūra	16
Vēders	22	Neglīta seja (kopumā)	14
Krūtis/krūšu kurvis/krūšu gali	21	Sejas izmērs/forma	12
Acis	20	Lūpas	12

1.2.4. Atkārtotas darbības un rituāli

Kompulsīva uzvedība un rituālu izpilde vidēji aizņem 3 – 8h dienā. Grūti kontrolējamie impulsi rada iekšēju spriedzi, kam ir kumulatīvs efekts. Pacients regulāri pārbauda, labo un maina iedomātos defektus. Atvieglējuma sajūta pēc rituāla izpildes tiek sasniegta reti. Šāds atvieglējums vairāk raksturīgs obsesīvi kompulsīvajiem traucējumiem, taču ĶDT gadījumā rituāli tiek veikti, lai pārliecinātos par savu defektivitāti (“kroplīgumu”). Biežākās rituālu formas ir spoguļošanās, salīdzināšana, maskēšanās un kopšana (1.2. tabula). (Phillips KA et al., 1998; Phillips KA, 2009; Phillips KA, 2005)

Spoguļošanās izpaužas ar sava atspulga meklēšanu uz atstarojošām virsām. Tam var kalpot spogulis, palielināmais stikls, metāliskas virsmas, veikala skatlogi u.c. Pacients, maldīgo uzskatu dēļ, atspulgā meklē apliecinājumu saviem defektiem. Pie smagākām formām ciešanas ir tik izteiktas, ka pacients var pilnībā izvairīties no šāda tipa virsmām. (Phillips KA, 2009; Phillips KA, 2005)

Līdz pat 90% pacientu salīdzina sevi ar citiem, vēršot akcentus uz iedomātajiem defektiem. Salīdzināšana var būt vērsta uz cilvēkiem, ar kuriem notiek ikdienas komunikācija, personām masu medijos un ar sevi vecajās bildēs vai video ierakstos. (Phillips KA, 2009; Phillips KA, 2005)

Liela daļa pacientu ir izstrādājuši sevis kopšanas rituālus, piemēram, skūšanās vai matu kopšanas. Kā bija minēts, rituāla izpildei var tikt tērēts vairāk par 3h dienā. Tāpat pacients var maskēt savu ķermeni, nēsājot apģērbu, aiz kura tiek slēpti defekti (cepures, saules brilles, džemperu u.c.) vai arī lietojot kosmētiku un regulāri to atjauninot dienas laikā. (Phillips KA, 2009; Phillips KA, 2005)

1.2. tabula

Uzvedības veida sastopamība (Phillips KA., 2005)

Uzvedība	Sastopamība (%)
Maskēšanās	91
Sevis salīdzināšana	88
Spoguļošanās	87
Ķirurģiskās, dermatoloģiskās, zobārstniecības, kosmetoloģiskās ārstēšanas meklēšana	72
Izteikta sevis kopšana	59

1.2.5. Izvairīšanās uzvedība

Gandrīz katrs pacients izvairās vismaz no vienas situācijas. (Phillips KA et al., 1993) Izvairīšanās uzvedības mērķis ir samazināt trauksmi un negatīvās emocijas, kas ir asociētas ar konkrēto situāciju. Izbēgšanai no situācijas seko atvieglojuma sajūta. Tas savukārt stimulē izvairīties no arvien lielāka situāciju klāsta, kas tikai pasliktina ĶDT simptomu smagumu. Pacients izvairās no situācijām, kurās var tik novērtēts vai nosodīts, piemēram, publiskas vietas, randiņi, seksuāls kontakts vai situācijām, kurās jāatklāj savs ķermenis (pludmales, pirtis, baseini). (Phillips KA, 2009; Phillips KA, 2005)

1.2.6. Emocijas

Pārņemtība ar ķermeņa izskatu izraisa plaša spektra negatīvas emocijas, kuru rezultātā attīstās komorbīda psihiska saslimšana vai arī pasliktinās ikdienas dzīves kvalitāte un funkcionēšanas spējas.

a) *Kauns.*

Kauna apziņa rodas no pārliecības par to, ka cilvēks uztver sevi par defektīvu un no tā, ka uzmanība tiek koncentrēta uz tik ikdienišķu lietu kā izskats. (Phillips KA, 2009) Šo iemeslu dēļ pacienti izvairās atklāt savas raizes un meklēt ārstēšanas iespējas. (Conroy M et al. 2008) Salīdzot ar obsesīvi kompulsīviem traucējumiem, sociālās trauksmes un veselu cilvēku grupu, pacientiem ar dismorfiju kauna sajūta ir izteikti augstāka. (Clerkin EM et al., 2014)

b) *Naidīgums un dusmas*

Šīs emocijas rodas, jo pacients tic, ka pārējie viņu nesaprot; nesaprot, kāpēc tiek meklēta kosmētiskā ārstēšana vai arī netic, ka viņš ir defektīvs un neglīts. (Phillips KA, 2009)

c) *Vainas sajūta un skumjas*

Pārliecība par to, ka cilvēks pats sabojāja savu ārējo izskatu, rada vainas sajūtu. Tas ir raksturīgs tiem pacientiem, kuru atkārtotām darbībām ir destruktīvas īpašības, piemēram, plūkājot savu ādu, matus. Savukārt skumjas rodas tā dēļ, ka cilvēks lielu daļu pavada, skatoties spogulī nevis darot kaut ko lietderīgu, vai arī par to, ka ir mainījies savu izskatu. (Phillips KA, 2005)

1.2.7. Muskuļu dismorfija

Muskuļu dismorfija ir ķermeņa dismorfisko traucējumu subtips, kura gadījumā galvenās raizes ir saistītas ar muskuļainību. (Pope HG Jr et al., 1997) Pacients ir pārņemts ar ideju, ka viņa ķermeņa uzbūve ir pārāk maza vai nepietiekoši muskuļota. (APA, 2013)

Pirmo reizi šis stāvoklis tika definēts 1993. gadā, kā apgriezta anoreksija (*reverse anorexia*). Slimība ieguva šādu nosaukumu, jo pacienti neskatoties uz savu lielo augumu uztvēra sevi kā mazus un vājus. (Pope HG et al., 1993) 1997. gadā termins tika nomainīts no apgrieztas anoreksijas uz muskuļu dismorfiju (Pope HG et al., 1997) un 2013. gadā tika iekļauta DSM – 5 klasifikātorā. (APA, 2013)

Traucējumi visbiežāk sastopami vīriešiem un, līdzīgi kā klasiskā ķermeņa dismorfija, sākas pusaudžu gados. (Olivardia R et al., 2000) Šobrīd neeksistē epidemioloģiskie dati par vispārējo populāciju, tikai specifiskās respondentu grupās. ASV militārā dienesta personālu prevalence sastāda 9.3% (n=1150). (Campagna JDA et al., 2016) Ir veikti vairāki pētījumi starp kultūristiem. Dienvidāfrikā starp 28 kultūristiem muskuļu dismorfija sastādīja 53.6%. (Hitzeroth V et al., 2001) Itālijā no 119 kultūristiem muskuļu dismorfijas kritērijus sasniedza 3.4 %; 17.6% uzrādīja augstu pārņemtību un neapmierinātību ar savu muskuļotību. (Cella S et al., 2012) Citā pētījumā tika noskaidrots, ka 71% kultūristu sāka nodarboties ar sportu, jo uzskatīja, ka esot pārāk aptaukojušies vai nepietiekoši maskulinizēti. (Mangweth B et al., 2001)

Līdzīgi kā pie ĶDT ir augsta komorbiditāte ar citām psihiskām saslimšanām. 29% ziņoja par ēšanas traucējumiem, 58% - garastāvokļa traucējumiem un 29% - trauksmes traucējumiem (n=29) šobrīd vai pagātnē. (Olivardia R et al., 2000)

Svarīgi ir izvērtēt androgēno anabolo steroīdu izmantošanu anamnēzē, jo ilgtermiņa lietošana ir asociēta ar kardiomiopātiju, aterosklerozi, neauglības, neirotoksicitātes u.c. orgānu sistēmu bojājuma risku. (Pope HG et al., 2014) Salīdzinot kultūristus ar muskuļu dismorfiju un bez tās, izrādās, ka pirmajā gadījumā steroīdu lietošana ir vairākas reizes biežāka (46:7% un 44:14%). (Olivardia R et al., 2000; Blouin AG et al., 1995; Pope CG et al., 2005)

1.2.8. Ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalence sabiedrībā

Līdz šim veiktie epidemioloģiskie pētījumi liecina, ka ĶDT sastopamība vispārējā populācijā sastāda 0.7 – 2.9%. (Otto M et al., 2001; Schieber et al., 2015) No tā var secināt, ka slimība ir plaši izplatīta (1.3. tabula).

1.3. tabula

Ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalence vispārējā populācijā

Valsts	Populācija	Sastopamība (%)	Autori
Vācija	Vispārējā populācija	2.9% (n=2129)	Schieber et al., 2015
Zviedrija	Randomizēti izvēlētas sievietes	2.1% (n=2891)	Brohede et al., 2015
Vācija	Nacionāls populācijas pētījums	1.8% (n=2510)	Buhlmann et al., 2010
ASV	Nacionāls populācijas pētījums	2.4% (2513)	Koran et al., 2008
Vācija	Nacionāls populācijas pētījums	1.7% (n=2552)	Rief et al., 2006
ASV	Vispārējā populācija	0.7%	Otto M et al., 2001
Itālija	Vispārējā populācija	0.7%	Faravelli et al., 1997

1.2.9. Ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalence estētiskās medicīnas iestādēs

Plaši pieejamais kosmētisko procedūru un ārējā izskata modificējošo operāciju klāsts piesaista ĶDT pacientus. Cilvēki motivējas veikt manipulācijas ar nolūku uzlabot uztvertos defektus, ķermeņa tēlu, pašcieņu, samazināt negatīvās emocijas (dusmas, trauksmi, skumjas) un izrādīt savu neatkarību lēmumu pieņemšanā. (Osman OT et al., 2011)

Pie dermatologiem vēršas 4 – 15% (1.4. tabula)

Bieži vien pacienti pieprasa nevajadzīgas operācijas arī tādos gadījumos, ja defekta nav vai tas ir vāji redzams. Ārstēšana neuzlabo pacienta pašsajūtu. Pēc īslaicīga atvieglojuma pārņemšana pārfokusējas uz citu ķermeņa daļu. Līdz ar to rodas neapmierinātība ar saņemto pakalpojumu

kvalitāti. (Conrado L et al., 2010) 88% pēc ārstēšanas vēl vairāk fokusējas uz raizes izraisošo ķermeņa daļu un 76% pārfokusējas uz citu ķermeņa daļu. (Sarwer DB et al., 2015) 38% pacientu kosmētisko ārstēšanu ir veikuši vairākkārt, jo nesaņēma sagaidāmo rezultātu. (Crerand CE et al., 2010)

1.4. tabula

Ķermeņa dismorfisko traucējumu sastopamība estētiskās medicīnas klīnikās (Phillips KA, 2017)

Valsts	Populācijas veids	Sastopamība (%)	Autori
ASV	Estētiskā ķirurģija	13.1% (n=122)	Dey J et al., 2015
Taivāna	Estētiskā ķirurģija	7.7% (n=817)	Lai C et al., 2010
Nīderlande	Estētiskā ķirurģija	3.2% (n=475)	Vulink et al., 2006
Itālija	Estētiskā ķirurģija	16.6% (n=66)	Bellino et al., 2006
Turcija	Estētiskā ķirurģija	20% (n=20)	Vargel et al., 2001
ASV	Rinoplastika	29% (n=100)	Constantin et al., 2014
Irāna	Rinoplastika	31.5% (n=130)	Fatholooloomi et al., 2013
Turcija	Rinoplastika	12% (n=50)	Belli et al., 2013
ASV	Dermatoloģija	15% (n=46)	Dufrese et al., 2001
Turcija	Dermatoloģija	8.6% (n=400)	Dogruk Kacar et al., 2014
Brazīlija	Dermatoloģija	14% (n=150)	Conrado et al., 2010
Čīle	Dermatoloģija	12.1% (n=281)	Calderon et al., 2009
ASV	Dermatoloģija	14% (n=128)	Bowe et al., 2007
Nīderlande	Sejas un žokļu ķirurģija	10% (n=160)	Vulink et al., 2008
ASV	Sejas un žokļu ķirurģija	13% (n=99)	Collins et al., 2014

Kosmētiskā dermatoloģijā šo pacientu skaits ir divreiz lielāks (14%) salīdzinājumā ar vispārējo dermatoloģiju (6.7%). (Conrado LA et al., 2010)

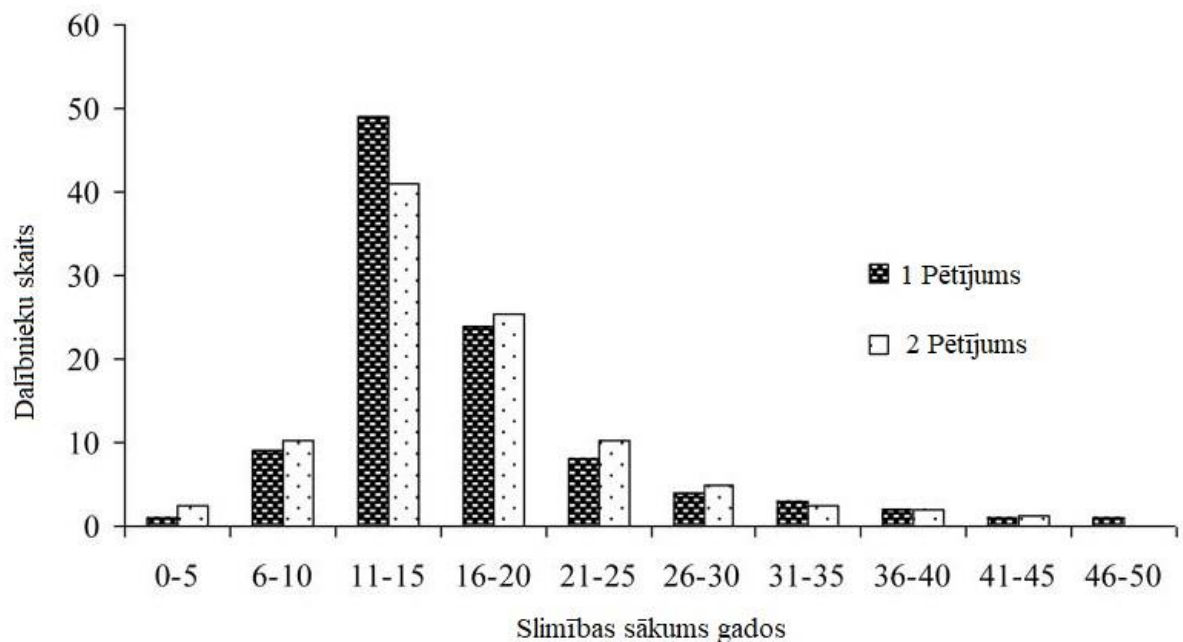
Šo pacientu skaits ir palielināts estētiskās ķirurģijas klīnikās. Tā sejas un žokļu ķirurģijas klīnikās šo pacientu īpatsvars sastāda 10 - 13%, vispārējās estētiskās ķirurģijas klīnikās - 3.2 - 20% un rinoplastikas - 12 – 31.5% (1.4. tabula).

1.2.10. Slimības gaita un dzīves kvalitāte

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi uzrāda zemu remisijas līmeni. Tai ir raksturīga hroniska gaita, kur remisija salīdzinājumā ar depresiju, ģeneralizētu trauksmi, panikas lēkmēm un māniju ir retāka. Tā depresijas un ģeneralizētas trauksmes remisijas iespējamība sastāda 0.57 un 0.34 attiecīgi, pie panikas lēkmēm - 0.65, mānijas - 1.0. Turpretī ķermeņa dismorfijas remisijas dati liecina par 0.20 iespējamību 4 gadu laikā. (Phillips KA et al., 2013; Yonkers KA, 2003; Keller MD, 1993; Keller MB, 2006)

Medikamentozā ārstēšana uzlabo slimības prognozi. Tādējādi tie pacienti, kuri ir saņēmuši SSRI pēc viena gada terapijas 24.7% sasniedza pilnu remisiju, bet 47.8% - daļēju remisiju. Pēc četrus gadu terapijas ilguma 58.2% pacientu slimība bija remisijā un 83.8% sasniedza daļēju remisiju (n=95). (Phillips KA et al., 2013)

Slimības biežākais manifestācijas periods ir pusaudžu un jauno pieaugušo vecums (1.2.att.). (Bjornsson AS et al., 2013)



1.2. att. Divu pētījumu slimības sākums gados*

*1. pētījumā piedalījās 184 un 2. pētījumā 244 respondenti. Vidējais slimības sākums 16.7 gadi (SD=7.3). (Bjornsson AS et al., 2013)

Dzīves kvalitātes līmenis šiem cilvēkiem ir variabls. Biežāk tas sliecas uz sliktu pusi. (Phillips KA, 2000; Phillips KA et al., 2005; Phillips KA et al., 2008) DSM 5 “C” kritērijs paredz,

ka pacients slimības laikā izjūt ciešanas vai traucējumus sociālā, darba vai citās darbības sfērās. (APA, 2013) Literatūras dati liecina, ka visbiežākā problēma, ar kuru saskaras šie cilvēki, ir sociālo aktivitāšu līmeņa samazināšanās. Tas skar līdz pat 99% pacientu, kur 95% bija dzīves periods, kad viņi izvairījās gandrīz no visām sociālām situācijām. Tas izpaužas ar izvairīšanās uzvedību, sociālu pasākumu neapmeklēšanu, atteikšanos no randiņiem un jaunu cilvēku iepazīšanu. Pacienti parasti to saista ar kauna sajūtu un bailēm būt noraidītam savu defektu dēļ. (Phillips KA, 2009) 56% cilvēku norādīja, ka viņiem nekad nav bijušas partnerattiecības. (Didie ER et al., 2006) Salīdzinot ar veselīgiem cilvēkiem, pacientiem ar ķermeņa dismorfiju ir zemāks laulību daudzums un biežāk sastopamas laulību šķiršanās. (Phillips KA et al., 2010(b))

Līdzīgi kā ar sociālo funkcionēšanu, šiem pacientiem ir zema akadēmiskā un profesionālā aktivitāte. 22 – 32.6% cilvēku izstājas no mācību iestādes vai nav spējuši apmeklēt to slimības dēļ. (Conroy M et al., 2008) 38 - 85% ir nenodarbināti (Didie ER et al., 2008; Veale D et al., 1996; Fontenelle LF et al., 2006), 23% saņem invaliditātes pabalstu un 80% atzīmē grūtības profesionālajā sfērā. Mazāk par pusi strādā pilnu darba laiku. (Didie ER et al., 2008)

1.2.11. Agresija un suicīds

Agresīva uzvedība un vardarbība cilvēkiem ar ĶDT ir biežāk sastopama nekā vispārējā populācijā. (Phillips KA et al., 2004) Nereti tā ir vērsta uz medicīnisko personālu. Aptaujājot plastiskos ķirurgus, tika noskaidrots, ka 2% tika fiziski apdraudēti, bet 12% tika gan fiziski, gan juridiski iebiedēti. (Sarwer DB, 2002) Visi šie pacienti slimoja ar ĶDT un bija neapmierināti ar ārstēšanas iznākumu. Līdzīgus datus sniedz dermatologi – ķirurgi, kas izjuta agresiju pret sevi 2% gadījumā. (Sarwer DB et al., 2015) Aptaujājot pašus pacientus tika noskaidrots, ka 36% (n=58) ir viegli pakļaujami afektam, un viņiem pastāv impulsu kontroles traucējumi. (Perugi G et al., 1997) Līdz pat 22% jauniešu izrādīja agresiju saistībā ar ĶDT simptomiem. (Albertini RS et al., 1999)

Agresīvas uzvedības pamatā (Phillips KA, 2017) ir:

- Dusmas, kad rodas no pārliecības, ka persona ir defektīva;
- Nespējas sajūta. Persona ir pārliecināta, ka viņas stāvokli nav iespējams mainīt;
- Pārliecība, ka apkārtējie redz personas trūkumus;
- Apkārtējo mēģinājumi pārtraukt pacienta obsesīvi kompulsīvās darbības un atrunas veikt kosmētisko ārstēšanu;
- Atstumtības sajūta. Pacients ir pārliecināts, ka apkārtējie no viņa izvairās defektu dēļ.

ĶDT gadījumā pabeigto suicīdu skaits ir 45 reizes biežāks nekā vispārējā populācijā. (Phillips KA et al., 2006) Tas ir neatgriezeniskas un traģiskākās traucējumu sekas. Šādas darbības pamatā ir emocionālas ciešanas par to, ka persona izjūt sevi kā defektīvu un neglītu. Tam seko bezcerības, bezpalīdzības sajūta un zema pašcieņa. Attīstās tādas komorbīdās psihiskās saslimšanas kā depresija un trauksme. (Veale D et al., 1996) Persona cenšas atsvešināties no apkārtējiem, stimulējot sociālo izolāciju, kas savukārt tikai pasliktina slimības gaitu un veicina suicīda risku. (Eisen JL et al., 2004; Phillips KA et al., 2005)

19% (n=2552) – 31% (n=2519) pacientu atzīmēja pašnāvības domas. No tiem 7 – 22% veica pašnāvības mēģinājumu. (Rief W et al., 2006; Buhlmann U et al., 2010) Turklāt jaunieši suicīdu veic gandrīz divas reizes biežāk nekā pieaugušie (44%:24%). (Phillips KA et al., 2006)

Par riska faktoriem kalpo iepriekšēja hospitalizācija anamnēzē, citu psihisku saslimšanu klātesamība, invaliditāte, nenodarbinātība, laulības šķiršanās, suicidālas domas un mēģinājumi anamnēzē. (Phillips KA, 2017)

1.2.12. Psihiatriskās komorbīditātes

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi bieži pārklājas ar citām psihiskām saslimšanām, piemēram, depresiju, sociālo trauksmi, obsesīvi kompulsīvajiem traucējumiem, ēšanas traucējumiem un vielu atkarību. Tas pasliktina dzīves kvalitāti, apgrūtina diagnostiku un ir asociēts ar zemāku izglītības līmeni, bezdarbu un suicīda risku. (Gunstad J et al., 2003) Pacients, baidoties atklāt savas raizes un būt nosodītam, savas sūdzības asociē ar depresiju vai trauksmi. (Mufaddel A et al., 2013) Tāpēc slimība bieži netiek diagnosticēta. (Kelly MM et al., 2015; Grant JE et al., 2001)

1.2.12.1. Depresija

Depresija ir visbiežāk sastopamā ĶDT komorbīdā saslimšana. 31 – 80% pacientu dzīves laikā slimoja vismaz ar vienu depresijas epizodi. (Hollander E et al., 1993; Phillips KA et al., 1994) Līdz šim lielākajā komorbīditātes pētījumā, kurā piedalījās 293 ĶDT pacienti, tika noskaidrots, ka depresija ir divas reizes biežāk sastopama nekā citas psihiskas saslimšanas. (Gunstad J et al., 2003) Pretēji tam depresijas vidējā prevalence dzīves laikā ir no 3% Japānā līdz 17% Amerikas Savienotajās Valstīs. (Alize J et al., 2010)

Pētījumā, kur pacienti ar diagnosticētu depresiju tika intervēti uz ĶDT klātesamību, tika noskaidrots, ka 8% dzīves laikā slimoja ar ĶDT un 6.6% ar ĶDT slimoja šobrīd. Turklāt, ĶDT ir biežāk pacientiem ar atipisko depresiju (14.4%) nekā ar tipisko depresiju (5.1%). (Nierenberg A et al., 2002)

1.2.12.2. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi

Pēc DSM – 5 ĶDT un obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT) ir klasificēti zem obsesīvi kompulsīva spektra traucējumiem un ir raksturoti ar uzmācīgām domām un/vai atkārtotām darbībām. (APA, 2013) Obsesija raksturojas ar nevēlamām domām un/vai vajadzībām, kas atkārtoti uzrodas personas prātā. Kompulsijas ir atkārtota fiziska un/vai psihiska darbība, ko cilvēks izjūt kā nepieciešamu izdarīt. Kompulsijas var būt atklātas un redzamas pārējiem, piemēram, pārbaudot, vai durvis ir aizslēgtas; vai slēpta psihiska darbība, ko nav iespējams novērot, piemēram, atkārtotot konkrētu frāzi prātā. (Barlow DH, 2002)

OKT un ĶDT daļa līdzīgu simptomātiku – pacientam ir uzmācīgas domas, kas raisa spriedzi un tā samazināšanai realizē ritualistiskas darbības. Abām slimībām ir līdzīgs demogrāfisks, klīniskais, neirobioloģiskais un ārstēšanas kursa raksturs. (Allen et al., 2004)

Pie OKT obsesīvas domas tiek raksturotas kā pārmērīgas un nepamatotas. Pretēji tam cilvēki ar ĶDT ir pārliecināti par savu maldīgo domu patiesumu. Maldīgās domas ir sastopamas no 27 līdz 60% (pie OKT – 2%). (Phillips KA et al., 2010(a))

OKT sastopamība vispārējā populācijā svārstās no 1.1% līdz 3.9%. Liela daļa cilvēku ar ĶDT atzīmē dzīves laikā komorbidityti ar OKT – no 6 līdz 78%, savukārt šā brīža prevalence sastāda 6 – 25%. (Hollander E et al., 1993; Veale D et al., 1996; Gunstad J et al., 2003)

1.2.12.3. Sociālās trauksmes traucējumi

Pacienti ar sociālo trauksmi baidās, ka viņi tiks negatīvi novērtēti, darbojoties sociālās situācijās. Visbiežāk pacienti ar sociālo trauksmi baidās no publiskas uzstāšanās, satikšanās ar svešiniekiem vai maltītes ieturēšanas publiskās vietās. (APA, 2013)

Sociālās trauksmes traucējumi ir otrā biežākā komorbīdā saslimšana. Tam par iemeslu var būt tas, ka ar sociālo trauksmi dzīves laikā slimo 5 – 12%. (Kessler RC et al., 2005) Personas ar sociālo trauksmi apzinās, ka viņu bailes nav reālistiskas (tāpat kā pie OKT). Pretēji tam, pacientiem ar ĶDT maldīgie priekšlati ir izteikti daudz augstākā mērā. (Allen et al., 2002)

Gunstad et al. pētījumā sociālā trauksme bija otrā biežākā komorbīdā psihiskā saslimšana ar dzīves prevalenci 37 – 39% un šī brīža komorbiditāti – 32%. (Gunstad et al., 2003) Divos citos sociālās trauksmes pētījumos (n=25 un n=54) ĶDT bija sastopami 11 – 12%. (Brawman-Mintzer O et al., 1995; Wilhelm S et al., 1997)

1.2.12.4. Ēšanas traucējumi

Ēšanas traucējumiem un ĶDT ir kopīgas iezīmes; slimības sākums pusaudžu gados, hroniska gaita, izvairīšanās uzvedība, ķermeņa tēla uztveres traucējumi, zema pašcieņa un augsts nāves risks. (Keski-Rahkonen A et al., 2007; Bjornsson AS et al., 2013; Crow SJ et al., 2014; Grant JE et al., 2004; Grant JE et al., 2002; Kittler JE et al., 2007)

DSM – 5 “C” kritērijs paredz, ka ĶDT diagnozes uzstādīšanai ir nepieciešams izslēgt ēšanas traucējumus. (APA, 2013) Tie izpaužas ar pārņemtību par svara uzņemšanu. Ja nav citu raižu, tad ticamākā diagnoze būs ēšanas traucējumi. Ja pastāv citas ķermeņa uztveres sūdzības, tad jāapsver komorbiditāte ar ĶDT. (Kittler JE et al., 2007)

Ēšanas traucējumu sastopamība pacientiem ar diagnosticētiem ĶDT: anorexia nervosa – 9%; bulimia nervosa – 6.5%; citi ēšanas traucējumi – 17.5%. (Ruffolo JS et al., 2006) Turpretī ĶDT pie ēšanas traucējumiem ir sastopami: anorexia nervosa – 25-45.9%, bulimia nervosa – 56.3% un citos ēšanas traucējumos – 38.5%. (Dingemans AE et al., 2012; Grant JE et al., 2002; Rabe-Jablonska Jolanta J et al., 2000)

1.2.13. Ķermeņa dismorfisko traucējumu ārstēšana

Ķermeņa dismorfisko traucējumu gadījumā pacienti nereti meklē ārstēšanu kosmetoloģijas klīnikās. Viņi vēršas pie dermatologiem, plastiskajiem ķirurgiem un kosmetologiem, taču neviena no piedāvātajām procedūrām neārstē un neuzlabo slimības smagumu. (Philips KA et al., 2001) Tādā veidā pāriet līdz pat 15 gadiem kopš slimības sākuma. (Neziroglu F et al., 2015) Ārstēšanai ir jābūt vērstai uz konkrēto psihopatoloģiju un komorbīdajām saslimšanām. (Grant JE et al., 2005) Atbilstoša terapija var sniegt pilnu vai daļēju slimības remisiju un uzlabot dzīves kvalitāti. (Philips KA et al., 2013) Šobrīd ir pieejama gan psihoterapeitiska, gan psihofarmakoloģiska ārstēšana. (Williams J et al., 2006)

1.2.13.1. Psihoterapija

Pirmā izvēles metode psihoterapeitiskajā ārstēšanā ir kognitīvi bihevioreālā terapija. (Veale D, 2010) Nacionālais Veselības un klīniskās Ekselences institūts (angl. *National Institute for Health and clinical Excellence*) savās vadlīnijās iesaka vidēji 16 – 24 terapijas sesijas [NICE, 2005]. KBT ir vērsta uz domu, pārliecību (kognitīvā komponente) un uzvedības (bihevioreālā komponente) maiņu. Wilhelm ar kolēģiem ir izstrādājuši KBT veidu, kas ir vērsta tieši uz ķermeņa dismorfiskajiem traucējumiem. Tā iekļauj sevī:

- Psihiskā izglītošana – pacientam tiek izskaidrota slimības gaita, simptomu būtība un ārstēšanas process, kas ir specifisks katram indivīdam.

- Kognitīva restrukturizācija – ar Sokrātisku jautājumu palīdzību tiek noskaidrotas pacientam kognitīvās kļūdas, pamatpārliecības un domu defekti ar mērķi tās mainīt uz efektīvākām.

- Ekspozīcija un rituālu prevencija – tiek noskaidrotas situācijas, kas izraisa trauksmi, piemēram, atrašanās publiskās vietās. Pacients tiek apmācīts pakāpeniski (sākot ar situācijām, kas izraisa vismazāko trauksmi) sastapties ar šīm situācijām. Noskaidro, kādas ritualistiskas darbības pacients veic, piemēram, ādas plūkāšana vai spoguļošanās. Pēc tam tiek izstrādāta stratēģija šo darbību frekvences mazināšanai.

- Apzinātības/Uztveres pārkvalificēšanās – ar treniņu palīdzību pacients sāk uztvert savu ķermeni kā vienotu veselumu. Nenotiek fokusēšanās uz raizes izraisošām ķermeņa daļām. Šim nolūkam pacients izmanto objektīvu un sevis nenosodošu valodu, aprakstot sava ķermeņa aprises.

- Uzlabota kognitīvā stratēģija – pēc virspusēju simptomu uzlabojuma seko pamata simptomu ārstēšana. Tā var būt bezvērtības sajūta vai kāda cita negatīva pārliecība pacienta prātā. Šim nolūkam tiek meklētas pacienta labās īpašības ar nolūku pārnest uzmanību uz pozitīvajiem personības aspektiem.

- Recidīva prevencija – tiek izveidots plāns, pēc kura pacients veic veselīgas aktivitātes. Tās var būt volontēšana, sportošana vai hobiji. Tādā veidā tiek samazināts laiks, ko atvēlēt rituāliem. (Wilhelm S et al., 2011)

KBT priekšrocības ir tādas, ka to var pielietot gan bērniem, gan pusaudžiem (Krebs G et al., 2012); vienlīdz efektīvas ir individuālās un grupu terapijas (Rosen J et al., 1995); nozīmīgus uzlabojumus var arī sasniegt izmantojot uz interneta bāzētu KBT. (Enander J et al., 2016)

1.2.13.2. Farmakoloģiskās terapijas iespējas

Adekvāta farmakoterapija uzlabo pacienta dzīves kvalitāti, mazina pārņemtību ar savu izskatu, ciešanas un kompulsīvu uzvedību. (Perugi G et al., 1996; Phillips KA et al., 2002; Phillips KA et al., 2016) Pirmās rindas medikaments ir selektīvie serotonīna atpakaļsaistes inhibitori. (Ipser JC et al., 2009) Tie ne tikai uzlabo slimības prognozi, bet arī palīdz tādos gadījumos, kad pacientam ir suicidālas domas. (Phillips KA et al., 2009) 50% gadījumu simptomu uzlabošanās ir sagaidāma 12 – 14 nedēļu laikā. (Phillips KA et al., 2016) Šīs grupas medikamenti sevi ir pierādījuši dubultaklos un atklātajos pētījumos, kas apkopoti 1.5. tabulā.

1.5. tabula

SSRI terapijas efektivitātes salīdzinājums atvērtos un dubultaklos pētījumos

Medikaments	Pētījuma dizains	Respondentu daudzums	Vidējā deva (mg/d)	Terapijas efekts	Atsauce
Escitalopram/placebo	Atklāts ar escitalopramu; pēc tam dubultaklais ar placebo grupu 6 mēnešu garumā	Atvērtajā = 100 Dubultaklajā = 58	14 nedēļas=26.2 ±7.2 6 mēnešus = 28.7 ±4.6	Atklātajā - simptomu uzlabošanās 81% Dubultaklajā – recidīva attiecība tiem, kuri turpināja ārstēšanu ar placebo, sastāda 18:40%	Philips KA et al. 2016
Escitalopram	Atklāts	15	12 nedēļas - 28±6.5	Simptomu uzlabošanās 73%	Philips KA, 2006
Citalopram	Atklāts	15	12 nedēļas – 51.3±16.9	Simptomu uzlabošanās 73%	Philips KA et al. 2003
Fluvoxamine	Atklāts	30	16 nedēļas – 238.3±85.8	Nozīmīgs simptomu uzlabojums	Perugi G et al. 1996
Fluoxetine/placebo	Dubultakls, randomizēts, placebo kontrolēts	74 uzņemti; 67 randomizēti	12 nedēļas – 77.7±8	Fluoxetine pret placebo attiecība = 53:18%	Philips KA et al. 2002

Terapijas efektivitāti novērtē pēc 12 – 16 nedēļām, kur simptomiem ir jāuzlabojas vismaz par 30%. (Philips KA, 2017) SSRI ir jālieto ilgs laiks pēc simptomu mazināšanās, lai novērstu

slimības recidīva risku. Tā pētījumā ar escitalopramu pacienti tika ārstēti 14 nedēļas, kur pēc tam terapija turpinājās vēl 6 mēnešus. Placebo grupā recidīvs sastādīja 40%, savukārt tie pacienti, kuri saņēma medikamentus - tikai 18%. (Phillips KA et al., 2016) Parasti SSRI ir labi tolerējami, tomēr ĶDT ārstēšanai nepieciešamas lielākas devas nekā depresijas ārstēšanai. Dažiem pacientiem tā var pārsniegt maksimālo devu. Medikamenta neefektivitātes gadījumā, tas tiek nomainīts uz citu SSRI grupas medikamentu vai arī tiek paaugstināta tā deva. (Phillips KA, 2017)

Ja monoterapija nav efektīva, tad veido kombinācijas, piemēram, pievienojot buspironu (Shelton RC, 2015), neiroleptiskus vai klomipramīnu (Phillips KA et al., 2001).

2. MATERIĀLI UN METODEDES

Pētījuma dalībnieku atlase

Diplomdarba pētījums norisinājās divos posmos. Pirmajā pētījuma posmā piedalījās Iekšlietu ministrijas darbinieki, kas pētījuma laikā veica obligāto veselības pārbaudi Iekšlietu ministrijas poliklīnikā. (Orlovskis A, et al., 2019) Otrajā posmā – Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes studenti. Aptaujāšana tika uzsākta, kad respondent savu dalību ir apliecinājuši mutiski. Katram pētījuma dalībniekam tika izsniegta informētas piekrišanas lapa, kurā bija informācija par pētījuma norisi, mērķiem un par to, ka dati tiks izmantoti tikai apkopotā veidā.

Pirmā posma iekļaušanas kritēriji:

1. respondenti, kas vecāki par 18 gadiem;
2. respondenti, kas devuši mutisku piekrišanu dalībai pētījumā;
3. veic ikgadēju veselības pārbaudi Iekšlietu Ministrijas poliklīnikā.

Pirmā posmā izslēgšanas kritēriji:

1. respondenti, kas jaunāki par 18 gadiem;
2. respondenti, kuri atsakās dot mutisku piekrišanu;
3. respondenti, kuri nespēj izpildīt pētījuma procedūras (traumu; saslimšanas dēļ).

Otrā posma iekļaušanas kritēriji:

1. respondenti, kas vecāki par 18 gadiem un jaunāki par 35 gadiem;
2. respondenti, kas devuši mutisku piekrišanu dalībai pētījumā;
3. studē Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātē.

Otrā posmā izslēgšanas kritēriji:

1. respondenti, kas jaunāki par 18 gadiem un vecāki par 35 gadiem;
2. respondenti, kuri atsakās dot mutisku piekrišanu;
3. respondenti, kuri nespēj izpildīt pētījuma procedūras (traumu; saslimšanas dēļ).

Datu iegūšanas metodes

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa

Katrs pētījuma dalībnieks aizpildīja anketu – Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa (Body dysmorphic disorder questionnaire), kas ir paredzēta ķermeņa dismorfisko traucējumu diagnosticēšanai. (Phillips KA, 1998)

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa ir īsa pašaptaujas anketa, kas sastāv no četriem punktiem. Anketa atspoguļo DSM – 4 ķermeņa dismorfijas kritēriju un daļu no DSM – 5 kritērijiem (A, C un D kritēriji). Anketai ir augsti sensitivitātes un specifitātes rādītāji klīniskās un kosmētiskās ārstēšanas ietvaros. Attiecīgi 100% sensitivitāte/ 93% specifitāte starp psihiatriskās slimnīcas pacientiem un 100% sensitivitāte/ 90% specifitāte starp plastiskās un rekonstruktīvās ķirurģijas klīnikas pacientiem. (Grant JE et al., 2001; Dey JK et al., 2015)

Anketa ir pozitīva, ja:

- 1. jautājumā: atbilde “jā” uz abiem jautājumiem;
 - 2. jautājumā: atbilde “nē”;
 - 3. jautājumā: atbilde “jā” uz jebkuru no jautājumiem;
 - 4. jautājumā: atbilde “b” vai “c”.
-
- 1. jautājums
 - A (“Vai Jūs raizējaties par to, kā Jūs izskatāties?”) – identificē raizes;
 - B (“Vai Jūs daudz domājat par sava izskata problēmām un vēlaties, lai Jūs varētu par tām domāt mazāk?”) – pēta obsesīvu domu esamību.
- Abi jautājumi atbilst DSM – 4 “A” kritērijam: “Pārņemtība ar iedomātu defektu izskatā. Ja ir klātesoša neliela fiziska anomālija, tad personas bažas ir ievērojami pārmērīgas” (APA, 1993) un DSM – 5 “A” kritērijam: “Pārņemtība ar vienu vai vairākiem uztvertiem defektiem vai trūkumiem fiziskajā izskatā, kas nav novērojami vai šķiet nelieli priekš citiem”. (APA, 2013)
-
- 2. jautājums (“Vai Jūsu galvenās bažas par savu izskatu ir saistītas ar to, ka neesat pietiekami tievs vai ka Jūs varētu kļūt pārāk resns?”) – identificē persona, kuru galvenās bažas ir saistītas ar ēšanas traucējumiem.

Jautājums atbilst DSM – 4 “C” kritērijam: “Pārņemtība nav labāk izskaidrojama ar citu psihisku saslimšanu (piemēram, neapmierinātība ar ķermeņa formu un izmēru pie nervu anoreksijas)” (APA, 1993) un DSM – 5 “D” kritērijam: “Izkata pārņemtība nav labāk izskaidrojama ar bažām ar ķermeņa taukiem vai svaru individuā, kura simptomi atbilst ēšanas traucējumu diagnostiskajiem kritērijiem”. (APA, 2013)

- 3. jautājums (“Kā šī problēma ar to, kā Jūs izskatāties, ir ietekmējusi Jūsu dzīvi?”)
 - A (“Vai tā bieži apbēdināja Jūs?”) – pēta vai tiek radītas emocionālas ciešanas;
 - B (“Vai tā bieži traucēja Jums, komunicējot ar draugiem, satiekoties randiņos, attiecībās ar cilvēkiem vai sociālās aktivitātēs?”) – pēta sociālo funkcionēšanu;
 - C (“Vai tā radīja Jums kādas problēmas skolā, darbā vai citās aktivitātēs?”) – pēta akadēmisko un profesionālo funkcionēšanu;
 - D (“Vai ir lietas vai darbības, no kurām Jūs izvairāties sava izskata dēļ?”) – pēta vai persistē izvairīšanās uzvedību.

Šie jautājumi atbilst DSM – 4 “B” un DSM – 5 “C” kritērijam: “Pārņemtība izraisa klīniski nozīmīgas ciešanas vai traucējumus sociālā, darba vai citās svarīgās funkcionēšanas sfērās”. (APA, 1993; APA, 2013)

- 4. jautājums (“Cik vidēji laika dienā Jūs parasti pavadāt, domājot par to, kā Jūs izskatāties?”) – netieši pēta kompulsīvu un ritualistisku darbību klātesamību.

Pētījuma statistiskās analīzes nolūkos anketas jautājumi tika sadalīti punktu sistēmā (1. tabula), ko bija izstrādājusi Sabina Brohede anketas validizācijai Zviedru valodā. (Sabina B et al., 2013)

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas punktu sadalījums

ĶDT anketas jautājumi	Atbilde	Punkti
1.a. Vai Jūs raizējaties par to, kā Jūs izskatāties?	“JĀ”	1. punkts
1.b. Vai Jūs daudz domājat par sava izskata problēmām un vēlaties, lai Jūs varētu par to domāt mazāk?	“JĀ”	2. punkti
3.a. Vai tā bieži apbēdināja Jūs?	“JĀ” vismaz uz vienu jautājumu	3. punkti
3.b. Vai tā bieži traucēja Jums, komunicējot ar draugiem, satiekoties randiņos, attiecībās ar cilvēkiem vai sociālās aktivitātēs?		
3.c. Vai tā radīja Jums kādas problēmas skolā, darbā vai citās aktivitātēs?		
3.d. Vai ir lietas vai darbības, no kurām Jūs izvairāties sava izskata dēļ?		
4. Cik vidēji laika dienā Jūs parasti pavadāt, domājot par to, kā Jūs izskatāties?	>1h dienā	4. punkti
2. Vai Jūsu galvenās raizes par izskatu ir saistītas ar to, ka neesat pietiekami tievs vai ka Jūs varētu kļūt pārāk resns?	Ja “JĀ”, tad tiek izslēgti no pētījuma	

Hipotēzes apstiprināšanai/noraidīšanai punktu sadalījums tika pielīdzināts respondentu pārņemšanas smagumam ar savu ārējo izskatu, kur:

- 0 punkti – nav pārņemšanas
- 1 punkts – viegla pārņemšana
- 2 punkti – mērena pārņemšana
- 3 punkti – vidēji smaga pārņemšana
- 4 punkti – smaga pārņemšana (apstiprinās ĶDT diagnoze)

Ķermeņa tēla distresa situācijas aptauja

Tā ir aptauja ar 20 apgalvojumiem, kur ar ciparu palīdzību respondents atzīmē ciešanu biežumu katrā no situācijām, kas ir saistītas ar personīgo ķermeņa tēlu. Katrs apgalvojums jāatzīmē

ar cipariem no “0” līdz “4”, kur “0” atbilst “nekad”, “1” - “dažreiz”, “2”- “diezgan bieži”, “3” – “bieži” un “4” – “vienmēr vai gandrīz vienmēr”. Aptaujas izstrādātājs ir Tomas Kesš (angl. Thomas Cash) 2002 gadā. Adaptējusi latviešu valodā – Ieva Vāverniece (2009).

Aptauja ir paredzēta negatīva ķermeņa tēla izvērtēšanai specifiskās situācijās. Tādā veidā var novērtēt respondenta raizes sociālās un nesociālās situācijās, intimitātē, fiksējoties uz savu ārieni u.c. situācijās.

Sociāldemogrāfisko jautājumu anketa

Tā ir paštaisīta anketa, kur tiek jautāts respondenta vecums, dzimums, tautība, psihiskas saslimšanas klātesamība, tās terapija. Kā arī anketā tika uzdoti jautājumi par seksuālu, emocionālu un fizisku vardarbību dzīves laikā, veiktajām plastiskajām operācijām un tika lūgts norādīt augumu un svaru (ķermeņa masas indeksa noteikšanai).

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas tulkošana

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa tika iegūta no tās autores Katharine A. Phillips, kā arī tika iegūta atļauja anketas tulkošanai latviešu un krievu valodā. Tulkošanas procesā tika iesaistīti psihologi un lingvisti. Tulkošanas pirmajā posmā tika veikts tulkojums no angļu valodas latviešu un krievu valodā. Otrajā posmā tika veikta atpakaļ tulkošana uz angļu valodā. Pēc oriģināla un tulkojuma salīdzinājuma tika veikta lingvistiskā korekcija tā, lai oriģināls un atpakaļ tulkojums būtu līdzīgi.

Datu statistiskā analīze

Pētījuma dati tika ievadīti Microsoft Office Excel 2013 datorprogrammā un datu analīzei tika izmantota IBM SPSS Statistics 22.0 datorprogramma.

Ētiskie apsvērumi

Projekts tika veikts saskaņā ar Helsinku deklarāciju, pētījuma protokols tika apstiprināts ar Latvijas Universitātes eksperimentālās un klīniskās medicīnas institūta zinātniskās izpētes ētikas komisiju (LUEKMI).

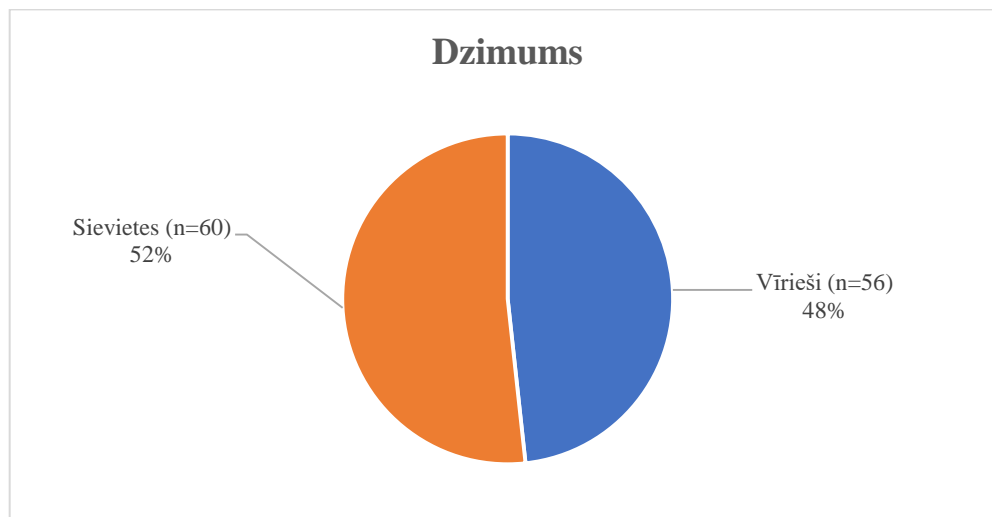
REZULTĀTI

1. pētījuma posms

Pirmajā pētījumā tika izdalītas 130 anketas (65 latviešu un 65 krievu valodā). Saņemtas 122 anketas. No tām analizējamas bija 116; 55 latviešu un 61 krievu valodā. Tālākai analīzei netika virzītas 6 anketas (svītrotas, bojātas, nekorekti aizpildītas). Anketas lingvistiskās adaptācijas nolūkos tika aprēķināta iekšējā saskaņotība ar Kronbaha alfu; latviešu valodas versijai = 0.93, krievu valodas versijai = 0.89. Tas norāda uz abu skalu augstu iekšējo saskaņotību.

Respondentu sociāldemogrāfiskais raksturojums

Vecums no 18 līdz 67, vidējais - 36.5, SD \pm 10.1 Sievietes n=60 (52%), vecumā no 18 līdz 67 gadiem, vidējais vecums - 36.8 (SD \pm 11.2). Vīrieši n=56 (48%), vecumā no 18 līdz 57 gadiem, vidējais vecums - 36.2 (SD \pm 9) (skat.1. att).



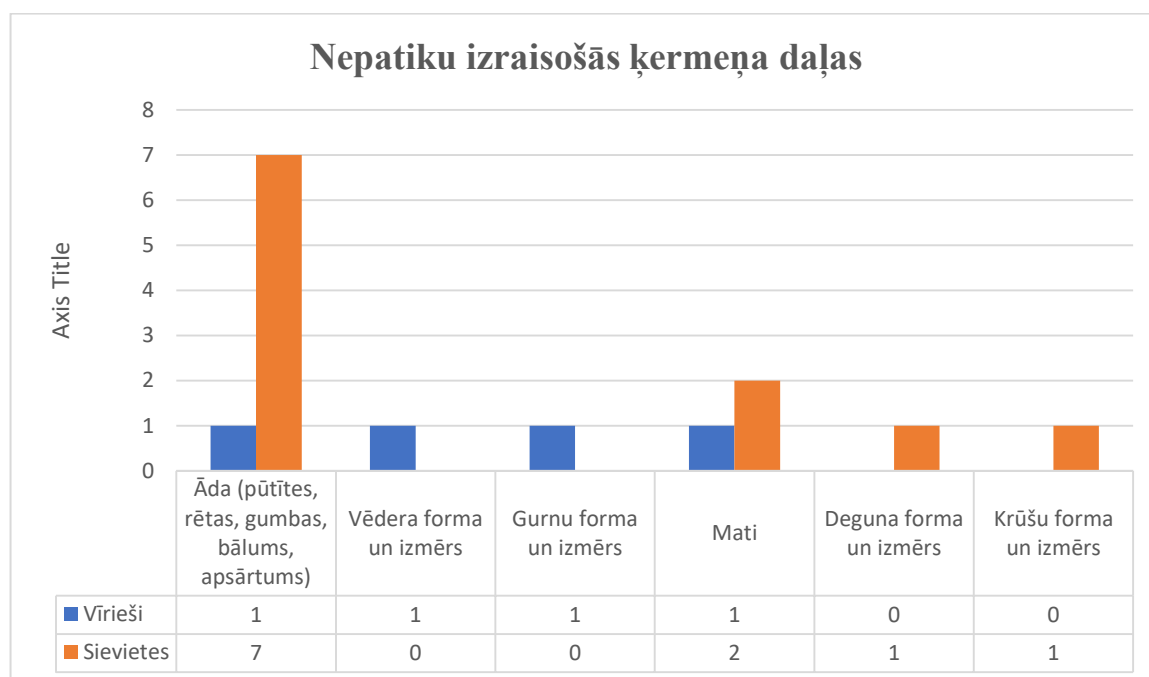
1.att. Respondentu sadalījums pa dzimumiem

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas rezultāti psihiski veselo vidū

Uz 1.a jautājumu ("Vai Jūs raizējaties par to, kā Jūs izskatāties?") noraidoši atbildēja 40 (34.5%) respondenti un aptauju neturpināja. Apstiprinoši atbildēja 76 respondenti; 32 vīrieši

(vidējais vecums - 35.4 gadi, SD ± 9.2 gadi) un 44 sievietes (vidējais vecums - 37.9 gadi, SD ±11.9 gadi).

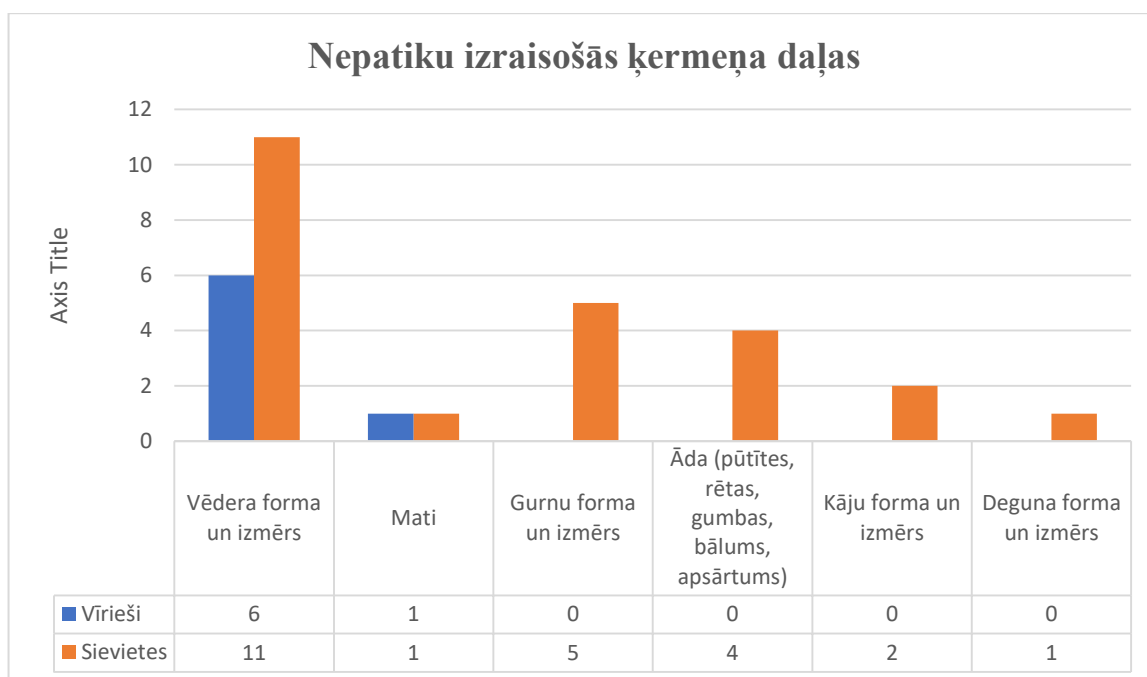
Uz 1.b jautājumu (“Vai Jūs daudz domājat par sava izskata problēmām un vēlaties, lai Jūs varētu par tām domāt mazāk?”) apstiprinoši atbildēja 34 respondenti; 9 vīrieši (vidējais vecums - 38.9 gadi, SD ±12.5 gadi) un 25 sievietes (vidējais vecums - 39.5 gadi, SD ±12.7 gadi). Respondentiem tika lūgts norādīt nepatiku izraisošās ķermeņa daļas (skat. 2. att.).



2. att. Nepatiku izraisošās ķermeņa daļas, kas nav saistītas ar aptaukošanos*

*vairāki respondenti atzīmēja vairākas nepatiku izraisošas ķermeņa daļas

Uz 2. jautājumu (“Vai Jūsu galvenās bažas par izskatu ir saistītas ar to, ka neesat pietiekami tievs vai ka Jūs varētu būt pārāk resns?”) apstiprinoši atbildēja 21 respondents; 6 vīrieši (vidējais vecums - 37.2 gadi, SD ±12.5 gadi) un 15 sievietes (vidējais vecums - 46.2 gadi, SD ±12.6 gadi). Pie apstiprinošas atbildes tiek izslēgti ķermeņa dismorfiskie traucējumi respondentam. Tālākai analīzei tika virzītas tās anketas, kurās 2. jautājums bija negatīvs. Noraidoši atbildēja 3 vīrieši (vidējais vecums - 42.3 gadi, SD ±14.4 gadi) un 10 sievietes (vidējais vecums - 34 gadi, SD ±11.4 gadi) (skat. 3.att.).



3. att. Nepatiku izraisošās ķermeņa daļas respondentiem, kuriem galvenās raizes saistītas ar aptaukošanos*

*vairāki respondenti atzīmēja vairākas nepatiku izraisošās ķermeņa daļas

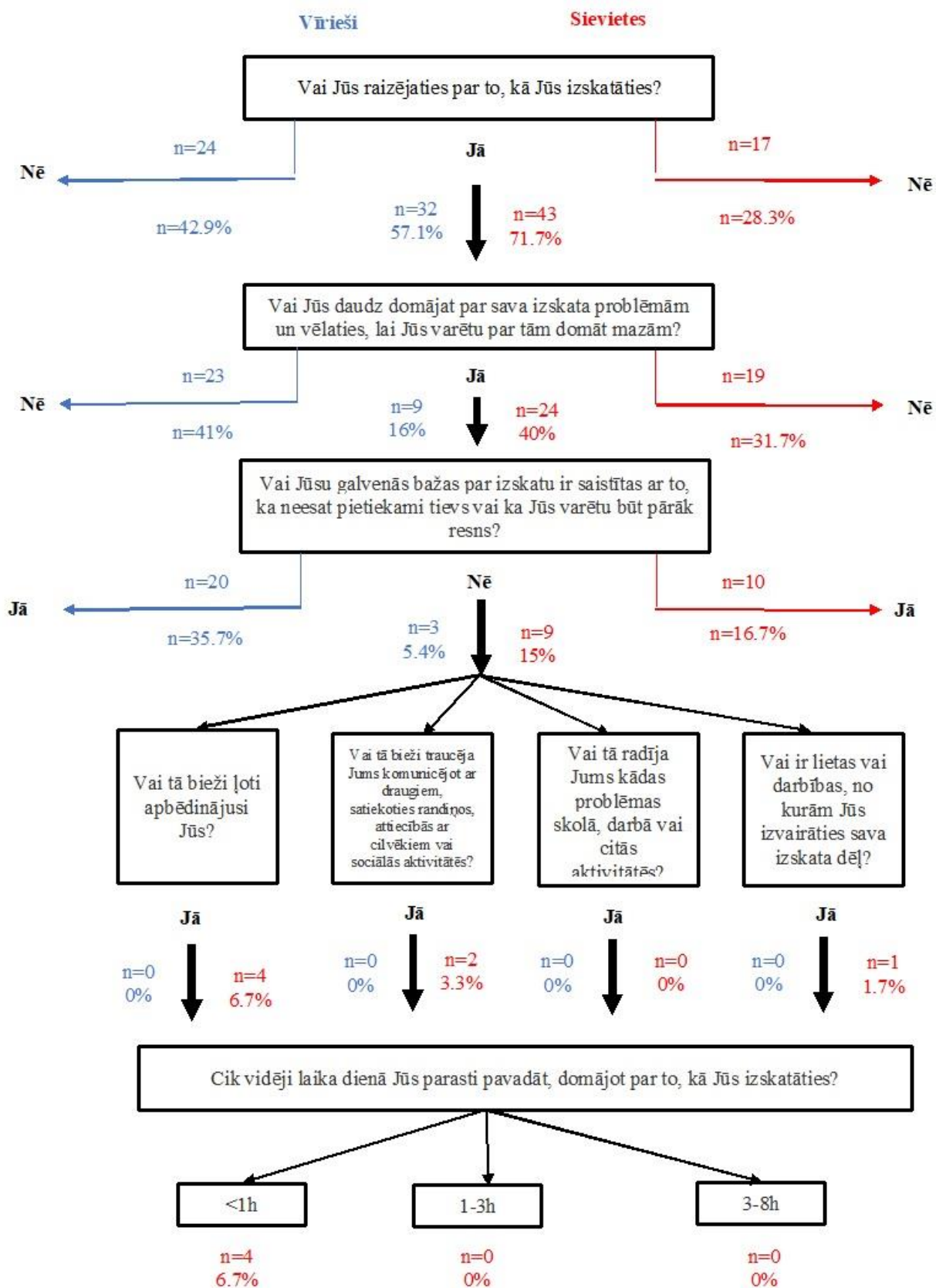
Uz 3.a. jautājumu (“*Vai tā bieži ļoti apbēdinājusi Jūs?*”) apstiprinoši atbildēja 4 respondenti; 4 sievietes (vidējais vecums - 30.2 gadi, SD ±5.9 gadi).

Uz 3.b. jautājumu (“*Vai tā bieži traucēja Jums, komunicējot ar draugiem, satiekoties randiņos, attiecībās ar cilvēkiem vai sociālās aktivitātēs?*”) apstiprinoši atbildēja 2 respondenti; 2 sievietes 27 un 28 gadu vecumā.

Uz 3.c. jautājumu (“*Vai tā radīja Jums kādas problēmas skolā, darbā vai citās aktivitātēs?*”) apstiprinoši atbildēja 0 respondentu.

Uz 3.d. jautājumu (“*Vai ir lietas vai darbības, no kurām Jūs izvairāties sava izskata dēļ?*”) apstiprinoši atbildēja 1 respondents; 1 sieviete 27 gadu vecumā).

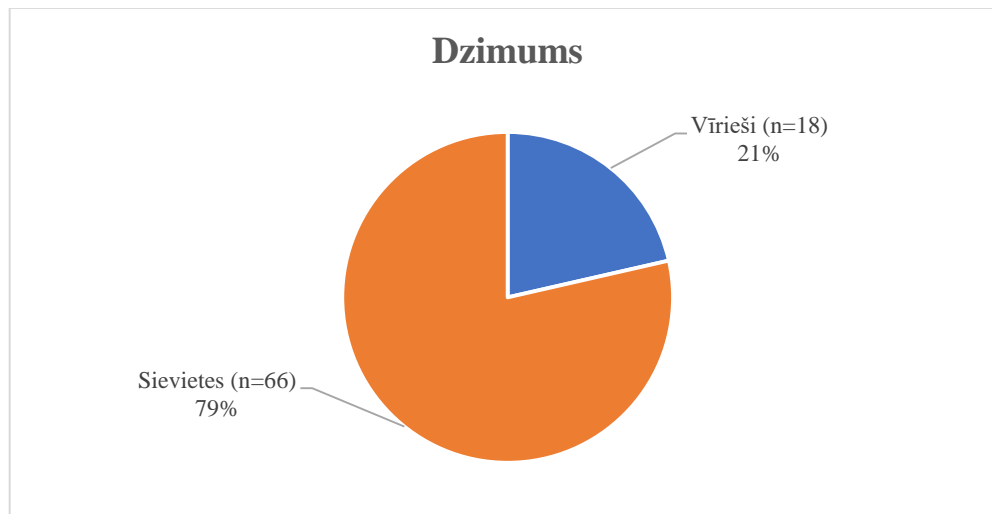
Uz 4. jautājumu (“*Cik vidēji laika dienā Jūs parasti pavadāt, domājot par to, kā Jūs izskatāties?*”) 4 respondenti, kas turpināja aptauju, atbildēja, ka tērē mazāk par vienu stundu dienā, domājot par savu izskatu (skat.4.att.).



4. att. Pirmā pētījuma posma rezultātu shematisks sadalījums pēc dzimuma

2. pētījuma posms

Otrajā pētījumā tika izdalītas, saņemtas un analizētas 84 anketas. Respondentu vecums no 20 līdz 26 gadiem, vidējais vecums - 22.1 gadi, SD \pm 1.75 gadi. Vīrieši n=18 (21.4%), vecumā no 20 līdz 25 gadiem, vidējais vecums - 22 gadi, SD \pm 1.8 gadi. Sievietes n=66 (78.6%), vecumā no 20 līdz 26 gadiem, vidējais vecums - 22.2 gadi, SD \pm 1.7 gadi (*skat. 5.attēlu*).



5. att. Respondentu sadalījums pa dzimumiem

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas rezultāti studentu populācijā

	Vīrieši		Sievietes		χ^2
	Jā	Nē	Jā	Nē	
1.a. jautājums	11	7	55	11	0.042*
1.b. jautājums	11	0	34	21	0.013*
2. jautājums	3	8	2	32	0.05*
3.a. jautājums	0	8	2	32	0.482
3.b. jautājums	0	8	2	32	0.482
3.c. jautājums	0	8	0	34	----
3.d. jautājums	0	8	2	32	0.482
4. jautājums:					
a) <1h	8		32		
b) 1- 3 h	0		2		
c) 3 – 8h	0		0		

*p<0.05

Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketu aizpildīja 84 respondenti. Uz 1.a. jautājumu apstiprinoši atbildēja 11 (61.1%) vīrieši un 55 (83.3%) sievietes. Pastāv nozīmīga ticamība starp abām respondentu grupām; sievietes pārliecinoši biežāk raizējas par savu izskatu nekā vīrieši (Pīrsona hī kvadrāta tests, $p=0.042$) (skat. 6. att.).



6.att. Izskata raīžu sadalījums pēc dzimuma

Uz 1.b. jautājumu apstiprinoši atbildēja 11 vīrieši (61.1%) un 34 sievietes (51.5%). Pēc Pīrsona hī kvadrāta testa šajā jautājumā ir ticams, ka sievietes biežāk domā par savu izskatu un vēlētos par to domāt mazāk, salīdzinot ar vīriešiem ($p=0.013$) (skat. 7.att.).

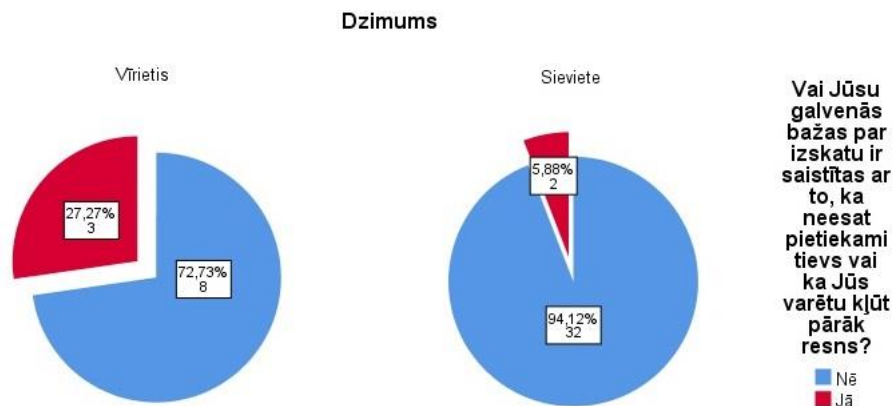
Vai Jūs daudz domājat par sava izskata problēmām un vēlaties, lai jūs varētu par tām domāt mazāk?



7.att. Vēlmes domāt mazāk par izskata problēmām sadalījums pēc dzimuma

Tie respondenti (7 vīrieši, 32 sievietes), kas noraidoši atbildēja uz iepriekšējiem jautājumiem, tika izslēgti no pētījuma un netika analizēti. 2. jautājumā 3 vīrieši un 2 sievietes atbildēja apstiprinoši. Šī grupa tika izslēgta no pētījuma, jo viņu raizes ticamāk atbilst ēšanas traucējumiem nekā ĶDT. Šajā jautājumā novēro korelāciju starp respondentu grupām, kur novēro, ka sievietes mazāk izjūt bažas saistībā ar aptaukošanos nekā vīrieši ($p=0.05$) (skat. 8.att.).

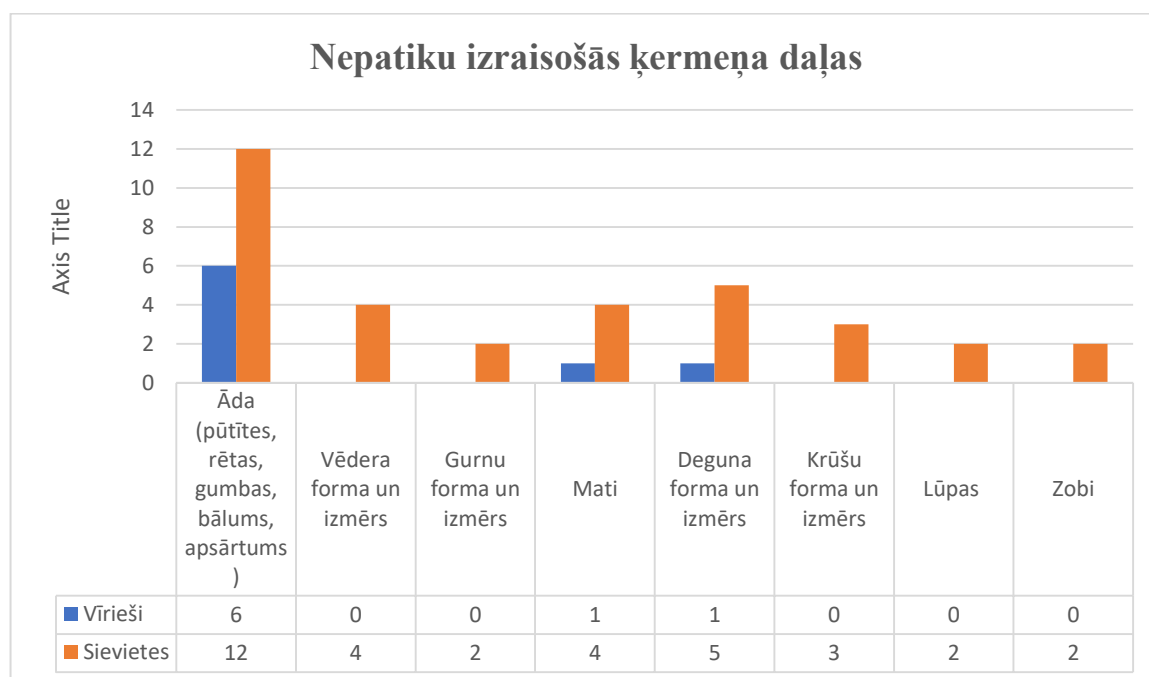
Vai Jūsu galvenās bažas par izskatu ir saistītas ar to, ka neesat pietiekami tievs vai ka Jūs varētu kļūt pārāk resns?



8.att. Aptaukošanās kā galveno bažu sadalījums pēc dzimuma

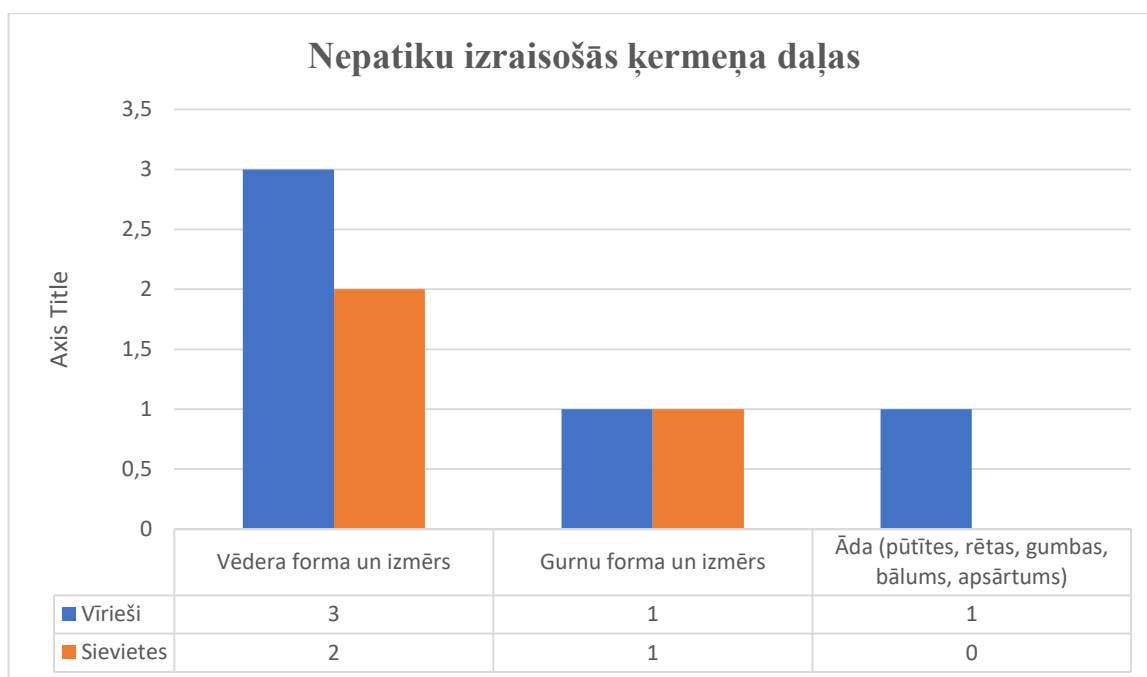
Turpmāk tika analizēti tikai tie respondenti, kas uz 2. jautājumu atbildēja negatīvi, t.i. 8 (44.4%) vīrieši un 34 (51.5%) sievietes. Vīriešu grupā uz 3. jautājumu (a, b, c, d) visi atbildēja noraidoši. Sieviešu grupā 3. jautājumā (a, b un d) apstiprinoši atbildēja 2 sievietes.

4. jautājums mēra raižu intensitāti laika vienībā. 8 vīrieši un 32 sievietes, kas turpināja anketēšanu domā par savu izskatu mazāk par 1 stundu dienā. Savukārt 2 sievietes domā 1 – 3 stundas dienā.



9.att. Nepatiku izraisošās ķermeņa daļas, kas nav saistītas ar aptaukošanos (n=33) *

*vairāki respondenti atzīmēja vairākas nepatiku izraisošās ķermeņa daļas



10.att. Nepatiku izraisošās ķermeņa daļas respondentiem, kuriem galvenās raizes saistītas ar aptaukošanos (n=5)*

*vairāki respondenti atzīmēja vairākas nepatiku izraisošās ķermeņa daļas

Anketēšanas datu analīzei atbildes tika sadalītas pēc punktu sistēmas (no 0 līdz 4) (skat. 2.tabulu).

2.tabula

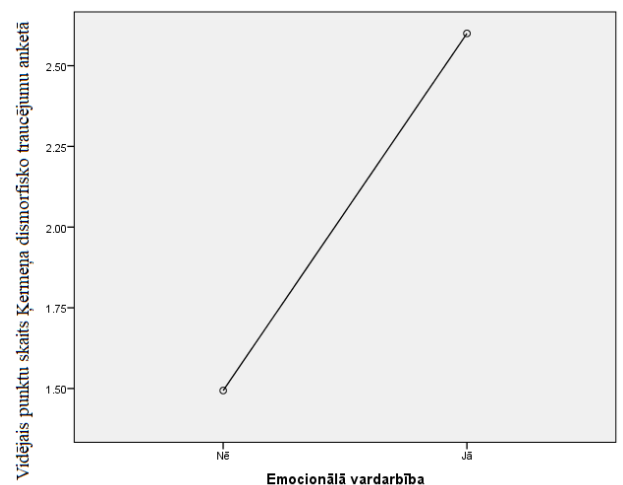
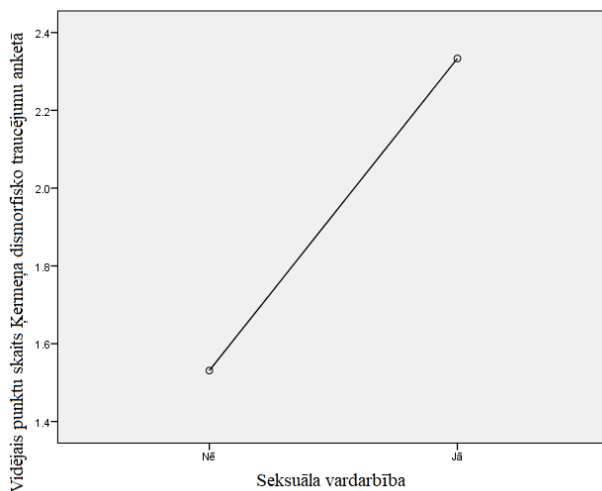
Ķermeņa dimorfisko traucējumu anketas respondentu sadalījums pēc punktiem

	Vīrieši	Sievietes
0	7	11
1	0	21
2	8	29
3	0	1
4	0	2
Tika izslēgti no pētījuma sakarā ar aptaukošanās raizēm	3	2

- 0 punktus ieguva tie respondenti, kuri neatzīmē raizes par savu izskatu; 7 vīrieši un 11 sievietes.
- 1 punktu ieguva tie respondenti, kuri raizējas par savu izskatu, bet maz par to domā un neatzīmē raīžu ietekmi uz ikdienas funkcionēšanas spējām; 21 sieviete.
- 2 punktus ieguva tie respondenti, kuri raizējas par savu izskatu un vēlas par to domāt mazāk, bet nav traucēta ikdienas funkcionēšana; 8 vīrieši un 29 sievietes
- 3 punktus ieguva tie respondenti, kuriem ārpus raizēm ir traucēts vismaz viens funkcionēšanas līmenis, bet ikdienā pavada mazāk par vienu stundu, domājot par to; 1 sieviete.
- 4 punktus ieguva tie respondenti, kuriem ir raizes, vēlas par tām domāt mazāk, traucēta ikdienas funkcionēšana un dienā pavada >1 stundu, domājot par savu izskatu; 2 sievietes.

2 respodentes (2.4%), kas ieguva 4 punktus, atbilst Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas skrīninga kritērijiem; ķermeņa dismorfiskie traucējumi jauno pieaugušo vidū ir sastopami 2.4% (n=84) gadījumos.

Salīdzinot Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas iegūtos punktus ar tiem respodentiem, kuri anketēšanas laikā atzīmēja pret sevi vērstu seksuālu vardarbību dzīves laikā, novēro korelāciju, bet tā nav statistiski ticama (ANOVA tests; $p=0.2$). Savukārt iegūtajiem punktiem un emocionālai vardarbībai ir statistiskā ticamība (ANOVA tests; $p=0.05$).



11.att. Seksuālas/emocionālas vardarbības saistība ar ārējā izskata pārņemību

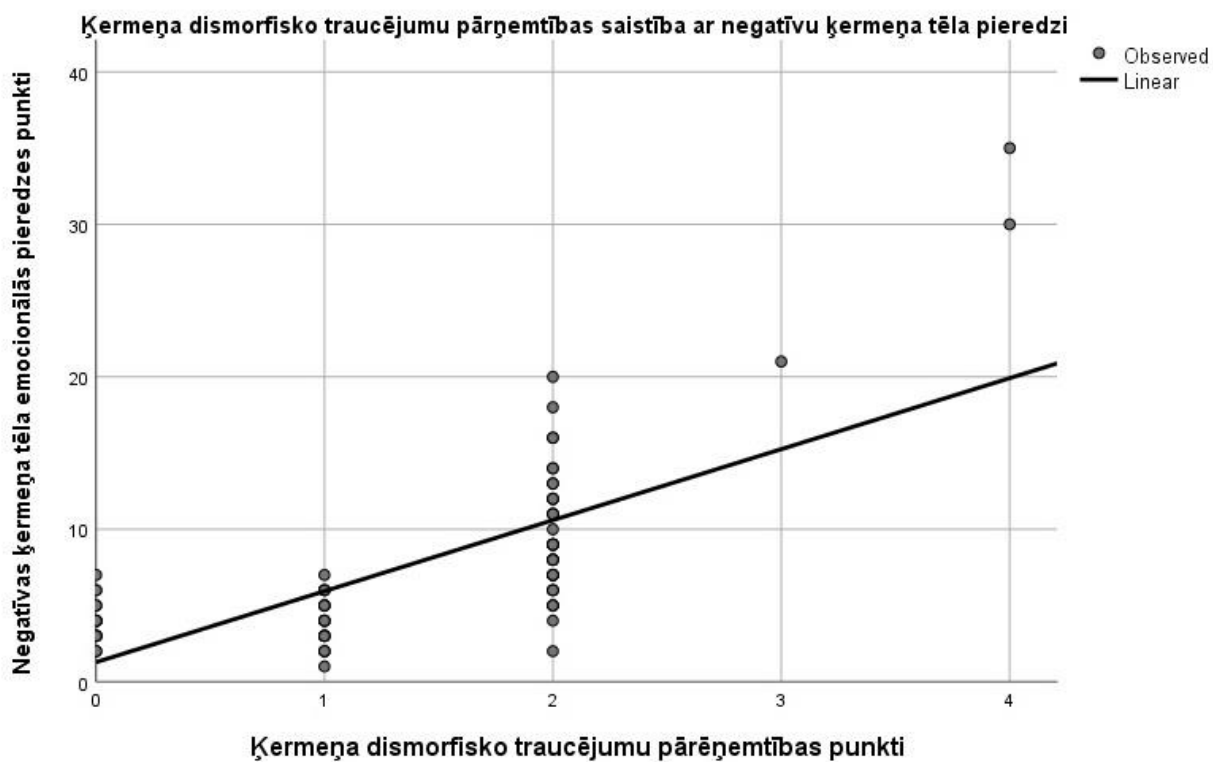
Ķermeņa tēla distresa situācijas aptaujas rezultātu statistiskais apskats (n=84)

Apgalvojumi	Vīrieši (N=18)		Sievietes (N=66)		Mann Whitney U tests
	M	SD	M	SD	
1.apgalvojums	0.17	0.383	0.17	0.414	0.896
2.apgalvojums	0.89	0.832	0.67	0.9	0.216
3.apgalvojums	0	0	0.62	0.989	0.02*
4.apgalvojums	0.06	0.236	0.18	0.436	0.232
5.apgalvojums	0.89	0.583	0.59	0.803	0.038*
6.apgalvojums	0.78	0.647	0.53	0.98	0.025*
7.apgalvojums	0.39	0.778	0.5	0.864	0.720
8.apgalvojums	0.28	0.575	0.2	0.503	0.490
9.apgalvojums	0.17	0.383	0.18	0.461	0.917
10.apgalvojums	0	0	0.23	0.422	0.027*
11.apgalvojums	0.11	0.471	0.21	0.595	0.440
12.apgalvojums	0.5	0.681	0.47	0.728	0.609
13.apgalvojums	0	0	0.11	0.31	0.151
14.apgalvojums	0.33	0.485	0.33	0.664	0.677
15.apgalvojums	1	0.767	2	1.22	0.001*
16.apgalvojums	0.11	0.323	0.53	0.706	0.013*
17.apgalvojums	0.44	0.511	0.52	0.707	0.910
18.apgalvojums	0.17	0.383	0.15	0.402	0.767
19.apgalvojums	0	0	0.2	0.437	0.05*
20.apgalvojums	0.06	0.236	0.21	0.448	0.151

*p<0.05

Anketas rezultāti tika analizēti, izmantojot Mann Whitney U testu. Interpretējot datus, tika atrasta statistiska ticamība starp vīriešiem un sievietēm 3., 5., 6., 10., 15., 16. un 19. apgalvojumā.

Hipotēzes apstiprināšanai tika pārbaudīta korelācija starp pārņemtību ar savu ķermeni un negatīvo emocionālo pieredzi dažādās dzīves situācijās (skat. 12.att.). Hipotēzes pārbaudīšanai tika izmantota spīrmena rangu korelācijas koeficients, kur $r_s=0.701$, $p<0.05$. Tātad hipotēze apstiprinās.



12.att. Ķermeņa dismorfisko traucējumu pārņemtības saistība ar negatīvu ķermeņa tēla pieredzi

DISKUSIJA

Ķermeņa dismorfiskie traucējumi ir smaga hroniska psihiska saslimšana ar zemu remisijas iespēju un postošu ietekmi uz dzīves kvalitāti. Slimību raksturo pārliecība par sava ķermeņa defektivitāti, nepareizīgumu un neglītumu. (APA, 2013) Uzmācīgās domas mazina pašvērtējumu un pasliktina dzīves kvalitāti. Progresējot slimības smagumam, samazinās sociālā aktivitāte, darba un mācību snieguma līmenis. Mainās uzvedības paražas, proti tās kļūst kompulsīvas. Pacienti var pavadīt vairākas stundas pie spoguļa, aplūkojot nepatīkamo ķermeņa daļu, vairākas stundas maskēt to ar skaistumkopšanas līdzekļiem vai aplūkot sevi vecajās fotogrāfijās ar domām par to, ka agrāk viņš izskatījās labāk. Lielākā daļa izrāda izvairīšanās uzvedību. Sākumā pacients izvairās no vienas situācijas, kas viņam rada ciešanas, piemēram, pludmales apmeklēšana. Tad no visām publiskām vietām, jo uzskata, ka apkārtējiem šķiet neglīts. Līdz beidzot no tuvinieku un draugu loka, jo baidās būt nosodīts un līdz ar to lielāko dienas daļu pavada mājās vienatne. (Phillips KA, 2005)

Pacients vēršas pie dermatologiem, estētiskās ķirurģijas ārstiem, zobārstiem un vispārējās prakses ārstiem ar mērķi uzlabot savu izskatu. Ja vispārējās populācijas dati liecina, ka slimība ir sastopama no 0.7 līdz 2.9% (Otto M et al., 2001; Schieber et al., 2015), tad minēto specialitāšu praksē līdz pat 31.5% (Fatholoolomi et al., 2013). Tāpēc ir nepieciešams ērts un efektīvs instrumentārijs pacientu skrīnēšanai. Tam var kalpot Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketa (Body Dysmorphic Disorder questionnaire).

Anketu ir izstrādājusi Katherina A. Phillips (ASV) pēc DSM – 4 kritērijiem. Tā sastāv no 4 punktiem, kur tiek uzdoti jautājumi par to, vai pacients izjūt raizes, vēlas par tām domāt mazāk, ikdienas funkcionēšanas traucējumiem (sociālo, darba un mācību funkcionēšanu, izvairīšanās uzvedību un ciešanām). (Phillips KA, 1998) Papildus tam instrumentārijā ir jautājums par to, vai pacienta galvenās raizes nav saistītas ar bailēm būt nepietiekoši slaidam vai kļūt pārāk resnam. Tādā veidā tiek izslēgti tie pacienti, kuriem drīzāk ir ēšanas traucējumi nekā ķermeņa dismorfija. Anketa ir uzrādījusi labus sensitivitātes un specifitātes rādītājus starp psihiatriskās slimnīcas (100 un 90%) un plastiskās un rekonstruktīvās ķirurģijas klīnikas (100% un 90%) pacientiem. (Grant JE et al., 2001; Dey JK et al., 2015) Instrumentārija ticamību var ietekmēt tas, ka respondents, baidoties no ārsta nosodījuma, negodīgi atbild uz jautājumiem.

Pētījuma pirmajā posmā tika veikta anketas lingvistiskā adaptācija latviešu un krievu valodas versijās Iekšlietu Ministrijas poliklīnikā. Iztalozējot respondentu atbildes par skalas tulkojumu, tik iegūst slēdziens par to, ka skala ir saprotama abās valodās. Iekšējā saskaņotība ar

Kronabaha alfu latviešu valodas versijai ir $\alpha=0.972$; krievu valodas versijai $\alpha=0.963$. Abām anketām ir izcila iekšējā saskaņotība. Starp poliklīnikas apmeklētājiem pozitīvs anketas skrīnings sastādīja 0% (n=116). Pētījums noritēja maksimāli somatiski un psihiski veselo grupā, jo pēc Ministru kabineta noteikumiem Nr. 970 reizi gadā ir jāveic obligātā veselības pārbaude. (LRMK, 2006) Kaut arī ārējā izskata raizes ir bieži sastopamas, tomēr nevienam tās nebija tik intensīvas, lai radītu traucējumus.

Otrajā pētījumā, kurā piedalījās jaunie pieaugušie, anketas rezultāti uzrādīja 2.4% (n=2) ķermeņa dismorfisko traucējumu prevalenci, kas atbilst vispārējās populācijas vidējiem datiem. Lai gan anketas rādītāji ir augstā līmenī, tomēr precīzas diagnozes noteikšanai nepieciešams veikt psihiatrisko izmeklēšanu. Nevar izslēgt varbūtību, ka respondentiem ir ēšanas traucējumi vai kāda cita komorbīda saslimšana, piemēram, depresija.

Tika noskaidrots, ka sievietes biežāk raizējas par savu izskatu nekā vīrieši ($p=0.042$) un vēlas to darīt mazāk ($p=0.013$). Tāda atšķirība varētu būt saistīta ar to, ka uz sievietēm ir vērsts lielāks masu mediju spiediens. Vēlme atbilst skaistuma standartiem un būt vienmēr jaunai motivē sekot līdzi savam ārējam izskatam. No otras puses jebkurš ilglaicīgs stimuls rada diskomfortu un ciešanas. Pastāvīgi esot pakļautam sabiedrības un kultūras iespaidam, nav brīnums, ka sievietes vēlētos mazāk domāt par savu ārējo tēlu.

Abās pētījuma daļās visbiežākās nepatīkošās ķermeņa daļas ir āda, vēdera un deguna forma un izmērs, un mati. Pasaules datos āda ieņem pirmo vietu pacientiem ar diagnosticētiem KDT , tam seko mati, vēders un deguns. (Phillips KA, 2005)

Sievietes vairāk izjūt negatīvu emocionālo pieredzi, salīdzinot ar vīriešiem, sekojošās situācijās: kad cilvēki viņas redz pirms ir "sataisījušās" ($p=0.02$); esot kopā ar pievilcīgiem pretējā dzimuma pārstāvjiem ($p=0.038$); kad kāds skatās uz nepatīkamām ķermeņa daļām ($p=0.025$); kad redz pievilcīgus cilvēkus televīzijā vai žurnālos ($p=0.027$); kad kāds negatīvi komentē izskatu ($p=0.001$); kad redz sevi fotogrāfijās vai žurnālos ($p=0.013$) un kad ir kopā ar kādu konkrētu personu ($p=0.05$).

Dimplomdarba hipotēze bija: pārņemšana ar ārējo izskatu ir asociēta ar negatīvu emocionālo pieredzi dažādās dzīves situācijās. Hipotēze tika apstiprināta, salīdzinot tos pēc Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas iegūtajiem punktiem ar Ķermeņa tēla distresa situācijas aptaujas punktu summu. Tādā veidā novēro korelāciju, ka jo vairāk cilvēks ir pārņemts ar savu ārējo izskatu, vairāk par to raizējas un jo vairāk ikdienā tērē laiku domājot par to, jo biežāk un izteiktāk izjūt negatīvas emocijas pret savu ķermeni sociālās, intīmās u.c. situācijās ($p<0.05$).

SECINĀJUMI

- Ķermeņa dismorfisko traucējumu anketas latviešu un krievu valodas tulkojums ir ar augstu iekšējo saskaņotību ($\alpha=0.972$ un $\alpha=0.963$);
- Ķermeņa dismorfiskie traucējumi starp Iekšlietu Ministrija poliklīnikas apmeklētājiem ir 0% (n=116);
- Psihiski veselo vidū dismorfiski pārdzīvojumi ir visnotaļ izplatīti, neatkarīgi no vecuma;
- Ķermeņa dismorfisko traucējumu izplatība jauno pieaugušo vidū ir 2.4% (n=84);
- Sievietes ir vairāk pārņemtas ar savu izskatu nekā vīrieši;
- Sievietēm dismorfiskus pārdzīvojumus biežāk provocē situācijas, kad viņas tiek novērtētas vai salīdzina sevi ar citiem;
- Emocionāla vardarbība ir riska faktors ĶDT attīstībai dzīves laikā;
- Nepieciešams veikt vardarbības novērtējuma pētījumus, lai spētu precīzāk izvērtēt psihisko saslimšanu attīstības risku nākotnē;
- Biežākās raizes izraisošās ķermeņa daļas ir āda, vēdera forma un izmērs, mati, deguna forma un izmērs;
- Pārņemība ar ārējo izskatu veicina negatīvu attieksmi pret savu ķermeni plašā dzīves situāciju klāstā;
- Ņemot vērā labu BDDQ tulkojumu kvalitāti, tiek plānots pabeigt skalas validizāciju Latvijas populācijai, veicot salīdzinājumu ar diagnostikas "zelta standartiem" – M.I.N.I un SSK kritērijiem, precizējot ārienes defektu objektīvi un ņemot vērā vairākus faktorus (piem., seksuālo orientāciju).

PATEICĪBAS

Vēlos izteikt īpašu pateicību par palīdzību diplomdarba tapšanā:

- Lietišķās valodniecības centra speciālistiem par anketu tulkošanu;
- Iekšlietu Ministrijas poliklīnikai par pētījuma norisi;
- Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātei par pētījuma norisi;
- Diplomdarba vadītājai Dr. med. Marinai Losevičai;
- Visiem respondentiem.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

- 1) Albertini RS, Phillips KA. 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(4):453–459.
- 2) Alize J. Ferrari, Fiona J. Charlson, Rosana E. Norman, Scott B. Patten, Greg Freedman, Christopher J.L. Murray, Theo Vos, Harvey A. Whiteford, Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010.
- 3) Allen A, Hollander E. Similarities and Differences Between Body Dysmorphic Disorder and Other Disorders. *Psychiatric Annals.* 2002;34, 927-933.
- 4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed., Washington, DC: APA; 1980.
- 5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed, revised., Washington, DC: APA; 1987.
- 6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th ed., Washington, DC: APA; 1994.
- 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed., Arlington, VA: APA; 2013.
- 8) Barlow DH. *Anxiety and its disorders : the nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Publications; 2002.
- 9) Barlett CP, Vowels CL, Saucier DA. Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2008;27(3):279-310.
- 10) Belli H, Belli S, Ural C, et al. Psychopathology and psychiatric co-morbidities in patients seeking rhinoplasty for cosmetic reasons. *West Indian Med J.* 2013;62(5):481–486.
- 11) Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):73–78.
- 12) Berrios GE. Body dysmorphic disorder. In *The History of Mental Symptoms.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1996;276–281.
- 13) Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comp Psychiatry.* 2013;54(7):893–903.

- 14) Blouin AG, Goldfield GS. Body image and steroid use in male bodybuilders. *Int J Eat Disord.* 1995;18:159-65.
- 15) Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(2):222–230.
- 16) Brawman-Mintzer O, Lydiard R, Phillips KA, Morton A, et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *American Journal of Psychiatry.* 1995;152, 1665-1667.
- 17) Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. *Compr Psychiatry.* 2014;58:108-115.
- 18) Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res.* 2013;15;210(2):647-52.
- 19) Buchanan BG, Rossell SL, Maller JJ, Toh WL, Brennan S, Castle DJ. Brain connectivity in body dysmorphic disorder compared with controls: a diffusion tensor imaging study. *Psychol Med.* 2013;43(12):2513–2521.
- 20) Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *J Psychiatr Res.* 2010;178:171–175.
- 21) Campagna JDA, Bowsher B. Prevalence of body dysmorphic disorder and muscle dysmorphia among entry-level military personnel. *Military Med.* 2016;181:494–501.
- 22) Calderon P, Zemelman V, Sanhueza P, Castrillon M, Matamala J, Szot J. Prevalence of body dysmorphic disorder in Chilean dermatological patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(11):1328.
- 23) Cash, TF, Smolak L. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, Guilford Press, New York; 2011.
- 24) Cella S, Iannaccone M, Cotrufo P. Muscle dysmorphia: a comparison between competitive bodybuilders and fitness practitioners. *J Nutr Therap.* 2012;1:12–18.
- 25) Clerkin EM, Teachman BA, Smith AR, Buhlmann U. Specificity of implicit-shame associations: comparison across body dysmorphic, obsessive-compulsive, and social anxiety disorders. *Clin Psychol Sci.* 2014;2:560–575.
- 26) Collins B, Gonzalez D, Gaudilliere DK, Shrestha P, Girod S. Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(8):1553–1558.

- 27) Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(2):235–243.
- 28) Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:67–72.
- 29) Constantian MB, Lin CP. Why some patients are unhappy: part 1. Relationship of preoperative nasal deformity to number of operations and a history of abuse or neglect. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4):823–835.
- 30) Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg.* 2010;65(1):11–16.
- 31) Crow SJ, Swanson SA, le Grange D, Feig EH, Merikangas KR. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comp Psychiatry.* 2014;55(7):1534–1539.
- 32) Dey JK, Ishii M, Phillis M, Byrne PJ, Boahene KO, Ishii LE. Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. *JAMA Facial Plast Surg.* 2015;17(2):137–143.
- 33) Didie ER, Menard W, Stern A, Phillips KA. Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comp Psychiatry.* 2008;49:561–569.
- 34) Didie ER, Tortolani C, Walters M, Menard W, Fay C., Phillips KA. Social functioning in body dysmorphic disorder: assessment considerations. *Psychiatr Q.* 2006;77:223–229.
- 35) Dingemans AE, van Rood YR, de Groot I, van Furth EF. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: prevalence and characteristics. *Int J Eat Disord.* 2012;45(4):562–569.
- 36) Dogruk-Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun K, Uzel Tas H, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(4):433–8.
- 37) Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001;27(5):457–462.
- 38) Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comp Psychiatry.* 2004;45:10–15.

- 39) Enander J, Andersson E, Mataix-Cols D, et al. Therapist-guided Internet-based cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single-blind randomised controlled trial. *BMJ*. 2016;352:i241.
- 40) Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(1):24–9.
- 41) Fatholoolomi MR, Tabrizi AG, Bafghi AF, Noohi SA, Makhdoom A. Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty candidates. *Pakistan J Med Sci*. 2013;29(1):197–200.
- 42) Festinger L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*. 1954;7:117–40.
- 43) Feusner JD, Arienzo D, Li W, et al. White matter microstructure in body dysmorphic disorder and its clinical correlates. *Psychiatry Res*. 2013;211(2):132–140.
- 44) Field AE, Austin SB, Camargo, CA, et al. Exposure to mass media, body shape concerns, and use of supplements to improve weight and shape among male and female adolescents. *Pediatrics*. 2005;116, 214–220.
- 45) Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36:243–259.
- 46) Gardiner M. *The Wolf-man*. New York: Basic Books; 1971.
- 47) Grabe S, Ward LM, Hyde JS. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*. 2008;134:460–476.
- 48) Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional of body image. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):291–300.
- 49) Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:517–522.
- 50) Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional of body image. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):291–300.
- 51) Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:309–311

- 52) Grant JE, Phillips KA. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(2):123–126.
- 53) Grogan S. Body image development in adulthood. Cash TF, Smolak L. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011
- 54) Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comp Psychiatry*. 2003;44(4):270–276.
- 55) Hay G. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *Br J Psychiatry*. 1970;166:85–97.
- 56) Higgins ET. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*. 1987;319–40.
- 57) Hitzeroth V, Wessels C, Zungu-Dirwayi N, Oosthuizen P, Stein DJ. Muscle dysmorphia: a South African sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55:521–523.
- 58) Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann*. 1993;23:359–364.
- 59) Hounie AG, Pauls DL, Mercadante MT, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without Sydenham’s chorea. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):994–999.
- 60) Hughes JM. *From obstacles to ally: the evolution of psychoanalytic practice*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
- 61) Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):Cd005332.
- 62) Keller MB. Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(12):14–19.
- 63) Keller MD, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Mueller TI. Bipolar I: a five-year prospective follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(4):238–45.
- 64) Kelly MM, Zhang J, Phillips KA. The prevalence of body dysmorphic disorder and its clinical correlates in a VA primary care behavioral health clinic. *Psychiatry Res*. 2015;228:162–165.
- 65) Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1259–1265.
- 66) Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593.
- 67) Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav*. 2007;8(1):115–120.

- 68) Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*. 2008;13:316–322.
- 69) Krebs G, Turner C, Heyman I, et al. Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: a case series. *Behav Cogn Psychother*. 2012;40(4):452–61.
- 70) Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci*. 2010;26(9):478–482.
- 71) Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi Nr.970 (pieņemti 21.11.2006.)// Latvijas Vēstnesis.-Nr.200 (2006,15.decembris).
- 72) Mangweth B, Pope HG, Jr., Kemmler G, et al. Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychother Psychosom*. 2001;70:38–43.
- 73) Marazziti D, Dell’Osso L, Presta S. Platelet [3H] paroxetine binding in patients with OCD-related disorders. *Psychiatry Res*. 1999;89(3):223–228.
- 74) Marks IM, Nesse RM. Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology* 1994;15(5-6): 247-261.
- 75) Markus H. Self-schema and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1977;35: 63–78.
- 76) McGuire MT, Marks I, Nesse RM, Troisi A. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry? *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86(2):89–96.
- 77) Mufaddel A, Osman OT, Almagaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(4).
- 78) National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder: CG31. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2005. (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg31>)
- 79) Nesse RM. The smoke detector principle. Natural selection and the regulation of defensive responses. *Ann NY Acad Sci*. 2001;935:75–85.
- 80) Neziroglu F, Lippman N. A review of body dysmorphic disorder after 20 years of research. *Austr Clin Psychol*. 2015;1(1):22–28.
- 81) Nierenberg A, Phillips K, Petersen T, Kelly K, Alpert J, Worthington J, et al. Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *J Affect Disord*. 2002;69(1–3):141–8.

- 82) Olivardia R, Pope HG Jr., Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1291–1296.
- 83) Osman OT, Mufaddel A, Almugaddam F, et al. The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Rev Dermatol*. 2011;6(2):195–209.
- 84) Orlovskis A, Loseviča M. Appearance concerns and the Body Dysmorphic Disorder questionnaire rates in healthy adults. *Medicina (Kaunas)* 2019;55(Supplement 1):63
- 85) Otto M, Wilhelm S, Cohen L, Harlow B. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):2061–3.
- 86) Petersen AC, Taylor B. The biological approach to adolescence: Biological change and psychological adaptation. *Handbook of Adolescent Psychology*. Wiley, New York: 1980.
- 87) Perugi G, Giannotti D, Frare F, et al. Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract*. 1997;1(2):77–82.
- 88) Perugi G, Giannotti D, Di Vaio S, Frare F, Sættoni M, Cassano GB. Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11:247–254.
- 89) Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 1997;38:548–557.
- 90) Pope HG, Jr., Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry*. 1993;34:406–409.
- 91) Pope CG, Pope HG Jr, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2005;2:395–400.
- 92) Pope HG, Wood R, Rogol A, Nyberg F, Bowers L, Bhasin S. Adverse health consequences of performance-enhancing drugs: an Endocrine Society scientific statement. *Endocr Rev*. 2014;35:341–375.
- 93) Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993;150:302–308.
- 94) Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Jr, Pope HG Jr, Hudson JI. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30:179–186.
- 95) Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford, Oxford University Press; 1998.

- 96) Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:568–575.
- 97) Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188:170–175.
- 98) Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2001;42(6):504–510.
- 99) Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:721–727.
- 100) Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:381–388.
- 101) Phillips KA, Siniscalchi JM, McElroy SL. Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q*. 2004;75:309–320.
- 102) Phillips KA. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. New York: Oxford University Press; 2005.
- 103) Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comp Psychiatry*. 2005;46:254–260.
- 104) Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21:177–179.
- 105) Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*. 2006;141(3):305–314. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1280–1282.
- 106) Phillips KA, Quinn E, Stout RL. Functional impairment in body dysmorphic disorder: a prospective, follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2008;42:701–707.
- 107) Phillips KA, Menard W. A prospective pilot study of levetiracetam for body dysmorphic disorder. *CNS Spectrum*. 2009;14(5):252–260.
- 108) Phillips KA. *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. New York: Oxford University Press; 2009.
- 109) Phillips KA, Kelly MM. Suicidality in a placebo-controlled dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009;24:26–28. 5.

- 110) Phillips, KA, Stein, DJ, Rauch, SL, Hollander, E, Fallon, BA, Barsky, A, Fineberg, N, Mataix-Cols, D, Ferrao, YA, Saxena, S, Wilhelm, S, Kelly, MM, Clark, LA, Pinto, A, Bienvenu, OJ, Farrow, J and Leckman, J (2010a). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*. 2010(a); 27:528-555.
- 111) Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010(b); 27:573–591.
- 112) Phillips KA, Menard W, Quinn E, Didie ER, Stout RL. A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2013;43:1109–17.
- 113) Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy relapse prevention in body dysmorphic disorder: a double-blind placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2016;173:887–895.
- 114) Phillips KA. *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. New York: Oxford University Press; 2017.
- 115) Rabe-Jablonska Jolanta J, Sobow Tomasz M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry*. 2000;15(5):302–305.
- 116) Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006;36:877-885.
- 117) Rosen J, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:263.
- 118) Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord*. 2006;39(1):11–19.
- 119) Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthet Surg J*. 22:531–535, 2002.
- 120) Sarwer DB, Spitzer JC, Sobanko JF, Beer KR. Identification and management of mental health issues by dermatologic surgeons: a survey of American Society for Dermatologic Surgery members. *Dermatol Surg*. 2015;41(3):352–357.
- 121) Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 2012;379, 1630- 1640.

- 122) Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *J Psychosom Res.* 2015;78:223–227.
- 123) Schilder P. *The image and appearance of the human body; studies in the constructive energies of the psyche.* London: Kegan Paul; 1935
- 124) Shelton RC. What are the comparative benefits and harms of augmentation treatments in major depression? *J Clin Psychiatry.* 2015;76:3531–533.
- 125) Slade, P. Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry,* 1988;153(2):20-22.
- 126) Steinberg L. *Adolescence (10th ed.).* US: McGraw Hill; 2013.
- 127) Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord.* 2016;190:663–674.
- 128) Swedo SE. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Mol Psychiatry.* 2002;7:24–25.
- 129) Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg.* 2001;25(6):474–478.
- 130) Vāverniece I. Ķermeņa tēla distresa mazināšana ar deju un kustību terapiju sievietēm ar aptaukošanos un emocionālo ēšanu. 2009.
- 131) Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004;1(1):113–125.
- 132) Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry.* 1996;169:196–201.
- 133) Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196–201.
- 134) Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry.* 1996;169:196–201.
- 135) Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196–201.
- 136) Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196–201.
- 137) Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169(2):196–201.
- 138) Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196–201.

- 139) Veale D: Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*.2010;40(7):333–40.
- 140) Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual* . West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
- 141) Vulink NC, Rosenberg A, Plooij JM, Koole R, Berge SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008;37(11):985–991.
- 142) Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Body dysmorphic disorder in 3–8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. 2006;150(2):97–100.
- 143) Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):99–111.
- 144) Wilhelm S, Otto MW, Zucker BG, Pollack MH. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11, 499-502.
- 145) Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther*. 2011;42(4):624–33.
- 146) World Health Organization. *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision*. 1993.

PIELIKUMI

ĶERMEŅA TĒLA DISTRESA SITUĀCIJU APTAUJA

Instrukcija: Dažādos brīžos un dažādās situācijās cilvēki var piedzīvot negatīvas jūtas saistībā ar savu fizisko izskatu, tādas kā– nepievilcīgs izskats, fiziska pašpārliecinātība, stress vai neapmierinātība ar vienu vai vairākiem sava izskata aspektiem. Šī aptauja piedāvā vairākas situācijas un lūdz atbildēt, CIK BIEŽI Jums ir neērtības izjūtas par savu FIZISKO IZSKATU katrā no šīm nosauktajām situācijām. Lūdzu, izmantojiet ciparus no 0 līdz 4 pēc zemāk norādītās skalas, lai novērtētu, **CIK BIEŽI** Jums ir **NEGATĪVA EMOCIONĀLA PIEREDZE** katrā konkrētajā situācijā!

CIK BIEŽI:

0	1	2	3	4
Nekad	Dažreiz	diezgan	Bieži	Vienmēr vai gandrīz vienmēr
			bieži	

Šajā sarakstā var būt situācijas, kurās Jūs neesat bijuši vai tādas, no kurām izvairāties. Par šīm situācijām lūdzu novērtējiet – **cik bieži**, Jūsprāt, Jums nāktos piedzīvot negatīvas emocijas par savu izskatu, ja Jūs šajās situācijās nokļūtu. Lūdzu, atbildiet rūpīgi un godīgi, ierakstot ciparus no 0 līdz 4 pie katras dotās situācijas, lai novērtētu savu pieredzi. Nav pareizas vai nepareizas atbildes.

CIK BIEŽI ?

- _____ 1. Publiskās vietās, kur ir daži man pazīstami cilvēki
- _____ 2. Kad es skatos uz sevi spogulī
- _____ 3. Kad cilvēki man redz pirms es esmu „sataisījies”
- _____ 4. Kad esmu kopā ar pievilcīgiem sava dzimuma pārstāvjiem
- _____ 5. Kad esmu kopā ar pievilcīgiem pretējā dzimuma pārstāvjiem
- _____ 6. Kad kāds skatās uz manām ķermeņa daļām, kuras man nepatīk
- _____ 7. Kad es skatos uz savu kailo ķermeni spogulī
- _____ 8. Kad es pielaikaju jaunas drēbes veikalā
- _____ 9. Pēc tam, kad esmu ieturējis kārtīgu maltīti
- _____ 10. Kad es redzu pievilcīgus cilvēkus televīzijā vai žurnālos
- _____ 11. Kad es uzkāpju uz svariem
- _____ 12. Kad man ir vai varētu būt seksuālas attiecības
- _____ 13. Kad jau esmu sliktā garastāvoklī kaut kā cita dēļ
- _____ 14. Kad sarunas tēma skar fizisko izskatu
- _____ 15. Kad kāds negatīvi komentē manu izskatu
- _____ 16. Kad redzu sevi fotogrāfijā vai video ierakstā
- _____ 17. Kad domāju par to, kā es vēlētos izskatīties
- _____ 18. Kad domāju, kā es izskatīšos nākotnē
- _____ 19. Kad esmu kopā ar kādu konkrētu personu
- _____ 20. Kādu noteiktu atpūtas aktivitāšu laikā

Ķermeņa dismorfisko traucējumu aptauja

Šī ir aptauja par ikdienas rūpēm par ārējo izskatu. Lūdzu, rūpīgi izlasiet katru jautājumu un apvelciet pareizo atbildi. Tāpat ierakstiet atbildes, kur tas ir norādīts.

1) Vai Jūs raizējaties par to, kā Jūs izskatāties? Jā /Nē

--Ja Jūs atbildējat "JĀ": Vai Jūs daudz domājat par sava izskata problēmām un vēlaties, lai jūs varētu par tām domāt mazāk? Jā /Nē

--Ja Jūs atbildējat "JĀ": Uzskaitiet, lūdzu, ķermeņa daļas, kas Jums nepatīk:

Piemēram: āda (piemēram, pūtītes, rētas, grumbas, bālums, apsārtums); mati; deguna, mutes, apakšokļa, lūpu, vēdera, gurnu forma un izmērs utt.; vai roku, dzimumorgānu, krūšu vai jebkuru citu ķermeņa daļu defekti.

PIEZĪME: Ja Jūs atbildējat "NĒ" uz kādu no jautājumiem, Jūs esat pabeidzis pildīt šo aptauju. Pretējā gadījumā, lūdzu, turpiniet.

2) Vai Jūsu galvenās bažas par izskatu ir saistītas ar to, ka neesat pietiekami tievs vai ka Jūs varētu kļūt pārāk resns? Jā/Nē

3) Kā šī problēma ar to, kā jūs izskatāties, ir ietekmējusi jūsu dzīvi?

• Vai tā bieži ļoti apbēdināja Jūs? Jā/Nē

• Vai tā bieži traucēja Jums komunicējot ar draugiem, satiekoties randiņos, attiecībās ar cilvēkiem vai sociālās aktivitātēs? Jā/Nē

-- Ja Jūs esat atbildējis "JĀ": Aprakstiet kā:

• Vai tā radīja Jums kādas problēmas skolā, darbā vai citās aktivitātēs? Jā/Nē

--Ja Jūs atbildējat "JĀ": Kādas tās ir?

• Vai ir lietas vai darbības, no kurām Jūs izvairāties sava izskata dēļ? Jā/Nē

--Ja Jūs atbildējat "JĀ": Kādas tās ir?

4) Cik vidēji laika dienā Jūs parasti pavadāt, domājot par to, kā Jūs izskatāties? (Saskaitiet visu laiku pa dienu kopā un apvelciet vienu atbildi)

(a) Mazāk kā 1 stundu dienā

(b) 1-3 stundas dienā

(c) Vairāk par 3 stundām dienā

Опросник дисморфического расстройства тела

Опросник касается ежедневных забот о внешнем виде. Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый вопрос и обведите кружком правильный ответ, а также впишите ответы, где это требуется.

1) Беспокоит ли Вас то, как Вы выглядите?

ДА / НЕТ

--Если Вы ответили "ДА":

Думаете ли Вы о проблемах Вашей внешности помногу и хотели бы думать о них меньше?

ДА / НЕТ

--Если Вы ответили "Да", то перечислите, пожалуйста, части тела, которые Вам не нравятся:

Примеры ответов: кожа (например - прыщи, шрамы, морщины, бледность, покраснения); волосы; форма или размер носа, рта, нижней челюсти, губ, живота, бёдер и т.д.; или дефекты рук, половых органов, грудей или любой другой части тела.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если Вы ответили «НЕТ» на любой из этих вопросов, то Вы закончили опросник. В ином случае – продолжайте, пожалуйста:

2) Является ли недостаточная стройность или риск располнеть главной причиной Ваших переживаний по поводу внешности?

ДА / НЕТ

3) Каким образом эта проблема со внешностью повлияла на Вашу жизнь?

• Часто ли это сильно расстраивало Вас?

ДА / НЕТ

• Часто ли это мешало Вам при общении с друзьями, на свиданиях, в отношениях с людьми или в общественной жизни?

ДА / НЕТ

Если Вы ответили "ДА", то опишите, каким образом: _____

• Создавало ли это проблемы в школе, на работе или в другой деятельности?

ДА / НЕТ

Если Вы ответили "ДА", то какие? _____

• Есть ли вещи или дела, которых Вы избегаете из-за того, как Вы выглядите?

ДА / НЕТ

Если Вы ответили "ДА", то какие? _____

4) Сколько времени в среднем Вы обычно тратите, думая о том, как Вы выглядите? (Сложите всё время, которое Вы тратите в течение дня, и обведите один вариант ответа):

- а. Меньше, чем 1 час в день;
- б. 1-3 часа в день;
- в. Больше, чем 3 часа в день.

Sociāldemogrāfiskie dati*Lūdzu, atzīmēt ar "X" vai ierakstīt, kur tas ir nepieciešams.*

1. Dzimums:

Vīrietis Sieviete

2. Vecums _____

3. Tautība:

Latviešu Krievu Cita (specificēt) _____

4.1. Vai Jūs slimojat ar kādu psihisku saslimšanu?

a. Nē b. Jā (kādu) _____

4.2. Ja jā, tad vai Jūs šo traucējumu dēļ lietojat kādus medikamentus?

a. Nē b. Jā (šobrīd) Kādus? _____c. Jā (agrāk) Kādus? _____

4.3. Ja jā, tad vai Jūs šobrīd vai agrāk saņēmt psihoterapiju?

Nē Jā (šobrīd) Jā (agrāk)

5. Vai Jūs dzīves laikā esat cietis no emocionālas vardarbības?

Jā Nē

6. Vai Jūs dzīves laikā esat cietis no fiziskas vardarbības?

Jā Nē

7. Vai Jūs dzīves laikā esat cietis no seksuālas vardarbības?

Jā Nē

8. Vai Jūs esat veicis plastiskās operācijas?

Jā Nē

8.1. Ja jā, tad kādas? (lūdzu, nosaukt arī iemeslus)

9. Kāds šobrīd ir Jūsu svars? _____

10. Kāds šobrīd ir Jūsu augums? _____