

Dysmorfofobia w oczach studenta kosmetologii

Body Dysmorphic Disorder in the eyes of cosmetology students

Olga Dębska-Ratuszniak¹, Grażyna Kamińska-Winciorek², Radosław Śpiewak²

¹ Studenckie Koło Naukowe Kosmetologia Lecznicza i Estetologia Medyczna przy Zakładzie Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii UJ CM w Krakowie

² Zakład Dermatologii Doświadczalnej i Kosmetologii, Wydział Farmaceutyczny UJ CM w Krakowie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: *Body Dysmorphic Disorder* (BDD, zaburzenie dysmorficzne) to zespół chorobowy charakteryzujący się nadmiernym niepokojem wywołanym nieistniejącym lub minimalnym defektem fizycznym. Mimo że choroba ta dotyczy do 2% populacji na całym świecie, wiedza na ten temat wciąż nie jest powszechna. Dotychczas nie badano postrzegania problemów psychodermatologii przez studentów kosmetologii.

Cel pracy: Celem badania było poznanie wiedzy na temat psychodermatologii, a w szczególności BDD wśród studentów kosmetologii.

Materiał i metody: Badanie ankietowe objęło 121 studentek kierunku kosmetologia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego (studia II stopnia stacjonarne i niestacjonarne) w wieku od 23 do 44 lat, mediana 24.

Wyniki: Spośród 121 respondentów pojęcie psychodermatoz i BDD było znane 106 osobom (88%), z czego 65 osób (54%) było w stanie wskazać typowe objawy BDD. Najbardziej pożądana była według studentów współpraca kosmetologa z lekarzem dermatologiem (120, 99%), psychologiem (56, 46%) oraz chirurgiem plastycznym (53, 44%), a tylko 28 (23%) dostrzegało potrzebę współpracy z lekarzem psychiatrą.

Wnioski: Większość studentek zna pojęcie psychodermatoz, a ponad połowa potrafi wskazać typowe objawy BDD. Dostrzegają one potrzebę współpracy kosmetologa z lekarzem dermatologiem, natomiast nie doceniają roli psychiatry w tym zakresie.

Słowa kluczowe: body dysmorphic disorder, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania, studenci

ABSTRACT

Introduction: Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a syndrome characterized by excessive anxiety caused by a non-existent or minimal physical defect. Despite that the disease affects up to 2% of general population, the awareness of this problem seems not widespread. The knowledge of psychodermatology among cosmetology students has not been studied until now.

Aim of the study: To assess the knowledge of psychodermatology, and especially BDD among students of cosmetology.

Material and methods: A questionnaire survey of 121 students of cosmetology (master course, either full-time or part-time) at the Jagiellonian University Faculty of Pharmacy, Krakow, Poland.

Results: The concept of psychodermatology and BDD was known to 106 of 121 students (88%), while 65 respondents (54%) were able to indicate typical symptoms of BDD. The students appreciated the need for cooperation between cosmetologists and dermatologists (120, 99%), psychologists (56, 46%) and plastic surgeons (53, 44%) while only 28 (23%) recognized the need for collaboration with a psychiatrist.

Conclusions: The majority of cosmetology students knows the concept of psychodermatology, and more than a half of them can indicate symptoms typical of BDD. They appreciate the need for collaboration with a dermatologist, while underestimating the role of the psychiatrist with this respect.

Key words: body dysmorphic disorder, mental disorders, behavioral disorders, students

Wprowadzenie

Psychodermatologia to nowa dziedzina medycyny integrująca osiągnięcia psychiatrii i dermatologii [1]. Powiązanie tych dziedzin wynika z tego, że naskórek i układ nerwowy wywodzą się z tego samego listka zarodkowego – ektodermy [2, 3]. Psychodermatologia zakłada, że m.in. na skutek wspólnego pochodzenia oraz wydzielenia tych samych mediatorów, co zapewnia im doskonałą komunikację, występują ściśle zależności między chorobami psychicznymi a dermatologicznymi, jako wyraz interakcji pomiędzy umysłem a skórą [3].

Tabela I: Podział chorób dermatologicznych z objawami psychiatrycznymi wg Jafferany'ego [4]

Table I: Division of dermatologic disorders with psychiatric symptoms according to Jafferany [4]

Dermatologiczne zaburzenia z symptomami psychiatrycznymi <i>Dermatological symptoms with psychiatric disorders</i>
Dermatoza wywołana / <i>Self-inflicted dermatitis</i>
Parazytoza urojona / <i>Delusions of parasitosis</i>
Stany fobii / <i>Phobic states</i>
Dysmorfobia / <i>Dysmorphophobia</i>
Trichotilomania / <i>Trichotillomania</i>
Zaburzenia odżywiania / <i>Nutrition disorders</i>
Samouszkodzenia o podłożu nerwicowym / <i>Neurotic excoriations</i>
Świąd psychogeny / <i>Psychogenic pruritus</i>
Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne / <i>Obsessive-compulsive disorder</i>

Według Jafferany'ego [4] zaburzenia psychodermatologiczne dzielą się na 4 grupy: zaburzenia psychologiczne w przebiegu łuszczycy i atopowego zapalenia skóry, zaburzenia psychiatryczne z symptomami dermatologicznymi – w tym dysmorfobia (tab. I), dermatologiczne zaburzenia z symptomami psychiatrycznymi w przebiegu bielactwa i łysienia plackowatego oraz inne (m.in. zespół zaburzonego czucia skórznego, zespoły psychogennej plamic) [4]. Dysmorfobia (*Body Dysmorphic Disorder*, BDD) jest zaburzeniem somatycznym polegającym na skrajnie negatywnej ocenie własnego wyglądu, która prowadzi do znacznego zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu [5]. Jest to choroba, w której subiektywne objawy dotyczą skóry, a osoba chora wyróżnia się nieustannym kierowaniem uwagi na defekt we własnym wyglądzie, często wyolbrzymiony lub nieistniejący [6]. Charakteryzuje się nieadekwatnym, subiektywnym odczuciem własnej brzydoty i/lub przekonaniem o obecności defektu kosmetycznego lub zniekształcenia ciała. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów (ICD-10) dysmorfobia jest zaburzeniem hipochondrycznym (F 45.2). Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) kryteria rozpoznawania dysmorfobii są następujące [7, 8]:

1. Nadmierne zaabsorbowanie wyimaginowanym defektem w swoim wyglądzie. Jeśli występuje realnie istniejący defekt, to jest on niewielki, a jego przeżywanie jest nadmierne.
2. Zaabsorbowanie wyimaginowanym (lub rzeczywistym niewielkim) defektem jest powodem cierpienia lub zaburzenia funkcjonowania społecznego na wszystkich ważnych polach.
3. Objawy nie wynikają z obecności innych zaburzeń psychicznych (np. braku satysfakcji z kształtów i rozmiarów swojego ciała w przebiegu jadłowstrętu psychicznego).

Obecnie nie ma potwierdzonych danych na temat przyczyn rozwoju dysmorfobii, ale wiadomo, że znaczenie mają zarówno czynniki psychologiczne, jak i neurobiologiczne. W zależności od

przeprowadzonych badań, częstość występowania BDD ocenia się na 0,7-2,3% populacji ogólnej [9, 10].

Cel pracy

Celem badania było określenie świadomości zagadnień psychodermatologii, a w szczególności poziomu wiedzy na temat BDD wśród studentów studiów magisterskich na kierunku kosmetologia oraz poznanie opinii studentów o istotności tego zagadnienia w codziennej praktyce kosmetologa, współpracy kosmetologa z lekarzem oraz psychologiem, a także sposobu postępowania w przypadku kontaktu z osobami z zaburzeniami psychodermatologicznymi.

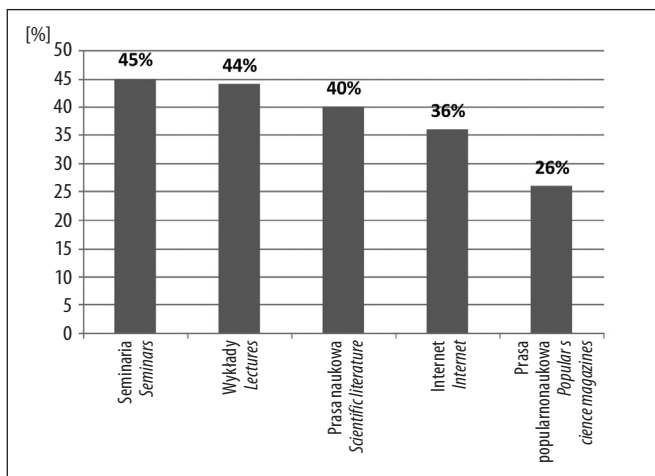
Materiał i metody

Badanie ankietowe objęło 121 studentek kierunku kosmetologia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego (studia II stopnia), studiów stacjonarnych oraz studiów niestacjonarnych I i II roku. Autorska ankieta składała się z 13 pytań zamkniętych jedno- lub wielokrotnego wyboru. W ankiecie pytano o znajomość zagadnień psychodermatoz, w szczególności objawów BDD, a także o opinię na temat przydatności tej wiedzy w praktyce kosmetologa. Ponadto pytano, czy problematyka BDD była nowa i do tej pory nieznaną respondentom, czy jej znajomość jest dla nich istotna, czy powinna być uwzględniana w programie studiów, a także czy zdobyta wiedza wpływa na sposób postrzegania tego problemu. Respondenci odpowiadali także na pytania o częstość występowania objawów BDD wśród ich klientów. Zapytano ponadto o opinię na temat potrzeby współpracy kosmetologa z psychologiem, dermatologiem, psychiatrą i chirurgiem plastycznym.

Wyniki

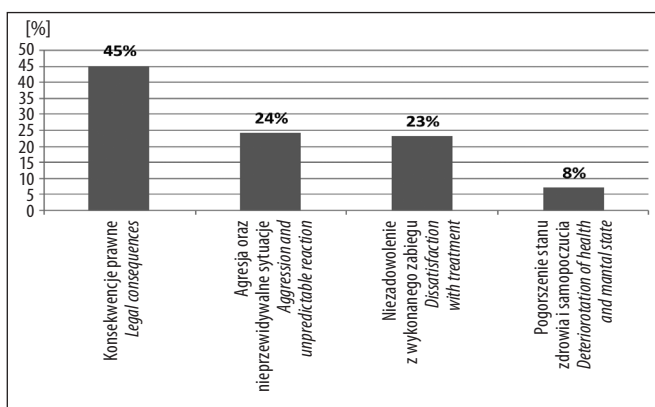
Zebrano 121 kompletnych ankiet, wypełnionych przez studentki magisterskich studiów stacjonarnych I roku (27 osób, 22%), studiów niestacjonarnych I roku (34 osoby, 28%), studiów stacjonarnych II roku (29 osób, 24%) oraz studiów niestacjonarnych II roku (31, 26%). Wiek badanych wahał się od 23 do 44 lat (mediana 24 lata). W gronie ankietowanych w zawodzie kosmetologa pracowały 44 (36%) osoby, większość (29 osób, 70%) w małym zakładzie kosmetycznym, a następnie w salonach Spa i Wellness (9 osób, 22,5%) oraz sieciowych zakładach kosmetycznych (6 osób, 7,5%).

Spośród 121 respondentów pojęcia psychodermatologii i BDD były znane 106 osobom (88%), a więcej o 2 osoby – 108 (89%) uważało, że wiedza z zakresu psychodermatoz jest ważna w pracy kosmetologa. 65 osób (54%) było w stanie wskazać typowe objawy BDD. Podane przez studentki źródła wiedzy na temat BDD przedstawia rycina 1. Zdecydowana większość studentek (108 osób, 89%) wyraziła przekonanie, że słusznie uwzględnia się zagadnienia z zakresu psychodermatologii w programie studiów na kierunku kosmetologia. W opinii 87 osób (72%) ich wiedza o psychodermatozach wzrosła po przeprowadzonych zajęciach, 84 osoby (69%) uważały, że zajęcia poruszające tę tematykę były potrzebne, 23 osoby (19%) stwierdziły, że nabyta wiedza pomogła im w lepszym zrozumieniu i skuteczniejszej pomocy dotkniętym BDD osobom pojawiającym się w gabinecie kosmetycznym. Tyle samo osób było zdania, że przez uczestnictwo w zajęciach na temat psychodermatoz uzyskało większą świadomość powszechności i wagi tego problemu. W opinii wszystkich ankietowanych znajomość zagadnień psychodermatoz w praktyce kosmetologa była bardzo istotna, 92 osoby (76%) uznały tę tematykę za bardzo ważną, 19 osób (16%) za raczej ważną, dalsze 10 respondentów (8%) stwierdziło, że znajomość ta może być ważna w określonych sytuacjach. 50 osób (41%) deklarowało chęć udzielania pomocy osobom z psychodermatozami,



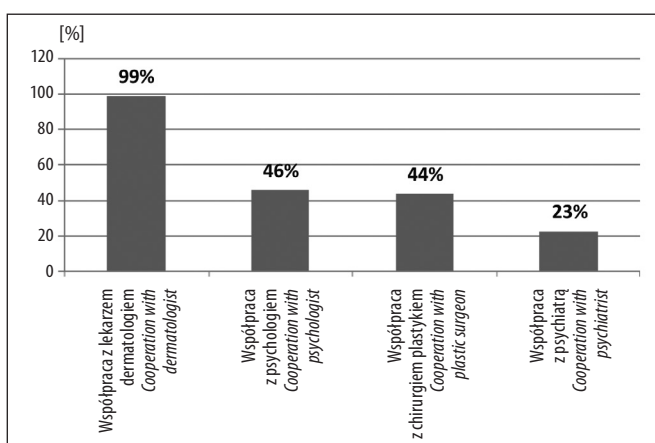
Ryc. 1. Źródła wiedzy na temat psychodermatologii w grupie ankietowanych studentek

Fig. 1. Sources of knowledge about psychodermatology among the participating students



Ryc. 2. Najgroźniejsze w opinii ankietowanych ryzyka kontaktów w pracy kosmetologa z osobą chorą na BDD

Fig. 2. The most dangerous consequences in relation to of contacts with BDD patients as perceived by cosmetologists



Ryc. 3. Preferencje kosmetologów w odniesieniu do współpracy z innymi specjalistami

Fig. 3. The preferences of cosmetologists with regarding to collaboration with other specialists

natomiast 16 ankietowanych (13%) obawiało się niezadowolenia ze strony chorych na BDD. W swojej praktyce zawodowej więcej niż połowa ankietowanych (76 osób, 63%) spotkała osoby, które mogły wykazywać obecność zaburzeń związanych z BDD, na co mogłoby wskazywać wyrażane poczucie nieatrakcyjności (zetknięto się z tym

65 respondentek, 54%), poczucie bycia niefotogenicznym (34, 28%), poczucie przygnębienia (33, 27%), poczucie własnej brzydoty oraz ciągłe dążenie do zmiany i poprawy swojego wyglądu (31, 26%), niechęć do własnego odbicia w lustrze (29, 24%) oraz wyrażanie niezadowolenia z efektów wybranego zabiegu (25, 21%). 51 respondentów (42%) nie zdecydowałoby się na wykonanie zabiegu u osób z podejrzeniem zaburzenia na tle psychicznym. Obawy kosmetologów przed potencjalnymi konsekwencjami pracy z pacjentami z BDD podsumowuje rycina 2. Wszyscy ankietowani uważali, że współpraca z lekarzami medycyny różnych specjalności jest konieczna. Spośród ankietowanych 86 osób (71%) uzasadniało konieczność współpracy ze specjalistami potrzebą udzielenia kompleksowej pomocy choremu, 35 ankietowanych (29%) podkreśliło większe doświadczenie lekarzy niż kosmetologów w postępowaniu z chorymi na BDD (ryc. 3).

Omówienie

Dysmorfobia jest chorobą dotyczącą 1-2% populacji na całym świecie [11]. Nie można jednoznacznie określić, czy BDD występuje częściej u kobiet czy mężczyzn [12]. Jedne badania wskazują, że BDD dotyczy obojga płci w tym samym stopniu, a inne podają częstsze występowanie tego zaburzenia u kobiet [13, 14]. Pacjenci dotknięci tą chorobą charakteryzują się niezadowoleniem ze swojego wyglądu lub znaczącym wyolbrzymianiem nieistniejącego lub znikomego defektu. Osoby chore na BDD wykazują poczucie przygnębienia oraz ciągłego smutku, który może sugerować zaburzenia depresyjne [15]. Mają one tendencję do ambiwalentnych reakcji – z jednej strony nadmiernego obserwowania i maskowania wyolbrzymianych lub urojonych wad własnego wyglądu, z drugiej niechęci do patrzenia w lustro, gdyż widok własnego ciała budzi ich odrazę [16]. Osoba cierpiąca na BDD charakteryzuje się skrajnym niezadowoleniem z własnego wyglądu, ciągłą chęcią jego poprawy, a także wyszukiwaniem osób, które mogłyby pomóc im zatuszować lub zretuszować defekty. Z tym problemem zwracają się do lekarzy różnych specjalności: chirurgów plastycznych i dermatologów, ale również ortodontów [17]. Zdarza się również, że wymuszają niepotrzebne zabiegi, a wobec braku oczekiwanego efektu szukają pomocy u innych specjalistów. Studenci kosmetologii uczestniczący w naszym badaniu spotykali się z podobnymi symptomami u swoich klientów, głównie poczucia nieatrakcyjności (54%), brzydoty (26%), ciągłej chęci poprawy swojego wyglądu (26%), a także niechęci do własnego odbicia w lustrze, co mogłoby wskazywać na dysmorfofobię.

Według Szepietowskiego i wsp. [18] świadomość problemu BDD wśród dermatologów jest niezbędna do szybkiego skierowania osoby podejrzanej o zaburzenia dysmorficzne do psychiatrii [15]. Nierzadko kompulsywne dążenie do poprawy swojego wyglądu kieruje osoby chore na BDD również do kosmetologów z żądaniem różnych, często bezzasadnych zabiegów upiększających. Ze względu na to, że BDD należy do problemów psychicznych, bardzo ważna jest umiejętność szybkiego rozpoznania przez kosmetologa osoby podejrzanej o takie zaburzenia. Tymczasem w bazie PubMed, wśród artykułów z lat 1969-2012 nie odnaleziono ani jednej publikacji z badań znówomości BDD wśród kosmetologów (przeszukiwanie z użyciem słów kluczowych [„Body dysmorphic disorder” AND „cosmetics”], [„Body dysmorphic disorder” AND {„beauty salon” OR „SPA”}], [“Body dysmorphic disorder” AND {„beautician” OR „cosmetologist”}], [„Body dysmorphic disorder” AND „cosmetology”]).

Prawie połowa respondentów w naszym badaniu wskazała na konieczność współpracy kosmetologa z chirurgiem plastykiem (44%). Jak podają Shridharani i wsp. [19], BDD jest najczęściej spotykanym zaburzeniem wśród pacjentów poszukujących pomocy u chirurgów plastyków. Autorzy podkreślają, że 5-15% pacjentów zgłaszających chęć wykonania operacji plastycznej ma obsesję na

punkcie nieistniejącego lub prawie niezauważalnego defektu [19]. Dlatego zarówno wszyscy specjaliści wykonujący zabiegi medycyny estetycznej i chirurgii estetycznej, jak też kosmetolodzy powinni być świadomi objawów BDD. Szczególnie ważna jest umiejętność rozpoznawania niepokojących zachowań, takich jak zwracanie na siebie przesadnej uwagi, nadmierna emocjonalność czy niestabilność nastroju [19].

Pracownicy służby zdrowia są zagrożeni działaniami prawnymi ze strony ewentualnych pokrzywdzonych, a nawet przemocą fizyczną, dlatego też świadomość powyższych konsekwencji jest niezwykle istotna w aspekcie prewencji [20]. W analizie Malicka i wsp. [21] większość pacjentów z BDD była niezadowolona z wybranych procedur, którym się poddają (mowa tu w szczególności o operacjach plastycznych). Niektórzy z pacjentów obwiniają lekarzy o błędne wykonanie zabiegu i nierzadko zgłaszają roszczenia na drodze sądowej. Duża część pacjentów cierpiących na BDD staje się podczas konsultacji agresywna nie tylko wobec lekarzy, ale również samych siebie [21]. Osoby cierpiące na BDD mają nieuzasadnione, wyolbrzymione oczekiwania, których niespełnienie może wywołać agresję [16, 19, 21, 22]. Nasi respondenci byli świadomi zagrożenia ze strony osób chorych na BDD, z którymi kosmetolodzy mogą zetknąć się w swojej praktyce zawodowej. Ankietowani najbardziej obawiali się konsekwencji prawnych (oskarżeń, zarzutów i kosztów ewentualnych odszkodowań) oraz nieprzewidywalnych reakcji ze strony chorych na BDD.

Według Phillipsa i wsp. [22] 25% pacjentów z BDD ma skłonności samobójcze z powodu braku akceptacji swojego wyglądu [22]. Malick wskazuje, że pacjenci z tego typu problemami najczęściej poszukują pomocy dermatologa i chirurga plastyka, zamiast zwrócić się do psychiatry [21]. Wynika to może ze społecznego przeświadczenia, że wizyta u psychiatry jest sprawą wstydliwą. Także ankietowani studenci kosmetologii, odpowiadając na pytanie dotyczące potrzeby współpracy ze specjalistami, wskazywali głównie na lekarzy dermatologów (99%), a tylko niewielka ich grupa (23%) dostrzegła konieczność współdziałania z psychiatrą. Takie nastawienie nie jest prawidłowe, gdyż kontakt z dermatologiem jest często formą zastępczą, nieadekwatną do wagi problemu, zaś pacjenci powinni zostać skierowani do psychiatry, ponieważ BDD należy do kręgu zaburzeń psychicznych. Należy podkreślić konieczność konsultacji psychiatrycznej lub psychologicznej osób chorych na dysmorfofobię. Badania z ostatnich lat wskazują, że cennym uzupełnieniem tradycyjnych form leczenia niektórych chorób psychodermatologicznych może być umiejętne stosowanie technik relaksacyjnych [23]. Również psychoterapia poznawczo-behawioralna może poprawić ogólną jakość życia chorych oraz polepszyć ich funkcjonowanie psychospołeczne [24]. Ponieważ brak wsparcia społecznego dla chorych może skutkować nasileniem objawów BDD, szczególnie ważne jest zrozumienie i akceptacja chorego nie tylko ze strony bliskich, ale także innych osób darzonych przez pacjenta zaufaniem, w tym również kosmetologów [20].

Wnioski

- Większość studentek kosmetologii zna pojęcie psychodermatologii, a ponad połowa potrafi wskazać typowe objawy BDD. Źródłem wiedzy w tym zakresie jest dla nich przede wszystkim nauczanie akademickie oraz literatura fachowa.
- Zdecydowana większość studentek uważa, że wiedza z zakresu psychodermatologii jest dla nich ważna i powinna znaleźć się w programie studiów z zakresu kosmetologii.
- Prawie wszystkie studentki są przeświadczone, że w zakresie opieki nad chorymi na BDD najistotniejsza jest współpraca kosmetologa z lekarzem dermatologiem, a tylko nieliczne dostrzegają potrzebę współdziałania z lekarzem psychiatrą.

Piśmiennictwo

- Barańska-Rybak W, Nowicki R, Jakuszkowiak K, i wsp. *Psychodermatologia – nowa dziedzina medycyny*. Przew Lek. 2005;1:50-55.
- Mercan S, Kivanc Altunay I. *Psychodermatology: A collaborative subject of psychiatry and dermatology*. Turk J Psych. 2006;17:1-9.
- Bogaczewicz J, Kuryłek A, Woźniacka A, i wsp. *Psychoneuroimmunologia a skóra*. Derm Klin. 2008;10:108-111.
- Jafferany M. *Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders*. Prim Caron Companion J Clin Psychiatry. 2007;9:203-213.
- Kaymak Y, Taner E, Şimşek I. *Body Dysmorphic Disorder in University Students with Skin Diseases Compared with Healthy Controls*. Acta Derm Venereol 2009;89:281-284.
- Bogaczewicz A, Sobów T, Bogaczewicz J, i wsp. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w praktyce dermatologicznej*. Derm Klin. 2012;14:83-88.
- Haduch I, Sysa-Jędrzejowska A, Zalewska-Janowska A. *Zmiany skórne powstające w wyniku samouszkodzeń*. Derm Klin. 2006;8:288-290.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV Edition. DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1995.
- Rabe-Jabłońska J. *Dysmorfofobia*. *Obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania, rozpowszechnienie, przebieg, leczenie*. Psychiatr Pol. 1998;32:133-142.
- Otto WM, Wilhelm S, Cohen LS i wsp. *Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women*. Am J Psychiatry. 2001;158:2061-2063.
- Pollice R, Bianchini V, Giuliani M, i wsp. *Early diagnosis of dysmorphic disorder and others dysmorphic disorders: a possible operative model*. Clin Ter. 2009;160:5-10.
- Polo M. *Body dysmorphic disorder: A screening guide for orthodontists*. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;139:170-173.
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, i wsp. *The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population*. CNS Spectr. 2008;13:316-322.
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, i wsp. *The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey*. Psychol Med. 2006;36:877-885.
- Taillon A, O'Connor K, Dupuis G, i wsp. *Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder*. Psychol Psychother. 2011; doi: 10.1002/cpp.767 (in print)
- Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, i wsp. *Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris*. J Am Acad Dermatol. 2007;57:222-230.
- Scott SE, Newton JT. *Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry*. Dent Update. 2011; 38: 112-114, 117-118.
- Szepietowski JC, Salomon J, Pacan P, i wsp. *Body dysmorphic disorder and dermatologists*. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22:795-799.
- Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, i wsp. *Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review*. Plast Reconstr Surg. 2010;126:2243-2251.
- Marques L, Weingarden HM, LeBlanc NJ i wsp. *The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender*. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33:238-244.
- Malick F, Howard J, Koo J. *Understanding the psychology of the cosmetic patients*. Dermatol Ther. 2008;21:47-53.
- Phillips KA, Coles ME, Menard W, i wsp. *Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder*. J Clin Psychiatry. 2005; 66:717-725.
- Bogaczewicz J, Kuryłek A, Woźniacka A, i wsp. *Techniki relaksacyjne w psychodermatologii*. Derm Klin. 2008;10:223-225.
- Bogaczewicz A, Sobów T, Bogaczewicz J, i wsp. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna w psychodermatologii*. Derm Klin. 2010;12:268-271.

Praca wpłynęła do Redakcji: 2012.04.23. Zaakceptowano do druku: 2012.12.17.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
ul. Medyczna 9, 30-688 Kraków
tel.: +48 12 620 58 30
faks: +48 12 620 56 45
e-mail: dermatolog.pl@gmail.com