

## Body Dysmorphic Disorder

Dessy Nurlita<sup>1</sup>, Rika Lisiswanti<sup>2</sup>

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Bagian Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Citra tubuh merupakan hal yang penting bagi jutaan manusia, diketahui 93% wanita dan 87% pria peduli terhadap penampilannya, namun dibalik obsesi yang berlebihan terhadap penampilan dapat menyebabkan gangguan dismorfik tubuh atau *Body Dysmorphic Disorder* (BDD). *Body Dysmorphic Disorder* adalah preokupasi mengenai kerusakan atau kecacatan dalam penampilan fisik dan menyebabkan distress dan penurunan fungsi sosial. Istilah BDD awalnya dikategorikan sebagai *dysmorphophobia* untuk menyebut perilaku tertentu yang menganggap suatu bagian tubuh tertentu pada dirinya merupakan hal yang buruk. BDD cenderung berkembang saat memasuki usia remaja sekitar 16-17 tahun, dengan onset rata-rata pada usia 15 tahun. BDD mempengaruhi 2,4% dari populasi umum dan dilaporkan mempengaruhi sebanyak 7-15% dari mereka yang menjalani operasi guna kepentingan kosmetik. Prevalensi BDD tampaknya secara signifikan lebih tinggi di antara orang yang menerima dermatologi perawatan setinggi 11,9% dalam suatu studi. Seseorang dengan BDD meyakini bahwa tubuhnya tidak proporsional yang kemudian membawa mereka untuk memandang diri mereka negatif, sehingga mereka mengalami rendah diri, kecemasan, malu, dan kesedihan. BDD dapat timbul karena adanya banyak faktor pendukung bukan terbentuk dari kerusakan tunggal, melainkan dari manifestasi multipel faktor seperti biologis, psikologis, dan sosiokultural.

**Kata Kunci** : body dysmorphic disorder, dysmorphophobia

## Body Dysmorphic Disorder

### Abstract

Body image is important for millions of people, it is known that 93% of women and 87% men concerned about their looks, but behind the excessive obsession can lead to the appearance of body dysmorphic disorder or body dysmorphic disorder (BDD). BDD is a preoccupation of the damage or defect in physical appearance and causes distress and decreased social function. The term BDD was initially categorized as *dysmorphophobia* to describe behaviors that assume a specific body parts on himself is a bad thing. BDD tends to grow when a teenager of about 16-17 years, with an average onset at the age of 15 years. BDD affects 2.4% of the general population and is reported to affect as many as 7-15% of those who underwent surgery for cosmetic interest. The prevalence of BDD were significantly higher among those who received the treatment in dermatology as high as 11.9% in a study. Individuals with BDD believe that his body is not proportional then brings them to view themselves negatively, so they have low self-esteem, anxiety, shame, and sorrow. BDD can arise because of the many contributing factors are not formed from a single defect, but the manifestation of multiple factors such as biological, psychological, and sociocultural.

**Keywords** : body dysmorphic disorder, dysmorphophobia

Korespondensi : Dessy Nurlita, alamat Wisma Pusvita Jl. Bumi Manti II no.21, Kampung Baru, Labuhan Ratu, Bandar Lampung, HP 082183471002, e-mail :dessynurlita9@gmail.com

### Pendahuluan

Jutaan manusia memiliki obsesinya sendiri, dan dari keseluruhan obsesi yang ada obsesi yang paling banyak ditemukan adalah obsesi mengenai bagaimana mereka dapat terlihat, dengan segala kekurangan yang tampak pada penampilan masing-masing individu atau obsesi terhadap penampilan fisik individu.

Berdasarkan data statistik terbaru diketahui bahwa dari 30.000 orang di US, dinyatakan 93% wanita dan 87% pria peduli terhadap penampilannya dan memiliki upaya untuk memperbaiki penampilannya. Dari data tersebut dapat dinyatakan bahwa banyak sekali orang yang tidak puas terhadap *body image*. Distorsi citra tubuh yang terlalu berlebihan dapat

berkembang menjadi gangguan yang disebut *Body Dysmorphic Disorder*.<sup>1</sup>

*Body Dysmorphic Disorder* (BDD) adalah preokupasi mengenai kerusakan atau kecacatan dalam penampilan fisik dan menyebabkan *distress* dan penurunan fungsi sosial. Nilai-nilai sosial dan media massa sangat mempengaruhi citra tubuh dan pada akhirnya turut mempengaruhi citra diri. Kebanyakan orang memiliki kekhawatiran yang terkait dengan penampilan; namun, kekhawatiran ini dianggap patologis ketika mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan. BDD menyebabkan penderitaan atau kerusakan yang signifikan dalam kesehatan jiwa pasien.<sup>2,3,4</sup>

Pasien dengan BDD memiliki kecenderungan menjadi pasien rumah sakit jiwa (48%), pengangguran (31%), hingga kejadian bunuh diri (22-24%), hal tersebut dapat terjadi akibat sikap pasien yang mengisolasi diri dari kehidupan sosial dan memiliki kesulitan dalam menjalin hubungan antar individu. BDD termasuk kejadian yang cukup langka bukti yang nampak pada suatu komunitas diketahui bahwa prevalensi BDD hanya sekitar 1 – 1,5%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada pasien psikiatri dan pasien bedah rekonstruksi dan estetika. Dalam hal kesehatan mental, gangguan ini lebih tersembunyi karna mayoritas pasien merasa tidak bermasalah dan tidak ada tekanan akibat perasaan malu maupun stigma yang muncul di masyarakat.<sup>4</sup>

## Isi

*Body Dysmorphic Disorder* (BDD) adalah preokupasi mengenai kerusakan atau kecacatan dalam penampilan fisik dan menyebabkan *distress* dan penurunan fungsi sosial. Penyakit ini tergolong sebagai suatu penyakit yang agak jarang ditemukan dan diteliti dibandingkan dengan masalah kesehatan mental lainnya. Pada keadaan ini pasien mengalami ketidakpuasan yang ekstrim terhadap penampilan. Ini menjelaskan kondisi seseorang yang terus menerus merasa cemas dengan kekurangan fisik yang minor atau bahkan permasalahan pada citra tubuh dirinya. Orang yang mengalami BDD tidak

hanya bisa merasa tertekan tetapi bahkan bisa gagal dalam menjalankan aktifitas sehari-hari baik itu bekerja, belajar, maupun aktifitas lainnya. Preokupasi ini paling sering melibatkan hidung, telinga, wajah, rambut, atau fitur yang berhubungan dengan seksualitas (misalnya payudara pada wanita atau berotot atau penis ukuran pada pria); Namun, bagian tubuh manapun dapat menempati fokus pasien.<sup>2,3</sup>

Istilah BDD awalnya dikategorikan sebagai *dysmorphophobia* (yang berarti menjadi jelek). Istilah tersebut pertamakali diciptakan oleh dokter dari Italia yang bernama Enrico Morselli pada abad ke-19. *Dysmorphophobia* digunakan untuk menyebut perilaku tertentu yang menganggap suatu bagian tubuh tertentu pada dirinya merupakan hal yang buruk. Namun *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (4th Ed)*, menyatakan bahwa istilah *dysmorphophobia* dapat menimbulkan kekeliruan persepsi terhadap *phobia* tertentu. Sehingga istilah *dysmorphophobia* berganti nama menjadi *body dysmorphic disorder* untuk mencegah adanya kekeliruan istilah klinis.<sup>5,6</sup>

*Body Dysmorphic Disorder* cenderung berkembang saat memasuki usia remaja sekitar 16-17 tahun, dengan onset rata-rata pada usia 15 tahun. Seorang individu mulai memperhatikan penampilannya pada usia 12 atau 13 tahun, dan sikapnya yang demikian akan terus berkembang untuk menentukan kriteria diagnostik. Beberapa individu memungkinkan mengalami onset mendadak dari BDD. Kondisi dapat juga terjadi pada orang dewasa yang lebih tua yang terlalu peduli dengan penampilan penuaan mereka. Berlangsungnya BDD biasanya berlangsung secara terus menerus. Kelainan ini sedikit lebih banyak dialami oleh perempuan (2,4%) dibandingkan laki-laki (2,2%) dari jumlah pasien dewasa di Amerika Serikat.<sup>6</sup>

Data menunjukkan bahwa kualitas hidup dan fungsi psikososial setidaknya sama buruk pada pasien dengan BDD seperti pada orang-orang dengan obsesif-kompulsif (OCD). BDD dikaitkan dengan tingginya tingkat rawat inap (48%), serta tinggi tingkat keinginan bunuh diri dan upaya. Sebuah sejarah ide bunuh diri

terutama disebabkan BDD dilaporkan dalam 45-70% dari mereka dengan BDD, dan usaha bunuh diri terakhir yang dilaporkan pada 22-24%.<sup>7,8,9,10</sup>

*Body Dysmorphic Disorder* mempengaruhi 2,4% dari populasi umum dan dilaporkan mempengaruhi sebanyak 7-15% dari mereka yang menjalani operasi guna kepentingan kosmetik. Prevalensi BDD tampaknya secara signifikan lebih tinggi di antara orang yang menerima perawatan dermatologi yaitu setinggi 11,9% dalam suatu studi. Orang dengan BDD yang memilih untuk menjalani operasi plastik pada umumnya senang dengan hasil operasi kemudian mengalami permasalahan dengan bagian tubuh yang lain. Mereka sering dihantui oleh pikiran tentang lain pasca operasi. Ahli bedah dan ahli kulit kadang-kadang menjadi korban kekerasan, bahkan pembunuhan, oleh pasien BDD yang putus asa atas hasil prosedural mereka.<sup>4,11,12</sup>

Saat ini, patofisiologi BDD dipahami hanya sejauh yang sangat terbatas; Namun, studi mengenai BDD terus dilakukan dari mengembangkan berbagai teori. BDD bukan terbentuk dari kerusakan tunggal, melainkan dari manifestasi multipel faktor seperti biologis, psikologis, dan sosiokultural. Beberapa komponen yang berpotensi memicu perkembangan dari BDD sudah diidentifikasi. Namun urutan tertentu peristiwa yang pada akhirnya menyebabkan gangguan ini sulit untuk ditentukan.<sup>13</sup>

Beberapa faktor kunci berperan dalam etiologi dan patofisiologi BDD. Pertama faktor biologis, perubahan kelainan neuroanatomi, ketidaksesuaian proses visual, perubahan neurotransmitter, dan predisposisi genetik berkontribusi pada BDD. Faktor psikologis seperti kesulitan pada masa kanak-kanak, sifat individu secara pribadi, dan berbagai teori belajar juga berkontribusi. Terakhir peranan dari gender, *culture*, dan media masa sebagai faktor yang penting.<sup>13</sup>

Selain model neuroanatomik, neurokimia, dan genetik untuk menjelaskan BDD, beberapa model kognitif-perilaku telah dikembangkan. Hal ini diakui bahwa kebanyakan orang tidak puas dengan setidaknya 1 aspek

penampilan mereka; karakteristik sinyal penderita BDD adalah bahwa mereka terobsesi dengan cacat yang dirasakan tersebut.<sup>4,18</sup>

Individu dengan BDD diyakini menggunakan proses kognitif maladaptif yang terlalu menekankan pentingnya daya tarik yang dirasakan. Dengan logika ini, penekanan yang tidak proporsional terhadap daya tarik fisik membawa mereka untuk melihat diri mereka negatif, sehingga mereka mengalami rendah diri, kecemasan, malu, dan kesedihan, sering melaporkan ke metode koping maladaptif seperti memandangi cermin atau penghindaran terhadap hal yang membuat mereka sadar akan kekurangan fisik.<sup>13,14</sup>

Gambaran klinis BDD yang tampak yaitu Pasien dengan BDD merasa terdorong untuk melakukan perilaku untuk mengonfirmasi kekurangan/kecacatan yang dirasakan secara berulang-ulang (kompulsif). Perilaku tersebut termasuk kompulsif memeriksa cermin, menghindari cermin kompulsif, kompulsif perawatan (misalnya, menyisir rambut, mencabut rambut, atau menerapkan tata rias), dan berulang-ulang membandingkan cacat dirasakan dengan tubuh orang lain.<sup>4,16</sup>

Pasien biasanya memerlukan waktu 1 jam lebih, terkadang hingga 8 jam setiap harinya dalam berfikir maupun berperilaku mengenai kekurangan tubuh yang dirasakan. Pasien dengan edukasi yang rendah cenderung menghabiskan waktu lebih lama untuk berurusan dengan kecacatan yang dibayangkannya.<sup>4,16</sup>

Beberapa pasien BDD terkadang memerlukan orang lain untuk menghibur dan meyakinkan pasien bahwa kekurangan yang dirasakan adalah hal yang normal bukan hal yang buruk. Pasien juga sering melakukan kunjungan ulang ke dermatologis ataupun melakukan rujukan kosmetik untuk memperbaiki kecacatan.<sup>13,16</sup>

Pasien dengan BDD cenderung menemukan situasi sosial yang sulit karena kecenderungan mereka yang takut bahwa orang lain akan menemukan/ menyadari kecacatan pada diri pasien. Mereka biasanya sulit untuk menjalin hubungan dengan teman sebaya,

keluarga, dan pasangan. Beberapa pasien bolos sekolah atau bekerja berulang kali. Banyak melakukan *housebound* (isolasi sosial). Sekitar 30% dari pasien BDD telah *housebound* di beberapa titik selama minimal 1 minggu karena obsesi mereka.<sup>15,16</sup>

Untuk menetapkan diagnosis berdasarkan gejala yang nampak maka perlu diajukan 4 pertanyaan berikut ini: 1.) Apakah anda khawatir dengan penampilan anda? jika ya, apakah anda berfikir bahwa penampilan anda adalah suatu masalah dan berharap kamu tidak terlalu memikirkannya? 2.) Berapa waktu rata-rata setiap harinya anda memikirkan bagaimana penampilan anda? (a) Kurang dari 1 jam per hari; (b) 1-3 jam per hari; (c) lebih dari 3 jam per hari. 3.) Apakah perhatian utama anda dalam penampilan mengenai keadaan anda yang terlalu kurus atau terlalu gemuk? 4.) Bagaimana masalah tersebut mempengaruhi kehidupan anda? (a) Apakah hal tersebut membuat anda sering marah?; (b) Apakah itu sering terjadi saat anda bersama dengan teman, keluarga, atau pasangan anda?; (c) Apakah hal tersebut menyebabkan anda bermasalah dengan sekolah atau pekerjaan anda?; (d) apakah ada hal/benda yang anda hindari akibat penampilan anda?

Pasien dengan BDD biasanya akan memberikan jawaban berupa: Pertanyaan 1 Menjawab "Ya" pada kedua pertanyaan; Pertanyaan 2 menjawab (b) atau (c); Pertanyaan 3 apabila jawabannya "Ya" mungkin merupakan kecenderungan adanya BDD, tapi lebih tepat untuk menegaskan diagnosis pada *Eating Disorder*; Pertanyaan 4—Menjawab "Ya" pada 4 pertanyaan.

BDD diklasifikasikan sebagai *somatoform disorder* (gangguan tubuh) pada DSM IV. Untuk mengidentifikasi dan mendiagnosis BDD. Dengan menggunakan pertanyaan seperti diatas dan ditunjang dengan kriteria klinis maka diagnosis dapat ditegakkan. Namun pertanyaan harus tepat ditanyakan, karna pertanyaan yang kurang tepat dapat menunjukan hasil bahwa pasien tersebut depresi, sosial fobia, atau *obsessive compulsive disorder*.<sup>2,4,17</sup>

Kriteria diagnostik menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke-4 dapat di lihat pada tabel 1.

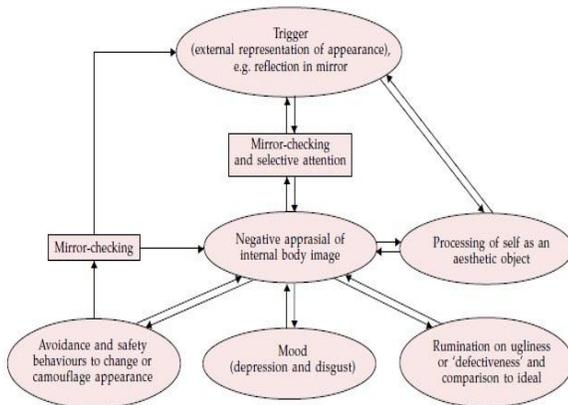
Tabel 1. Kriteria Diagnosis Menurut DSM IV<sup>4</sup>

No	Kriteria
1	Preokupasi dengan persepsi kecacatan pada penampilan. Jika ditemukan kelainan kecil pada fisik pasien, maka pasien akan memperhatikannya secara berlebihan
2	Preokupasi menyebabkan penderitaan klinis yang signifikan atau kegagalan dalam sosial, pekerjaan, ataupun hal penting lain
3	Preokupasi sebaiknya tidak disamakan dengan gangguan mental lainnya (misalnya ketidakpuasan bentuk tubuh dan ukuran pada <i>anorexia nervosa</i> )

Tahap awal untuk mengobati pasien dengan BDD yaitu dengan terapi non-farmakologis dengan cara menginterfensi psikologi pasien. Terapi yang dikenal dalam menangani pasien tersebut yaitu dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT). Penelitian yang ada menunjukkan bahwa terapi kognitif-perilaku (CBT) mungkin berpengaruh untuk BDD. Kebanyakan studi telah meneliti kombinasi komponen kognitif (misalnya, restrukturisasi kognitif yang berfokus pada perubahan asumsi terkait penampilan dan kepercayaan) dengan komponen perilaku, terutama terdiri dari paparan dan pencegahan respon untuk mengurangi penghindaran terhadap sosial dan perilaku kompulsif. Temuan dari penelitian neuropsikologis (seperti diulas di atas) mendukung penggunaan strategi kognitif-perilaku untuk membantu pasien mengurangi fokusnya pada detail kecil dari penampilan mereka dan justru membantu pasien agar melihat tubuh mereka lebih "holistik".<sup>18,19,20</sup>

Salah satu tantangan ketika merawat pasien dengan CBT adalah bahwa banyak dari mereka yang kurang termotivasi untuk pengobatan, karena wawasan yang buruk (misalnya, tidak menerima bahwa mereka memiliki penyakit jiwa diobati atau percaya bahwa mereka perlu perawatan kosmetik

daripada pengobatan kesehatan mental). Kesan klinis menunjukkan bahwa penggunaan teknik wawancara motivasi dapat sangat berguna. Selain itu, gejala BDD tertentu mungkin memerlukan teknik khusus, seperti penggunaan pelatihan kebiasaan reversal untuk perilaku kompulsif.<sup>16, 20</sup>



Gambar 1. Perilaku Kognitif pada pasien BDD<sup>16</sup>

Saat ini, CBT adalah satu-satunya pengobatan psikososial dengan dukungan empiris awal. Ditemukan beberapa pasien menolak CBT atau menghentikan terapi secara prematur. Oleh karena itu, pengobatan alternatif diperlukan. Psikoterapi interpersonal dapat menawarkan alternatif yang menjanjikan. Individu dengan BDD sering memiliki riwayat pelecehan emosional, konflik antarpribadi lama, dan mungkin menderita dari kecemasan sosial dan masalah intrapersonal. Psikoterapi interpersonal memungkinkan pasien untuk mengembangkan strategi yang lebih efektif untuk mengurangi tekanan interpersonal, rendahnya kepercayaan diri, dan perasaan depresi, yang dihipotesiskan untuk menjaga kekhawatiran citra tubuh.<sup>18</sup>

Terapi CBT akan berkesinambungan dengan terapi farmakologis yang diberikan. Tujuan dari farmakoterapi pada pasien dengan gangguan dismorfik tubuh (BDD) adalah untuk mengurangi gejala dan morbiditas dan mencegah komplikasi. *Inhibitor reuptake serotonin* (SSRI) berguna dalam pengobatan kondisi ini. Untuk sebagian besar, kelas-kelas lain dari obat, termasuk *antidepresan trisiklik* (TCA),

*benzodiazepin*, *neuroleptik*, dan antikonvulsan, *yield* minimal atau tidak ada perbaikan. Secara umum, penggunaan obat dianjurkan dalam hubungannya dengan intervensi psikososial.<sup>19,20</sup>

### Ringkasan

*Body dysmorphic disorder* merupakan suatu gangguan preokupasi dimana pasien mengalami obsesi berlebihan terhadap citra tubuhnya. Gangguan ini menyebabkan pasien berperilaku kompulsif untuk mengonfirmasi adanya kekurangan pada tubuhnya, dan menyebabkan pasien mengisolasi diri akibat ketakutan terhadap pandangan orang lain mengenai kekurangan fisiknya. Tatalaksana yang paling tepat untuk BDD adalah terapi dengan pendekatan *cognitive-behavioral therapy* sehingga pasien memiliki motivasi untuk sembuh dari gangguan tersebut.

### Simpulan

*Body Dysmorphic Disorder* merupakan suatu gangguan kognitif preokupasi yang membuat pasien merasa memiliki kekurangan/kecacatan pada penampilan secara berlebihan sehingga mengakibatkan pasien berperilaku kompulsif yang berhubungan dengan penampilannya. Beberapa faktor kunci berperan dalam etiologi dan patofisiologi BDD. Pertama faktor biologis, perubahan kelainan neuroanatomi, ketidaksesuaian proses visual, perubahan neurotransmitter, dan predisposisi genetik berkontribusi pada BDD.

### Daftar Pustaka

1. Katharibe A, Phillips B. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. England: Oxford University Press; 2005.
2. American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed*. Washington, DC.
3. Katharine A, Phillips B, William M, Christina F, Maria EP. *Psychosocial functioning and quality of life in body*

- dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2005 ; 46(4): 254–260.
4. Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. United Kingdom: Willey-Blackwell; 2010
  5. K indes MV. *Body Image*. New York: Nova Publisher; 2006.
  6. Gray SW, Zide MR. *Empowerment Series Psychopathology: A Competency-based Assessment model for social workers*. USA: Cengage Learning; 2015
  7. Didie ER, Walters MM, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, et al. A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Jul-Sep. 19(3):181-6.
  8. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Sep. 185(9):570-7.
  9. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2006 Mar-Apr. 47(2):77-87.
  10. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul. 163(7):1280-2.
  11. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008 Apr. 13(4):316-22.
  12. Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plastic Surgical Nursing*. 2008 Oct-Dec. 28(4):177-82
  13. Vashi NA. *Beauty and Body Dysmorphic Disorder: A Clinician's Guide*. New York: Springer; 2010.
  14. Calogero RM, Park LE, Rahemtulla ZK, Williams KC. Predicting excessive body image concerns among British university students: the unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image*. 2010 Jan. 7(1):78-81.
  15. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*. 2008 Sep. 165(9):1111-8.
  16. Veale, D. *Cognitive-Behavioral Teraphy for Body Dysmorphic Disorder*. *Advances in Phsyiatric Treatment*, vol. 7. 2001; 125-132.
  17. Butler Hospital. *Butler Hospital Screening Questionnaire for Adolescents: Do I have BDD*. Butler Hospital. Available at <http://www.butler.org/body.cfm?id=237> . [diakses pada 20 April 2016]
  18. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. *Body Dysmorphic Disorder*. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010 [diakses pada 20 April 2016]; 12(2): 221–232. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181960/>
  19. Williams A. *Body dysmorphic disorder and the treatment of older adults*. University of Michigan-Flint; 2004.
  20. Wilhelm S, Phillips KA, Steketee G. *Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. New York: Guilford Press; 2012.