University of Groningen

Body dysmorphic disorder

De Waard, Nick; Visser, Sako; Bouman, Theo K.; Van Es, Saskia M.

Published in:
Psychopraktijk

DOI:
[10.1007/s13170-015-0014-1](https://doi.org/10.1007/s13170-015-0014-1)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

De Waard, N., Visser, S., Bouman, T. K., & Van Es, S. M. (2015). Body dysmorphic disorder: een ondergediagnosticeerde stoornis. *Psychopraktijk*, 7(1), 20-25. <https://doi.org/10.1007/s13170-015-0014-1>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Body dysmorphic disorder: *een ondergediagnosticeerde stoornis*

DOOR NICK DE WAARD, SAKO VISSER, THEO K. BOUMAN & SASKIA M. VAN ES

Bij sommige mensen ontaardt de bezorgdheid over het uiterlijk in een obsessie en spreken we van body dysmorphic disorder. Deze bijdrage verkent de vraag waarom patiënten met deze stoornis in Nederland relatief weinig in behandeling komen.

Ontevredenheid over (delen van) het eigen uiterlijk is in de westerse wereld een veelvoorkomend fenomeen. Hoewel vervelend voor diegene die het betreft, is dit op zichzelf geen reden tot zorg. Ruim een kwart van de mannen en iets minder dan de helft van de vrouwen geven aan ontevreden te zijn over het uiterlijk van een of meer lichaamsdelen. Bij een klein gedeelte van deze groep zijn de mate van onvrede en de daarmee gepaard gaande negatieve emoties echter zo sterk dat het een obsessie wordt. Deze mensen lijden aan de psychische stoornis die in de DSM-IV-TR wordt omschreven als body dysmorphic disorder (BDD). Onderzoek in Duitsland en de Verenigde Staten schatten het prevalentiecijfer van BDD in de volwassen bevolking tussen de 1,7 en 2,4%.¹⁻³ Het lijkt aannemelijk dat deze percentages ook voor Nederlandse populatie gelden. Wat betekent dat in ons land enkele tienduizenden mensen lijden aan deze psychische stoornis. In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt de diagnose BDD echter zelden gesteld. Vaak wordt de stoornis niet herkend, is de patiënt niet gemotiveerd voor een psychologische behandeling of is een behandeling voor BDD niet beschikbaar. Dit artikel zal proberen een antwoord te geven op de vraag waarom patiënten met BDD in Nederland relatief

weinig in behandeling komen, terwijl bekend is dat cognitieve gedragstherapie de klachten vermindert.⁴⁻⁶ Ter verduidelijking zal eerst een algemene beschrijving van het klinisch beeld worden gegeven. Daarna wordt ingegaan op de mogelijke oorzaken van het niet (tijdig) herkennen en de onderdiagnostiek bij deze populatie. Tevens worden er aanbevelingen gedaan om onderdiagnostiek te voorkomen en deze patiënten te motiveren voor een psychologische behandeling van hun problemen in plaats van een somatische behandeling te zoeken.

KLINISCH BEELD

Een stoornis in de lichaamsbeleving – in het Engels Body Dysmorphic Disorder (BDD) – wordt in de Nederlandse vertaling van de DSM-5 als morfodysfore stoornis aangeduid. BDD wordt gekenmerkt door een preoccupatie met een vermeend defect in het uiterlijk. Hierbij geldt dat het defect voor derden niet zichtbaar is of dat de preoccupatie met een onvolkomenheid duidelijk overdreven moet zijn.^{7,8} Patiënten met BDD hebben last van negatieve intrusieve gedachten over hun uiterlijk. Om de negatieve emoties die dit oproept te neutraliseren, spenderen zij doorgaans veel tijd met het controleren van hun uiterlijk in spiegels, het camoufleren van het vermeende defect of doen zij pogingen om het defect te corrigeren. Correcties kunnen worden uitgevoerd door cosmetisch chirurgen; het komt echter ook voor dat patiënten uit wanhoop zelf ingrepen uitvoeren.⁴ Patiënten vermijden doorgaans sociale situaties, waardoor zij geregeld sociaal geïsoleerd leven.

Beeld: Thinkstock

BDD komt ongeveer even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Wel bestaan er sekseverschillen in het object van onvrede. Zo zijn vrouwen vaker ontevreden over een teveel aan lichaamsbehaaring, het gewicht en de vorm van de borsten, benen en heupen. Mannen zijn daarentegen vaker ontevreden over de dikte van hun haardos, een te dunne lichaamsbouw en de vorm van hun genitaliën. BDD is een relatief ernstige psychische stoornis; 24-28% van de patiënten met BDD heeft een of meerdere suïcidepogingen gedaan en 12% is ooit in zijn of haar leven klinisch opgenomen geweest voor psychische klachten.⁹

HERKENNING BINNEN DE HUISARTSPRAKTIJK

Een groot deel van de patiënten met BDD beschikt over weinig ziekte-inzicht. Zij zijn ervan overtuigd dat hun uiterlijk afwijkend is en zoeken daardoor behandeling in de somatische hulpverlening om het uiterlijk

aan te passen. De eerste stap is naar de huisarts, meestal om een verwijzing te krijgen naar een medisch specialist zoals een dermatoloog of plastisch chirurg. Gezien de bovengenoemde prevalentie ligt het voor de hand dat een huisarts vrij regelmatig een patiënt met BDD op zijn spreekuur krijgt.

In de praktijk wordt BDD bij deze patiënten in dit stadium niet herkend of wordt er geen alternatief geboden voor een verwijzing naar een medisch specialist. Het is daarom van belang dat de kennis van huisartsen en hulpverleners als de POH-GGZ over BDD en de behandelmogelijkheden wordt vergroot. Daarnaast zou een betrouwbaar screeningsinstrument voor BDD de huisarts of POH-er kunnen ondersteunen in hun verdere beleid. Hierbij valt te denken aan het Screeningsinstrument voor BDD (SI-BDD), die een hoge mate van sensitiviteit (100%) en specificiteit (91%) kent.¹⁰

HERKENNING BINNEN HET SOMATISCHE CIRCUIT

Het grote aantal doorverwijzingen van patiënten met BDD naar het specialistisch medische circuit uit zich in een relatief hoog prevalentiecijfer van BDD op de poliklinieken kaakchirurgie (10%), dermatologie (8,5%) en plastische chirurgie (3,2%).^{11,12} Doktersbezoek en cosmetische behandelingen zijn niet alleen kostbaar, maar ook ineffectief. Zo blijken corrigerende behandelingen de lijdensdruk van deze patiënten niet te doen afnemen, zijn patiënten vaak ontevreden over het effect van medisch ingrijpen en raken zij in het verloop van de tijd steeds wanhopiger.

Helaas zijn patiënten vanwege de idiosyncratische aard van de klachten doorgaans moeilijk te motiveren voor een psychologische benadering en blijven zij circuleren in de somatische hulpverlening. Het is daarom van belang dat medisch specialisten op de afdelingen waar patiënten met BDD in zorg komen over voldoende vaardigheden beschikken om deze groep te bewegen naar hulpverlening in de GGZ. Trainingen voor medisch specialisten in technieken vanuit motiverende gespreksvoering zou daarin een waardevolle stap zijn.

ONDERDIAGNOSTIEK BINNEN DE GGZ

Wanneer patiënten met BDD hulp zoeken binnen de GGZ betekent dit niet automatisch dat zij ook als

zodanig herkend worden. BDD heeft pas de laatste jaren aandacht gekregen in de wetenschappelijke wereld en is nog niet verzekerd van voldoende klinische aandacht. Hierdoor is er nog relatief weinig kennis over deze stoornis bij hulpverleners in de GGZ. Het komt daardoor voor dat behandelaars tijdens de intakeprocedure en/of behandeling BDD over het hoofd zien, omdat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de problematiek.

DIAGNOSTIEK

Overlappende symptomatologie

BDD vertoont veel overeenkomsten met verschillende angststoornissen, eetstoornissen en waanstoornissen, waardoor symptomen gemakkelijk verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Zo is de (negatieve) beoordeling door de ander een belangrijk aspect van BDD. Patiënten ervaren veel schaamte over hun uiterlijk en zijn ervan overtuigd dat anderen negatief oordelen over hun uiterlijk wanneer zij hen zouden zien. Mensen met BDD ervaren dan ook angst voor sociale situaties en vermijden dergelijke situaties. Daardoor kunnen de klachten gemakkelijk worden aangezien voor die van een sociale fobie of een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. De onderliggende motivatie tot vermijding verschilt echter van elkaar, waardoor de behandeling er ook anders uit zal zien.

Daarnaast vertoont het dwangmatige aspect van BDD, de intrusieve gedachten over het uiterlijk en het compulsieve gedrag om angst en onvrede te verminderen, veel overlap met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Mede daarom is BDD in de DSM-5 ingedeeld bij de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen. Ook zijn er overeenkomsten tussen BDD en eetstoornissen. Zo bestaan beide stoornissen uit een preoccupatie met de vorm van het lichaam en vindt er dwangmatig gedrag plaats. Bij beide stoornissen hebben patiënten intrusieve gedachten over hun uiterlijk, controleren zij hun uiterlijk in spiegels of worden spiegelende oppervlaktes juist vermeden. Ook geldt voor beide stoornissen dat patiënten het lichaamsdeel waar zij ontevreden over zijn proberen te maskeren of te veranderen. Een voorbeeld daarvan is een patiënte met anorexia nervosa die na behandeling het eetpatroon heeft genormaliseerd, maar gepreoccupeerd blijft met haar lichaamsomvang. De preoccupatie kan diagnos-

tisch gezien geclassificeerd worden als restsymptomen van anorexia nervosa, maar ook als BDD.

Tot slot is bij één derde van de patiënten met BDD de overtuiging van fysieke misvorming zo sterk dat dit waanachtige kenmerken aanneemt.¹³ Zo komen betrekkingsswanen voor waarbij patiënten ervan overtuigd zijn dat andere mensen continu naar hun 'defect' kijken. Gezien de frequentie waarmee waanideeën met BDD samengaan, is er tijdens de ontwikkeling van de DSM-5 uiteindelijk gekozen om de specificering 'afwezig realiteitsbesef/waanovertuigingen' aan de diagnose toe te voegen. Zo wordt voorkomen dat deze patiënten geclassificeerd moeten worden met een comorbide waanstoornis.

Comorbiditeit

Behalve de overlap in symptomatologie tussen BDD en diverse stoornissen is bekend dat patiënten naast de BDD vaak andere psychische klachten of stoornissen hebben. Wanneer deze klachten meer op de voorgrond staan, is het mogelijk dat de BDD onderbelicht blijft of pas in een later stadium van de behandeling als

Er zijn sekseverschillen in het object van onvrede over het lichaam

zodanig herkend wordt. Dat dit niet aansluit bij de hulpvraag van deze groep patiënten blijkt uit het gegeven dat 79% van de patiënten BDD beschouwt als de meest beperkende stoornis.¹⁴

Wat betreft comorbiditeit komen met name stemmings-, angst-, persoonlijkheidsstoornissen en midde-
lengebruik frequent voor. Naar schatting 69% van de patiënten met BDD heeft ook een stemmingsstoornis, voornamelijk een depressieve stoornis. Meer dan driekwart van de patiënten met BDD heeft last van suïcidale gedachten en ruim een kwart heeft in zijn of haar leven een suïcidepoging ondernomen.¹⁵ Comor- ●

bide angststoornissen zoals OCS en een sociale fobie worden bij 57% van de patiënten met BDD gezien. Middelenmisbruik of -afhankelijkheid komt bij 13% van de patiënten met BDD voor.^{16,17} Daarnaast heeft naar schatting 57% van de patiënten met BDD een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Met name de ontwijkende (43%), afhankelijke (15%), obsessieve-compulsieve (14%) en paranoïde persoonlijkheidsstoornis (14%) komen naast BDD relatief vaak voor.¹⁸

Belang van differentiaal diagnostiek

De hoge mate van comorbiditeit en overeenkomsten met andere stoornissen vergroten het belang van gedegen differentiaal diagnostiek bij patiënten met BDD. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de SCID en de M.I.N.I.; beide semigestructureerde

om deze als zodanig te herkennen. Hulpverleners binnen de GGZ kunnen BDD gemakkelijk over het hoofd zien, gezien de hoge mate van comorbiditeit en overeenkomsten met andere stoornissen. Daarnaast komen patiënten met BDD veelal in zorg binnen het medische circuit en zijn zij moeilijk te motiveren voor een psychologische behandeling wanneer artsen BDD vermoeden. Om de zorg voor patiënten met BDD te optimaliseren, zal daarom afgesloten worden met enkele aanbevelingen.

Aangezien patiënten met BDD zich vaak wenden tot de somatische hulpverlening is het zaak om de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende hulpverleners te optimaliseren. Hierbij kan gedacht worden aan het aanstellen van 'aandachtsfunctionarissen' in de GGZ met het doel de samenwerking tussen de GGZ en de somatische zorg te verbeteren. Zo zouden deze functionarissen geconsulteerd kunnen worden bij het vermoeden van BDD en andere stoornissen die vaak onopgemerkt blijven. Verder zouden zij scholing over BDD en trainingen in motivationele gespreksvoering voor medisch specialisten en huisartsen kunnen verzorgen. Dit zou de verwijzing van patiënten binnen het medisch circuit naar de GGZ kunnen vergemakkelijken.

De multidisciplinaire richtlijn 'SOLK en somatoforme stoornissen' (www.ggzrichtlijnen.nl) constateert dat er op het gebied van de behandeling van somatoforme stoornissen een tekort is aan goed getrainde en opgeleide professionals. Dit geldt zeer zeker ook voor de diagnostiek en behandeling van BDD. In Nederland zijn een aantal centra waar BDD volgens de richtlijnen wordt behandeld. Wij willen hier dan ook een lans breken voor verdere disseminatie van deze kennis. Er is nog veel onbekend over BDD, zowel bij hulpverleners als bij patiënten. Psycho-educatie is een belangrijk middel om patiënten te informeren over wat BDD is, hoe vaak het voorkomt en over de goede behandelopties om de klachten te overwinnen. Digitale fora met betrouwbare informatie en het delen van ervaringen van patiënten in de GGZ kan zo het stigma en de drempel om hulp te zoeken verlagen.

Hoewel er nog verbetering mogelijk is op het gebied van de toewijzing van patiënten met BDD naar de GGZ is er in recente jaren grote vooruitgang geboekt

Patiënten zijn ervan overtuigd dat anderen negatief oordelen over hun uiterlijk

interviews die een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kennen.^{19,20} Wie hiervan geen gebruik maakt, vergroot de kans op onbetrouwbare diagnostiek en het missen van diagnoses. Zo kan er vanwege de toegenomen differentiatie binnen de GGZ selectieve aandacht ontstaan voor stoornissen binnen de specialisatie, waardoor andere stoornissen over het hoofd worden gezien.

CONCLUSIE

Het antwoord op de vraag waarom patiënten met BDD weinig gezien worden in de GGZ, is te vinden in een tekort aan kennis over deze stoornis, waardoor deze niet als zodanig (h)erkend wordt. Een groot deel van de patiënten (h)erkent de stoornis niet vanuit de overtuiging dat zij een fysiek in plaats van een psychisch probleem hebben. Huisartsen zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de kenmerken van BDD

in de effectiviteit van de behandelingen. Onderzoek heeft laten zien dat zowel psychologische als farmacologische behandelingen klachten aanzienlijk verminderen. Nu deze stappen gezet zijn is het zaak om patiënten hiervan te laten profiteren. ●

LITERATUUR

1. Buhlman, U. e.a. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry research* 178: 171-175.
2. Koran, L.M. e.a. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums* 13: 1-7.
3. Rief, W. e.a. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological medicine* 36: 877-885.
4. Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric bulletin* 24: 218-220.
5. Neziroglu, F. & Khemlani-Patel, S. (2003). Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief treatment and crisis intervention* 3: 307-322.
6. Williams, J. e.a. (2005). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour research and therapy* 44: 99-111.
7. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
8. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
9. Phillips, K.A. e.a. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry* 47: 77-87.
10. Rood, Y.R. van e.a. (2011). Psychometrie van body dysmorphic disorder. In: Denys, D.A.J.P. & Vulink, N.C.C. (red.) *Handboek body dysmorphic disorder*. Assen: Van Gorcum (p. 163-182).
11. Vulink, N.C.C. e.a. (2006). Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken dermatologie en plastische chirurgie. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 150: 97-100.
12. Mountford, V. e.a. (2007). Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptom presentation? *Behaviour research and therapy* 45: 2704-2711.
13. Phillips, K.A. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of psychiatric research* 40: 95-104.
14. Phillips, K.A. e.a. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry* 46: 254-260.
15. Phillips, K.A. e.a. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The journal of clinical psychiatry* 66: 717-725.
16. Gunstad, J. & Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry* 44: 270-276.
17. Pope, C.G. e.a. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image* 2: 395-400.
18. Phillips, K.A. & McElroy, S. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry* 41: 229-236.
19. Ventura, J. e.a. (1998). Training and quality assurance with the Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry research* 79: 163-173.
20. Sheehan, D.V. e.a. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European psychiatry* 12: 232-241.

Drs. N. de Waard, psycholoog, onderzoeker PsyQ Amsterdam afdeling angst en stemmingsstoornissen; prof. dr. S. Visser, hoogleraar gezondheidszorg-psychologie UvA, hoofd somatoforme stoornissen ProPersona GGZ; prof. dr. T.K. Bouman, adjunct-hoogleraar Klinische Psychologie en hoofdopleider opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog aan het Opleidingsinstituut PPO RU Groningen; dr. S.M. van Es, klinisch psycholoog, specialisme-leider Somatiek & Psyche PsyQ (saskia.vanes@psyq.nl).