

Obsessionele schoonheid

N.C.C. Vulink

Psychiater, Afdeling Psychiatrie, AMC, Amsterdam

Correspondentieadres:

N.C.C. Vulink, MD, PhD, MBA,

AMC

Afdeling Psychiatrie

Meibergdreef 5

1100 DD Amsterdam

E-mail: n.c.vulink@amc.uva.nl

SYMPTOMEN EN ACHTERGROND

BDD is een psychiatrische aandoening, waarbij het centrale symptoom de (waanachtige) overtuiging van een afwijking van het uiterlijk is. Dit is meestal de huid, de vorm van het lichaam of het haar, maar in principe kan het om ieder lichaamsdeel gaan, of zelfs het gehele uiterlijk.¹ Deze overtuigingen kunnen obsessief zijn, waarbij de patiënt inzicht behoudt in het overdreven karakter ervan. Meestal nemen deze echter de vorm aan van een waan, waarbij het inzicht verloren gaat en de patiënt dus psychotisch is.^{2,3} Uit onderzoek blijkt dat twee derde van alle patiënten betrekkingssideeën heeft en meer dan de helft van de patiënten is gedurende een bepaalde periode van de aandoening psychotisch geweest.^{1,2}

Negentig procent van de patiënten controleert in de spiegel, camoufleert en krabt overmatig aan onregelmatigheden van de huid (skin-picking).¹ Zij zijn vaak sociaal geïsoleerd; de helft tot 82% heeft suïcidale gedachten, en een derde heeft een suïcidepoging gedaan.^{4,7} Een recente meta-analyse bevestigt het verhoogde risico op suïcidaliteit.⁸ Verder is er bij BDD veel comorbiditeit met depressie (31-93%), sociale fobie (11-43%), middelenmisbruik (40%) en een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS, 34-39%); wat het risico op suïcide mede verhoogd.^{1,2,8,9} Enrico Morselli (1852-1929) introduceerde de term dysmorphophobia in 1891.¹⁰ Opvallend is dat de eerste beschrijvingen van de aandoening kort na de ontdekking van de fotografie in 1840 hun intrede deden in de psychiatrie. Patiënten waren hierdoor in staat zich te vergelijken met anderen, zoals filmsterren. Onderzoek naar het effect van blootstelling aan dunne en gemanipuleerde schoonheidsmodellen in de media laat in twee meta-analyses zien dat dit een negatief effect heeft op hoe tevreden vrouwen zijn over hun eigen uiterlijk.^{11,12}

PREVALENTIE EN DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

De levensprevalentie van BDD varieert tussen de 0,7 en 20,1% en deze variatie kan voor een deel verklaard worden door de verschillen in methodologie en de verschillende populaties.¹¹⁻¹⁶ Een recent review laat een overzicht zien van de prevalenties van BDD in verschillende settings, waarbij het voorkomen van BDD bij poliklinische dermatologiepatiënten 11,3% bedraagt, in cosmetische dermatologie 9,2% en in dermatologische acneklinieken 11,1%.¹⁶

Dat BDD niet alleen een ziekte is die in het westen voorkomt, laat de publicatie van een recente studie in Saoedi-Arabië zien waarin de prevalentie van BDD 4,4% bedraagt in een vrouwelijke studentenpopulatie.¹⁷

In tegenstelling tot de verwachting is er geen verschil in het voorkomen van BDD tussen mannen en vrouwen.¹⁸ Verder heeft een vijfde van de patiënten met BDD een opleiding of beroep in kunst of ontwerpen, wat kan duiden op een bijzondere esthetische bekommernis.¹⁹ De sociale gevolgen zijn groot en ongeveer driekwart van de patiënten met BDD is niet getrouwd.^{20,21} Een recent verschenen kwalitatieve studie bevestigt het overstijgende thema dat patiënten zich gevangen voelen en de grote sociale beperkingen die zij hierbij ervaren.²²

DIAGNOSTIEK

In de nieuwste versie van het Amerikaanse classificatiesysteem voor psychiatrische ziektebeelden, de DSM 5 (2013), wordt gezien de uitgebreide fenomenologische en ook neurobiologische overeenkomsten tussen BDD en de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), BDD geschaard onder de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen samen met de obsessieve-compulsieve stoornis, verzamelstoornis (hoarding disorder) pathologisch nagelbijten, gokken, trichotillomanie (haartrekstoornis), excoriatiestoornis (skin-picking).²³

Hoewel BDD een psychiatrische stoornis is, melden patiënten zich bijna uitsluitend aan op verschillende somatische afdelingen.²⁴ Uit ons onderzoek blijkt dat van alle patiënten die zich melden op de polikliniek Dermatologie, Plastische chirurgie of Kaakchirurgie van een academisch ziekenhuis, respectievelijk 8,5%, 3,2% en 10% voldoet aan de criteria van BDD.^{25,26} In internationaal vergelijkbaar

onderzoek worden zelfs nog hogere getallen gevonden, grotendeels variërend tussen 5-20%.^{27,16} Het is daarom belangrijk dat de andere medisch specialisten, zoals dermatologen dit ziektebeeld herkennen. Het belangrijkste criterium is de discrepantie tussen de ernst van het lichamelijke defect en de mate van bezorgdheid over dit defect. Ook moet deze bezorgdheid leiden tot beperkingen in het functioneren.²³ Niet alleen wordt de diagnose gemist omdat het niet herkend wordt, maar ook omdat patiënten er niet over spreken uit schaamte.²⁸ In een recent vragenlijstonderzoek onder 2855 leden van de American Society for Dermatologic Surgery blijkt een groter bewustzijn met betrekking tot de diagnose BDD, echter de respons op de vragenlijst was laag (9,1%).²⁹ De verantwoordelijkheid voor het overwegen van de diagnose BDD ligt bij iedere dermatoloog en wordt ook door dermatologen erkend.³⁰ Het gebruik van screeningsvragenlijsten om patiënten met BDD te detecteren kan een behulpzaam middel zijn, echter het stellen van de diagnose vereist kennis van dit complexe ziektebeeld, comorbiditeit en beloop van de klachten, hetgeen ook herkend wordt door dermatologen.³¹

ETIOLOGIE

De neurobiologische achtergrond van BDD is tot nu toe nog onduidelijk. Er zijn aanwijzingen voor de betrokkenheid van zowel het serotonerge als het dopaminerge systeem bij BDD. De belangrijkste aanwijzing voor de betrokkenheid van serotonine is de effectieve werking van serotonineheropnameremmers (SRI's) bij patiënten met BDD. Daarnaast werd bij tryptofaan (de voorloper van serotonine) depletie bij een patiënt met BDD een verergering van BDD-klachten gevonden.³² Als laatste werd in een klinische gevalbeschrijving een verslechtering van de BDD-symptomen beschreven bij een patiënt die cyproheptadine, een serotonineantagonist, kreeg toegediend.³³ Het dopaminerge systeem is ook betrokken bij BDD. Recent deden wij een IBZM SPECT-scanstudie bij twaalf patiënten met BDD en twaalf controlepersonen en vonden bij patiënten met BDD een verlaagde binding van IBZM (123-iodobenzamide is een radioligand dat specifiek bindt aan de dopaminereceptoren) in de basale kernen. Dit sluit aan bij een verhoogde dopamineafgifte bij BDD en komt overeen met de bevindingen bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis.³⁴ Antipsychotica zijn beperkt onderzocht, maar blijken in enkele klinische gevalbeschrijvingen effectief.³⁵ Naast onderzoek op neuronaal niveau is er ook onderzoek gedaan naar mogelijke neuroanatomische afwijkingen. In een eerste structurele MRI-studie bij acht vrouwelijke patiënten met BDD werd een afwijking gevonden in de linker nucleus caudatus (basale kernen), die kan aansluiten bij onze dopaminerge bevindingen.³⁶ Ook functionele MRI-studies ondersteunen de hypothese dat afwijkingen in het corticostriatale systeem net als bij OCS samenhangen met de symptomen van BDD.³⁷ Een andere studie waarbij gebruik werd gemaakt

van afbeeldend onderzoek van de hersenen, waarbij specifiek werd gekeken naar de verbindingen in de hersenen tussen verschillende structuren, werd aangetoond dat er zowel op netwerkniveau afwijkingen bestaan als in de structuur van de wittestofverbindingen.^{38,39} Tweelingstudies laten zien dat genetische factoren een rol spelen in het ontstaan van BDD-symptomen. In een grote Australische tweelingstudie werd aangetoond dat 44% van de variatie van BDD-symptomen verklaard kan worden door genetische factoren.⁴⁰ Tot op heden zijn er geen genome-wide association studies (GWAS) gedaan om bijdrage van specifieke genen te onderzoeken.

BEHANDELING

De meerderheid van de volwassen patiënten en 40% van de jonge patiënten met BDD krijgen cosmetische behandelingen en de resultaten hiervan zijn bedroevend.⁴¹ Van alle patiënten is 68-81% ontevreden en gaat opnieuw op zoek naar niet-psychiatrische behandeling.⁴²

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van behandeling met SRI's. Verschillende SRIs zijn even effectief in de behandeling, maar er is slechts 1 placebogecontroleerd dubbelblind onderzoek gedaan met fluoxetine waarin van de 67 patiënten ruim de helft een goede respons had. Zowel waanachtige als niet-waanachtige patiënten hadden even grote kans te reageren op SRI's; wel was het zo dat een mindere mate van waanachtigheid samenvalt met een grotere kans te reageren op SRI's.⁴³⁻⁴⁴ Er is 1 studie gedaan waarin additie van buspiron aan SRI's effectief was bij 6 van de 13 patiënten met BDD.⁴⁵ Toevoegen van een antipsychoticum lijkt minder effectief (15,4% afname).⁴³

Naast medicamenteuze therapie zijn cognitieve gedragstherapie, bestaande uit exposure, responspreventie en cognitieve herstructurering, alsmede psycho-educatie ook effectief gebleken. In twee onderzoeken waarbij een behandelgroep werd vergeleken met een wachtlijstgroep, bleek een aanzienlijke verbetering na cognitieve gedragstherapie bij de behandelgroep vergeleken met de wachtlijstgroep.⁴⁶ Ook een meta-analyse uit 2006 laat zien dat cognitieve gedragstherapie de beste behandeling is voor BDD.⁴⁷ In het AMC hebben wij in de afgelopen zeven jaar een gespecialiseerde dagbehandeling ontwikkeld voor patiënten met BDD. Deze behandeling beslaat twee dagen per week gedurende vier maanden waarin exposure, spiegeltraining, cognitieve herstructurering en aandachtstraining centraal staan. Uniek aan onze behandeling is dat wij acht patiënten in een groep behandelen. De uitkomsten hiervan zijn veelbelovend en na een aanvankelijk vaak aarzelende houding van patiënten om deel te nemen in onze groep, zijn vrijwel alle patiënten heel tevreden gedurende en na de behandeling, aangezien juist ook het lotgenotencontact en de adviezen aan elkaar een extra bijdragen aan het therapie-effect geven. Toevoegen van medicatie had

niet een significant beter effect op de afname van BDD-symptomen, maar er was wel een significant grotere afname van angst.

CONCLUSIE

Concluderend is BDD een ernstige en chronische psychiatrische stoornis waarbij een patiënt overtuigd is van afwijkingen in het uiterlijk met als gevolg veel angst, wanhoop en beperkingen in sociale contacten en werk. Patiënten met BDD melden zich meestal bij een dermatoloog of andere somatisch specialist die de afwijking van het uiterlijk kan behandelen. Herkenning van BDD in de klinische praktijk van een dermatoloog is niet eenvoudig, maar door middel van scholing van dermatologen in combinatie met gebruik van de juiste screeningvragenlijsten en in samenwerking met gespecialiseerde psychiaters kan de diagnose BDD gesteld worden. Dermatologische en cosmetische behandelingen leiden meestal tot beperkte verbeteringen, terwijl gespecialiseerde modulaire behandeling die is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie in combinatie met medicatie de patiënt met BDD aanzienlijk kan verbeteren.

LITERATUUR

1. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993;150:32-8.
2. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Hudson JI, Pope HG. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:179-86.
3. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Beh Res Ther* 2002;40:383-400.
4. Almaturo C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psych Clin Neurosci* 2001;251:105-8.
5. Cotterill JA, Cuncliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Psychiatry* 1997;137:246-50.
6. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006;36:877-85.
7. Phillips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry* 2007;14:58-66.
8. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): a systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;49:55-66.
9. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA, et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *Am J Psychiatry* 1995;152:1665-7.
10. Jerome L. Dysmorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of Insanity with fixed ideas. Morselli E (translation). *History of psychiatry* 2001;45:103-14.
11. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin-images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord* 2002;31:1-16.
12. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin* 2008;25:349-54.
13. Böhne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Bear L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psych Res* 2002;109:101-4.
14. Faravelli C, Salvatory S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-9.
15. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry* 2001;158:2061-3.

De complete literatuurlijst is, vanaf drie weken na publicatie in dit tijdschrift, te vinden op www.huidarts.info.

SAMENVATTING

Wanneer ultieme schoonheid een obsessie wordt is er sprake van body dysmorphic disorder (BDD), ook wel stoornis in de lichaamsbeleving of morfydisfore stoornis. Patiënten met BDD zijn overmatig bezorgd over bijvoorbeeld een te grote neus, een lelijke huid of een te geringe spiermassa, terwijl anderen geen afwijking of slechts een beperkte afwijking zien. BDD is een ernstige psychiatrische aandoening, maar komt voornamelijk voor op de afdelingen Dermatologie, Plastische chirurgie en Kaakchirurgie en wordt als zodanig vaak niet herkend. Deze patiënten dringen aan op bijvoorbeeld dermatologische behandelingen, maar de resultaten zijn vrijwel nooit afdoende. Hierdoor ontstaat

het gevaar van doktershopperen. Als gevolg van de klachten hebben patiënten met BDD een lage kwaliteit van leven, ervaren zij uitgebreide functionele en beroepsmatige beperkingen en is het risico op een suïcidepoging verhoogd. In de afgelopen jaren is het inzicht in de betrokken hersencircuits toegenomen. Aangezien voor BDD goede farmacologische en psychotherapeutische behandelingen beschikbaar zijn, is het belangrijk dat de aandoening vroegtijdig wordt herkend en patiënten adequaat worden verwezen.

TREFWOORDEN

stoornis in de lichaamsbeleving – schoonheid – cosmetische dermatologie



SUMMARY

When ultimate beauty becomes obsessional one can think of Body Dysmorphic Disorder (BDD). Patients with BDD are for example overly concerned with the size of their nose, an unsightly skin or lack of muscularity, while others see no abnormalities or only minor defects in the patients appearance. BDD is a severe psychiatric disorder but patients present mainly to the departments of dermatology, plastic surgery and maxillofacial surgery. However, the diagnosis is often unrecognized. Patients insist on receiving dermatological or cosmetic treatment, but outcomes of these treatments are unsatisfying. As a result patients start doctor shopping. Quality of life is diminished in patients with BDD, they experience severe impairments in psychosocial functioning and the

risk of suicide is increased. Lately, our knowledge concerning the involved brain circuits in BDD has increased. Important is that early recognition of the condition leads to adequate referral appropriate treatment.

KEYWORDS

Body Dysmorphic Disorder (BDD) – beauty – cosmetic dermatology

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen