

Diagnose Body Dysmorphic Disorder wordt nog vaak gemist

# Ik zie, ik zie wat jij niet ziet

Reina Zijlstra,  
journalist

Bij patiënten met een Body Dysmorphic Disorder (BDD) staat een kleine lichamelijke 'afwijking' op de voorgrond. Maar in feite speelt de psyche een krachtige en dragende rol. Behandelaars en plastisch chirurgen over de verhouding tussen lichaam en geest.

*'Er is een sterk verhoogde visuele waarneming voor details, vooral voor die van gezichten'*

**A**l het denken, doen en zeker ook het laten van mensen met BDD staat in het teken van een vermeende lichamelijke afwijking. Vermeend, want anderen zien het niet of nauwelijks. Vaak betreft het een minimale aberratie aan bijvoorbeeld handen of gezicht. Voor de persoon zelf is die zo sterk aanwezig en is het idee eraan zo tergend, dat het een obsessie wordt en het sociaal en beroepsmatig functioneren wordt gehinderd. De patiënt komt niet meer buiten de deur. Ook doen zich nogal eens suïcidale gedachten voor.

## Lachspiegel

De ook wel gebruikte term 'ingebeelde lelijkheid' wekt de suggestie dat BDD-patiënten zich maar wat verbeelden en dat hun iets mankeert in de waarneming. Over dat laatste wordt in de literatuur wel gespeculeerd en met MRI-onderzoek is gepoogd er enig licht op te werpen. Volgens psychiater Nic van der Wee van het

Leids Universitair Medisch Centrum leveren de weinige onderzoeken nog onvoldoende op om een stellige uitspraak te doen. 'Er is wel een sterk verhoogde visuele waarneming voor details. Vooral voor die van gezichten. Dat kan natuurlijk doordat men er voortdurend mee bezig is, zoals een fotograaf ook anders kijkt. Vraag is of deze manier van waarnemen voorafgaand aan de stoornis al aanwezig is.'

Van der Wee behandelt BDD-patiënten samen met Yanda van Rood, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Van Rood: 'Patiënten geven wel eens beschrijvingen van een soort lachspiegelbeelden. Maar dat is echt alleen op momenten dat ze heel angstig zijn.' De term ingebeelde lelijkheid klopt volgens haar niet. 'Je moet niet over BDD praten alsof er echt niets te zien is. Dat is een misvatting. We hebben allemaal wel kleine, maar objectiveerbare afwijkingen.' Van der Wee: 'Maar deze patiënten raken er veel erger door van slag.' Op basis van de beperkte literatuur zijn er volgens hem wel aanwijzingen dat de structuur van bepaalde hersengebieden bij BDD-patiënten afwijkend functioneert. 'Hard bewijs is er nog niet, maar er zijn gevalsbeschrijvingen waarbij mensen na bepaalde beschadigingen BDD-achtige verschijnselen kregen. Maar een stoornis in de visuele cortex is het niet.'

## Neus

Volgens Van der Wee en Van Rood is de ontwikkeling van BDD toe te schrijven aan het samenspel van drie componenten: biologische kwetsbaarheid, een ingrijpende gebeurtenis en een sociale context die maakt dat de persoon de gebeurtenis niet verwerkt.

## DSM-IV-criteria somatoforme stoornissen

### Stoornis in de lichaamsbeleving (BDD)

- Preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk, die
- in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaakt,
- en niet eerder toe te schrijven is aan een andere psychische stoornis.

## De foto is helaas niet beschikbaar voor internet

De 'afwijking' verbergen, sociaal contact mijden en er niet over praten gebeurt vaak, maar lost niets op.

beeld: glasshouse  
images, hh

De behandelaars onderscheiden twee soorten gebeurtenissen die de stoornis triggeren: iemand ontdekt zelf plotseling iets afwijkends bij het kijken in de spiegel of anderen 'wijzen', vaak meer dan eens, op een onvolkomenheid. 'Iemand wordt bijvoorbeeld gepest met iets wat hij eerder heel normaal vond, bijvoorbeeld de grootte van zijn neus. Daardoor gaat hij anders naar zichzelf kijken', zegt Van Rood. 'Je wordt er niet mee geboren. De negatieve evaluatie van het uiterlijk is verworven. Veel mensen krijgen opmerkingen over hun uiterlijk, maar niet iedereen ontwikkelt BDD. Pubers reageren bij voorbaat emotioneler, maar BDD-patiënten ervaren dergelijke opmerkingen echt als onverdraaglijk. Doordat ze hun 'afwijking' verbergen, sociaal contact mijden en er niet over praten, verwerken ze het probleem niet.' Opvallend is dat uit onderzoek van het LUMC naar voren

komt dat BDD in de huisartsenpraktijk niet wordt herkend. Van Rood vermoedt dat de stoornis verborgen blijft door schaamte bij de patiënt en doordat artsen er niet gericht naar vragen. Ze raadt huisartsen aan om jongeren, bijvoorbeeld met depressieve klachten, simpelweg te vragen of zij zich zorgen maken over hun uiterlijk. 'Artsen moeten opletten of er niet meer aan de hand is dan de standaard puberperikelen.'

### Afstotelijk

Voor mensen in de omgeving springt het gedrag van BDD-patiënten in het oog: de vele uren die zij doorbrengen voor de spiegel en bezig zijn hun onvolkomenheid te controleren en camoufleren. Het doet denken aan de dwanghandelings

van OCD-patiënten (Obsessive Compulsive Disorder).

Van Rood: 'Patiënten vertellen dat ze zo lang in de spiegel moeten kijken, totdat het nare gevoel weg is. Wij zien ook patiënten die voor sociale fobie of dwangklachten zijn behandeld, maar niet voor de hoofdoorzaak BDD. Die behandeling is toch anders, vooral omdat bij BDD de beleving van het uiterlijk meespeelt. Bij een sociale fobie leeft wel angst dat anderen zien dat je trilt of zweet, maar niet een afstotelijk, afgrijselijk gevoel over jezelf. Het gaat bij BDD niet alleen om esthetiek, maar vooral om die negatieve emotie. BDD-patiënten lijken soms sociaal fobisch, maar anders dan sociale fobici, hebben zij het emotioneel ook erg moeilijk als ze alleen zijn.'

Wordt in het LUMC bij een patiënt BDD gediagnosticeerd, dan stelt men met behulp van de *BDD-Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (BDD-YBOCS) de ernst van de stoornis vast. Medicatie in de vorm van SSRI's is de volgende stap, die maakt de klachten minder dwingend. BDD vertoont hoge comorbiditeit met onder andere depressie (80%). Van der Wee: 'Met medicatie verbetert de stemming en nemen de klachten vaak af, waardoor de patiënt toegankelijker is voor gedragstherapie. Dat is van belang bij ernstigere BDD, en die behandelen we vooral bij het LUMC.'

De therapie begint meestal met het verwijderen van de angel: de angst die is gaan spelen door een bepaalde gebeurtenis. 'Als bepaalde situaties telkens een nare herinnering blijven oproepen, en vooral het gevoel daarbij, dan gaan we dat eerst verwerken,' licht van Rood toe. 'Daarvoor gebruiken we traumatechnieken als *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Vervolgens zijn de betreffende situaties en hun nieuwe betekenis makkelijker aan te gaan. Maar de BDD is dan nog niet weg: de patiënt moet ook een nieuw idee krijgen bij het lichaamsdeel en het weer durven tonen.'

### Kwetsbaarheid

Er is ook een groep patiënten bij wie geen indrukwekkende gebeurtenis in het verleden speelt. Dan wordt gekeken naar het huidige gedrag, wat iemand doet uit angst voor het nare gevoel of in reactie op opmerkingen van anderen. Van Rood: 'Dergelijk gedrag houdt de klachten in stand. Om het te veranderen, gebruiken we cognitief gedragstherapeutische technieken: nagaan met de patiënt of zijn ideeën wel kloppen, inzicht geven in de angst en de ontwijking en bepaalde situaties weer opzoeken.' Is de angel eruit, de angst weg, dan kan het herstel zich in zes tot tien sessies voltrekken.

BDD-prevalentie in Nederland	
in de bevolking	±1%
onder dermatologiepatiënten	8,5%
onder patiënten plastische chirurgie	3,2%
onder patiënten psychiatrische polikliniek	0,8%

Bronnen: Vulink NCC c.s. Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische chirurgie. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150: 97-100; Vinkers c.s. (in druk), 2008.

## Veel BDD-patiënten zoeken hun heil bij de plastisch chirurg

‘Het vermijdingsgedrag wordt doorbroken, de patiënt draait weer mee en doet weer positieve ervaringen op’, aldus Van Rood. Van der Wee: ‘Of en in welk mate BDD na behandeling terugkeert, weten we nog niet. Het onderzoek naar BDD heeft pas het laatste decennium een hogere vlucht genomen. We weten dat patiënten een zekere kwetsbaarheid behouden, maar we zien na de combinatiebehandeling niet veel mensen terug. Terwijl we dat bij dwangklachten wél zien.’ Van Rood: ‘Als patiënten stoppen met SSRI’s komen klachten vaak wel terug. Ik zou graag weten of het goed gaat als je eerst SSRI’s geeft om het draaglijker te maken, daarna cognitieve gedragstherapie en dan stopt met de pillen.’ De ervaring van Van der Wee is dat in een enkel geval de medicatie wel voorzichtig wordt afgebouwd, maar dat de meeste patiënten die toch liever aanhouden.

### Niet opereren

Klachten over het uiterlijk? Vandaag de dag is een bezoekje aan de plastisch chirurg zo geregeld. Niemand kijkt er meer van op als je het een en ander laat corrigeren. Veel BDD-patiënten zoeken dan ook hun heil bij de plastisch chirurg. Deze terugkerende patiënten lijken misschien een mooie inkomstenbron voor chirurgen, maar vormen in werkelijkheid een poel van ergernis. De BDD-patiënt lijkt er ook niet gelukkiger op te worden. Michael Y. Bos, plastisch chirurg bij de DeLairesse-kliniek in Amsterdam, herkent de stoornis uit zijn praktijk, maar is die in zijn opleiding nooit tegengekomen. ‘Ik heb wel eens een college gehad over dat je ontzettend waakzaam moet zijn voor bepaalde patiënten. Je moet mensen met een irrationeel probleem eruit filteren en niet opereren.’

Zelf had hij eens een patiënt die vond dat zijn oren niet symmetrisch stonden. ‘Hij kwam met allemaal foto’s en metingen aanzetten. Ik heb hem niet behandeld. Later bleek dat hij ook al bij vijf anderen was geweest.’ Volgens Bos is de boodschap om de huisarts of een psycholoog te raadplegen minder zwaar dan doorverwijzen naar een psychiater. Dat laatste doet hij dan ook niet. ‘Zo’n patiënt wordt boos en heeft veelal geen ziekte-inzicht. Ik zeg dat opereren me nu geen goed idee lijkt en verwijs ze door naar de huisarts, met wie ik mijn vermoedens bespreek.’ Het herkennen van BDD is volgens Bos de moeilijkheid. Hij oppert om daar in de opleiding meer aandacht aan te besteden. ‘Dat kun je leren, het is de techniek van consult voeren.’

### Rimpels opspuiten

Plastisch chirurg dr. Menso Carpentier Alting, werkzaam bij het EMC Bosch en Duin (Utrecht), weet de moeilijke patiënten er in de wachtkamer al uit te pikken. ‘BDD is iets heel naars. Elke plastische chirurg komt het tegen en kent wel één of twee van zulke patiënten’, zegt hij. Hij heeft geen moeite de patiënten te vertellen hoe hij erover denkt. ‘Ik vertel dat ze een ander beeld hebben dan andere mensen en raad ze af zich te laten opereren. Als een afwijking minimaal is, dan is de verbetering dat ook.’ Carpentier Alting herinnert zich een 26-jarig meisje dat al vier keer rimpels had laten opspuiten. ‘Ik vertelde haar dat ze grote problemen voor zichzelf creëerde en hulp moest zoeken. Dat accepteerde ze niet. Haar moeder was het gelukkig wel met me eens’, vertelt hij. ‘Een plastisch chirurg die van honderd patiënten er ook honderd opereert, is onmenselijk bezig.’ BDD-behandelaars Van der Wee en Van Rood willen niet te snel oordelen over patiënten die plastisch chirurgen bezoeken. ‘Of ze echt nooit tevreden zijn, dat weten we niet,’ zegt Van Rood. ‘De studies betreffen vaak selecties. Zo bestaat er onderzoek naar de tevredenheid van geopereerde patiënten. Als ze na de ingreep op de poli komen, kun je er natuurlijk donder op zeggen dat ze dus niet tevreden zijn.’ Van Rood zou graag voorafgaand aan de ingreep vragenlijsten afnemen - zonder dat chirurgen of patiënten weten wie voor de diagnose BDD in aanmerking komt - en na de operatie om te kijken welke patiënten ontevreden zijn. ‘Dan pas kun je er écht iets over zeggen. ‘Maar,’ geeft ze toe. ‘Het gevoel is wel dat chirurgie niet helpt.’ 