

langdurig en frequent in de spiegel kijken (gedrag). Maar ook het –tijdens sociale contacten– voortdurend bezig zijn met hoe men eruit ziet en of de eventuele “camouflage” nog afdoende is, zijn vormen van extreme zelfgerichte aandacht. Tenslotte lijken BDD patiënten een groot belang te hechten aan perfectie. BDD patiënten laten hun eigenwaarde afhangen van de (vermeende) goedkeuring of afkeuring van hun uiterlijk door anderen. Andere persoonlijke kwaliteiten worden ondergeschikt gemaakt.

Behandeling

Waarschijnlijk komt een deel van de mensen met BDD in het medische circuit terecht zoals bij een plastisch chirurg, dermatoloog, haarspecialist of tandarts. Ze willen immers hun onvolkomenheden veranderen. Deze behandelingen halen echter vaak weinig uit en zijn heel kostbaar. Mogelijk is de patiënt even gerustgesteld, maar vaker komt de ontevredenheid snel weer terug of verplaatst deze zich naar een ander lichaamsdeel.

Wat wel kan helpen is cognitieve gedragstherapie (CGT) of antidepressieve medicatie. Op de langere termijn lijkt CGT het beste te werken. Een nadeel van medicijnen is dat er vaak bijwerkingen zijn en dat de klachten makkelijker terugkomen als er mee wordt gestopt. Bij CGT zal allereerst aandacht worden besteed aan de motivatie voor een psychologische behandeling, onder andere door uitleg te geven over de stoornis. Vervolgens wordt meestal gewerkt met een gedachtendagboek om de problematiek goed in kaart te brengen. De patiënt beschrijft situaties waarin hij/zij last heeft van zijn/haar lichamelijke tekortkoming, wat de gedachten precies zijn (over het defect) en de bijbehorende gevoelens. De (niet-reële) gedachten kunnen worden uitgedaagd; de therapeut stelt vragen over de gedachten/ bewering en laat de patiënt bewijzen voor en tegen de bewering noemen. Vervolgens kunnen deze gedachten ook in de praktijk getoetst worden door middel van gedragsexperimenten. Een patiënt kan bijvoorbeeld in levens-echte situaties uitzoeken of het waar is dat iedereen altijd naar zijn neus kijkt. Naast cognitieve technieken is de gedragstherapeutische techniek effectief, bijvoorbeeld door het openlijk tonen van de onvolkomenheid (zoals zonder veel make-up in sociale situaties treden die voorheen vermeden werden) en het nala-ten van controlegedragingen zoals (veelvuldig) in de spiegel kijken. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van behandel-ingen voor BDD maar bovenstaande technieken zijn inmiddels bewezen effectief.

Meer info:

ADF stichting : www.adfstichting.nl, info@adfstichting.nl,
0900-200871, Hoofdstraat 122, 3972 LD Driebergen-Rijsenburg.

Bronvermelding

Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999). *Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 453-45.

Bouman, T.K. (1998). *Spiegelte, spiegeltje aan de wand. Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving* (Body Dysmorphic Disorder). Gedragstherapie, 31, 249-271.

Mulkens, S., & Jansen, A. (2003). *Als je neus maar goed zit. Body Dysmorphic Disorder: selectieve aandacht of esthetiek?* De psycholoog, 38, 3-7.

Mulkens, S., Kerzel, C., Merckelbach, H., & Jansen, A. (2006). *Mooi maar ontevreden: Over psychische stoor-*

nissen en cosmetische chirurgie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61, 34-47.

Mulkens, S. & Jansen, A. (2006). *Changing appearances: Cosmetic surgery and Body Dysmorphic Disorder*. Netherlands Journal of Psychology, 62, 34-41.

Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Recognizing and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press

Phillips (2001). *Body dysmorphic disorder*. In K. A. Phillips (Ed.), *Somatiform and factitious disorders* (Vol. 20, pp. 67-94). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Auteur: Sandra Mulkens

Ontwerp en vormgeving: Ferdinand van Nispen

BDD

Body Dysmorphic Disorder

Stoornis in de lichaamsbeleving



Angst, Dwang en Fobie stichting

Linda, een leuk uitziende 29-jarige vrouw komt op intakegesprek bij de Riagg. Ze komt ietwat verlegen en onzeker over. Onlangs is zij in de ziektewet geraakt omdat ze zich op haar werk niet meer kon concentreren. Ze is directiesecretaresse, maakte de laatste tijd steeds meer fouten en voelde zich verdrietig en somber. Het valt op dat Linda zich mooi heeft opgemaakt en er onberispelijk uitziet in haar goed bij elkaar passende kleeding en schoeisel. Tijdens het praten houdt zij regelmatig haar hand half voor haar gezicht, alsof zij nadenkt. Zij vertelt dat zij alleen woont. Ze heeft ooit een vriend gehad maar dat is alweer 5 jaar geleden. Als de therapeut vraagt waarom Linda zich zo slecht kan concentreren op haar werk en somber is antwoordt Linda dat het erg moeilijk is om daarover te praten. "Ik weet niet of ik dat wel kan. Het is zo pijnlijk. Na een minuut of 5 doods stilte fluistert zij: "Het is mijn neus". "Uw neus?" vraagt de therapeut. "Ja, die enorme neus. Hij is veel te groot en er zitten littekens op, ik zie eruit als een monster. De laatste tijd heb ik alleen maar aan mijn neus gedacht, ik heb er zelfs nachtmerries van." De therapeut kon niets lelijks aan de neus van Linda ontdekken, ook niet toen ze later met haar in een goed verlichte kamer was. Integendeel, Linda was best een aantrekkelijke vrouw met een tamelijk knap gezicht. Als de therapeut vraagt of anderen dat ook vinden zegt zij: "de meesten weten het niet. mijn ouders en broer zeggen dat ze mijn neus mooi vinden. Maar ja, die vinden me gewoon zielig en durven me niet de waarheid te vertellen. Als ik in de spiegel kijk zie ik echt een enorme neus, daar kan ik niet omheen".

Mensen met Body Dysmorphic Disorder (BDD) ofwel een "stoornis in de lichaamsbeleving" zijn sterk vervuld van het idee dat er iets mis is met (een deel van) hun uiterlijk. Als er al een kleine lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van de betrokkene duidelijk overdreven. De patiënt is overtuigd van zijn lelijkheid en lijdt daar zeer onder. Voorts bestaat er een duidelijke beperking in het sociaal of beroepsmatig functioneren en is er geen andere stoornis aanwezig die de symptomen verklaart (zoals bijvoorbeeld een eetstoornis). De bezorgdheid heeft meestal betrekking op één of meerdere aspecten van het uiterlijk. Vaak zijn dit goed zichtbare delen van het lichaam, zoals onderdelen van het gezicht en hoofd: de neus, oren, ogen, huid, kin, haar en lippen of mond. Ze zijn - volgens de BDD-er - bijvoorbeeld te groot of te klein, niet symmetrisch genoeg, te viekkelig of puisterig, te ver ingevallen, te bleek of te dun. Maar ook andere lichaamsdelen, zoals bijvoorbeeld spiermassa of geslachtskenmerken kunnen het onderwerp van zorg zijn. De BDD-er vindt zichzelf bijvoorbeeld niet gespierd genoeg, zijn penis is te klein of te krom, of haar schaamlippen zijn te groot. Bij BDD gaat het niet om min of meer normale ontevredenheid of om ijdelheid. Men is van mening dat het betreffende lichaamsdeel zeer onaantrekkelijk, misvormd, of walgelijk is. BDD is in de literatuur al met allerlei namen beschreven, zoals dysmorfobolie of ingebeelde lelijkheid, maar heeft eigenlijk nog maar weinig wetenschappelijke aandacht gekregen. Dat komt wellicht doordat hulpverleners het beeld niet altijd herkennen en patiënten met deze stoornis niet snel uit zichzelf bij een instantie voor geestelijke gezondheidszorg aankloppen, omdat zij zich veelal schamen voor het (vermeende) defect en voor het feit dat ze uiterlijkheden zo belangrijk maken. Ze ervaren zichzelf als zwak omdat ze hun leven laten beheersen door een in hun ogen oppervlakkig probleem en durven daarvoor vaak geen hulp te vragen. Het is dus zeer goed mogelijk dat BDD vaker voorkomt dan wij weten. Toch zijn er pogingen gedaan om het aantal mensen dat aan BDD lijdt in kaart te

brengen. Het voorkomen van BDD wordt op ongeveer 1% geschat in de bevolking. Onder patiënten die plastische chirurgie willen ondergaan wordt het aantal BDD-patiënten geschat op 6 tot 15%. De stoornis begint doorgaans tijdens de adolescentie en waarschijnlijk komt het evenveel bij mannen als bij vrouwen voor.

Symptomen

Mensen met BDD besteden veel tijd, zo'n 3 tot 8 uur per dag, aan het denken over hun onvolkomenheden, het bekijken en onderzoeken ervan in spiegels of etalages en het ondernemen van pogingen om de zogenaamde misvormingen te verbeteren, camoufleren of zelfs te veranderen. De stoornis is chronisch van aard. BDD is officieel geen angststoornis maar een somatoforme stoornis, die wel met veel angst gepaard gaat. Bij somatoforme stoornissen horen allerlei beelden die met het lichamelijke (dis)functioneren te maken hebben. Vanwege de hoge mate van bezig zijn met het vermeende defect en het controlegedrag in spiegels, doet BDD echter sterk denken aan de angststoornis "obsessieve-compulsieve stoornis" (dwangstoornis). Daarnaast lijkt BDD veel op de "sociale fobie", vanwege de angst voor negatieve beoordeling. BDD wordt ook wel geassocieerd met psychotische stoornissen als er sprake is van duidelijke waanovertuigingen over de lichamelijke defecten. De wanen hebben meestal betrekking op anderen die speciale aandacht aan het defect zouden besteden, zij zouden bijvoorbeeld intens staren naar het defect van de patiënt.

Gevolgen

BDD komt ook vaak samen voor met andere psychische stoornissen; zo is ruim de helft van de mensen met BDD tegelijkertijd ook depressief. Een kwart van de mensen met BDD lijdt ook aan een sociale fobie en/of een obsessieve-compulsieve stoornis.

Mensen met BDD lijden vaak in stilte vanuit schaamtegevoelens. Er zijn weinig mensen in hun omgeving die hun angsten kennen, laat staan deze begrijpen. Omdat BDD zoveel tijd en moeite kost, begeven patiënten zich vrijwel nooit ontspannen in sociale situaties omdat ze dan steeds erg bezig zijn met hoe ze eruit zien. Op die manier kost het hen meer moeite een leuke tijd te hebben. De angst is namelijk altijd aanwezig. Tussendoor zullen ze zoveel mogelijk proberen te controleren of alles nog 'goed' is. Hierdoor is het moeilijk vriendschappen te sluiten en te onderhouden of een levenspartner te ontmoeten. Het niveau van sociaal functioneren kan overigens erg verschillen: sommige mensen functioneren redelijk, anderen raken ernstig geïsoleerd, ontwikkelen een depressie of doen een (al dan niet geslaagde) zelfmoordpoging.

Oorzaken

Het is nog onduidelijk wat de oorzaken van BDD zijn maar er zijn wel ideeën over. BDD patiënten hebben de neiging om te overschatten dat er sprake is van een misvormd lichaamsdeel, ze overschatten de ernst van een eventuele afwijking en ze onderschatten wat hun mogelijkheden zijn in het geval ze inderdaad misvormd zouden zijn. Daarnaast hebben patiënten een verhoogde zelfgerichte aandacht, net zoals sociaal-fobische patiënten. Hierbij richt men zich buitengewoon op het eigen lichaam in plaats van zich te richten op informatie van buitenaf. Aangenomen wordt dat BDD patiënten als gevolg hiervan zich teveel concentreren op mogelijke lichamelijke defecten. Een manier waarop deze zelfgerichte aandacht gestalte kan krijgen is door