

Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie

N.C.C.Vulink, V.Sigurdsson, M.Kon, C.A.F.M.Bruijnzeel-Koomen, H.G.M.Westenberg en D.Denys

Zie ook het artikel op bl. 75.

Doel. Vaststellen van de halfjaarsprevalentie van een stoornis in de lichaamsbeleving ('body dysmorphic disorder'; BDD) op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie van een universitair medisch centrum.

Opzet. Vragenlijstonderzoek.

Methode. In de periode januari 2004-juni 2004 vulden alle 530 nieuw aangemelde patiënten op de polikliniek Dermatologie en 475 op de polikliniek Plastische Chirurgie een zelf-invulvragenlijst in, namelijk de 'Body dysmorphic disorder questionnaire'. De dermatoloog of de plastisch chirurg beoordeelde vervolgens de ernst van het defect. Om aan de DSM-IV-criteria van BDD te voldoen moest een patiënt gepreoccupeerd zijn met de zorgen om (een deel van) het uiterlijk, duidelijk lijden ondervinden of beperkingen in het functioneren. Daarnaast mocht er geen afwijking of slechts een minimale afwijking aanwezig zijn (defectscore 1 of 2).

Resultaten. Van de patiënten op de polikliniek Dermatologie had 8,5% (95%-BI: 6,1-10,9) een positieve uitslag voor BDD en op de polikliniek Plastische Chirurgie 3,2% (95%-BI: 1,7-4,7).

Conclusie. Op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie was er een aanzienlijke halfjaarsprevalentie van BDD. Omdat BDD door de somatisch specialist vaak niet wordt herkend, is een eenvoudig screeningsinstrument gewenst.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2006;150:97-100

Het streven naar schoonheid is niet alleen iets van de huidige tijd. Reeds 3000 jaar voor Christus maakten de Egyptenaren zich grote zorgen om het verlies van hun hoofdhaar of het ontstaan van rimpels.¹ Het nastreven van schoonheid kan een ziekte zijn; dat werd in 1891 voor het eerst beschreven door Morselli.² Hij beschrijft de aandoening 'dysmorphofobie' als een plotselinge overtuiging dat iemands eigen uiterlijk afwijkend is. Dit concept ontwikkelde zich in de volgende eeuwen tot 'stoornis in de lichaamsbeleving' ('body dysmorphic disorder'; BDD), ook wel 'morphodysforie'. Patiënten met BDD zijn gepreoccupeerd met hun uiterlijk of een deel daarvan zonder dat er een duidelijk aantoonbare afwijking is. Zij zijn vaak sociaal geïsoleerd. Een derde heeft een suïcidepoging gedaan³⁻⁴ en er is een hoge comorbiditeit met depressie en middelenmisbruik.⁵⁻⁶ Deze patiënten zoeken voornamelijk hulp voor hun klachten bij somatisch specialisten zoals een dermatoloog of een plastisch chirurg.⁷⁻⁸ Diverse studies laten zien dat de prevalentie van

BDD varieert van 6-53% op de poliklinieken voor plastische chirurgie en voor dermatologie.³⁻⁹⁻¹³ BDD kan psychiatrisch goed worden behandeld.¹⁴⁻¹⁷

Omdat de prevalentie van BDD in Nederland onbekend is, deden wij onderzoek hiernaar bij 1005 patiënten die zich aanmeldden op de poliklinieken Plastische Chirurgie en Dermatologie.

PATIËNTEN EN METHODEN

Patiënten. Deze studie werd uitgevoerd in de periode januari 2004-juni 2004 op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Alle nieuwe patiënten op beide poliklinieken ontvingen een zelf-invulvragenlijst en completeerden deze vragenlijst vóór het consult bij de dermatoloog of de plastisch chirurg.

Vragenlijst en procedures. Met de Nederlandse versie van de 'Body dysmorphic disorder questionnaire - dermatology version' werden de symptomen van BDD volgens de DSM-IV-criteria uitgevraagd.¹⁸ Deze vragenlijst bestaat uit 9 vragen, waarvan de eerste is of betrokkene zich zorgen maakt over (een deel van) zijn of haar uiterlijk. Wanneer het antwoord op die vraag ontkennend is, mag de patiënt de andere vragen negeren. Wanneer de patiënt de eerste vraag bevestigend beantwoordt, wordt hem of haar verzocht de rest van de vragenlijst in te vullen om de mate van preoccupatie

Universitair Medisch Centrum Utrecht, B.01.206, Postbus 85.500, 3508 GA Utrecht.

Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afd. Psychiatrie: mw.N.C.C.Vulink, assistent-geneeskundige; hr.H.G.M.Westenberg, psychofarmacoloog; hr.dr.D.Denys, psychiater.

Afd. Dermatologie: hr.V.Sigurdsson en mw.prof.dr.C.A.F.M.Bruijnzeel-Koomen, dermatologen.

Afd. Plastische Chirurgie: hr.prof.dr.M.Kon, plastisch chirurg.

Correspondentieadres: mw.N.C.C.Vulink (n.c.c.vulink@azu.nl).

met het uiterlijk, de mate van lijden en de gevolgen hiervan voor het functioneren te kunnen bepalen. Hogere scores duiden op ernstiger lijden of meer disfunctioneren. Om inzicht te krijgen in de specifieke gevolgen voor het functioneren, werd deze laatste vraag onderverdeeld in sociaal, beroepsmatig en familiair functioneren.

Verder werd naar enkele demografische gegevens gevraagd, zoals leeftijd en geslacht, en werd de dermatologische, plastisch-chirurgische en psychiatrische voorgeschiedenis uitgevraagd.

Diagnose. De dermatoloog of de plastisch chirurg beschreef de somatische diagnose en beoordeelde vervolgens de ernst van de afwijking op een defectschaal van 1-5: 'geen afwijking' (defectscore: 1), 'minimale of beperkte afwijking' (2), 'afwijking duidelijk zichtbaar op conversatieafstand' (3), 'matig ernstige afwijking' (4) en 'ernstige afwijking' (5).

Om aan de DSM-IV-criteria van BDD te voldoen moest een patiënt gepreoccupeerd zijn met de zorgen om (een deel van) het uiterlijk, duidelijk lijden ondervinden of beperkingen in het functioneren. Daarnaast mocht er geen of slechts een minimale afwijking aanwezig zijn (defectscore 1 of 2).

Analyse. Het percentage patiënten dat voldeed aan de criteria voor BDD werd bepaald met een 95%-betrouwbaarheidsinterval. Voor het vergelijken van leeftijd, geslacht, diagnose en voorgeschiedenis van patiënten die bij het beschreven oriënterend onderzoek een positieve of een negatieve uitslag hadden voor BDD, werd de t-toets gebruikt.

RESULTATEN

Polikliniek Dermatologie. Op de polikliniek Dermatologie kwamen 534 nieuwe patiënten; van dezen vulden 530 patiënten (99,3%) de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 41,9 jaar (SD: 17,0; uitersten: 14-90) en vrouwen waren in de meerderheid (n = 314; 59%). De meest voorkomende diagnoses waren: eczeem (n = 100; 19%), pigmentaties (n = 77; 15%), psoriasis (n = 21; 4%), alopecia (n = 20; 4%), verruca vulgaris (n = 17; 3%), rosacea (n = 16; 3%), urticaria (n = 15; 3%), vasculaire problemen (n = 15; 3%) en prurigo (n = 13; 2%). Bijna de helft van alle patiënten had reeds eerder een dermatologische behandeling gehad en 15 patiënten hadden een psychiatrische voorgeschiedenis.

Van de 530 patiënten voldeden 45 aan de DSM-IV-criteria voor BDD (8,5%; 95%-BI: 6,1-10,9). De meesten van deze 45 patiënten waren vrouw (n = 35; 78%) met een gemiddelde leeftijd van 33,6 jaar (SD: 14,9; uitersten: 16-76). De meest voorkomende diagnose was eczeem (tabel). Alle 45 patiënten rapporteerden, zoals vereist volgens de DSM-IV, een duidelijk lijden of duidelijke beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren. Driekwart van deze patiënten (n = 34) vermeldde een ernstige mate van lijden of zeer ernstige en belemmerende beperkingen in het functioneren.

Verder vermeerde bijna driekwart van de patiënten (n = 33) sociale situaties en bijna de helft van de patiënten (n = 20) vermeerde beroepsmatige activiteiten of studieactiviteiten. Patiënten die bij het oriënterend onderzoek een positieve uitslag voor BDD hadden, waren significant jonger (34,2 versus 42,3 jaar (verschil: 8,1); p = 0,001) en het aantal vrouwen was significant hoger (n = 35; p = 0,003) vergeleken met de patiënten met een negatieve uitslag. Er werden geen significante verschillen gevonden in diagnoses, behandelvoorgeschiedenis en psychiatrische voorgeschiedenis tussen de BDD-positieve en -negatieve patiënten.

Polikliniek Plastische Chirurgie. Op de polikliniek Plastische Chirurgie kwamen 635 nieuwe patiënten van wie 475 (75%) de vragenlijst invulden. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 41,2 jaar (SD: 14,9; uitersten: 12-88) en vrouwen waren ook hier in de meerderheid (n = 331; 70%). De meest voorkomende diagnoses waren handproblemen (n = 144; 30%), blefarochalase (n = 48; 10%), littekens (n = 38; 8%), naevi (n = 36; 8%), abdominochalase (buikwandverslapping) (n = 24; 5%) en mammahypertrofie (n = 22; 5%). Bijna een vijfde van alle patiënten had reeds eerder een plastisch-chirurgische behandeling ondergaan en 5 patiënten hadden een psychiatrische voorgeschiedenis.

Van de 475 patiënten voldeden 15 patiënten aan de DSM-IV-criteria voor BDD (3,2%; 95%-BI: 1,7-4,7). De meesten van deze 15 patiënten waren vrouw (n = 13; 87%), met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar (SD: 14,7; uitersten: 17-70). Een vaak voorkomende diagnosecategorie was 'geen diagnose' (zie de tabel). Alle 15 patiënten met BDD rapporteerden, zoals vereist volgens de DSM-IV, een duidelijke mate

Diagnosen bij 60 patiënten van 2 poliklinieken bij wie een stoornis in de lichaamsbeleving ('body dysmorphic disorder') werd vastgesteld

polikliniek			
Dermatologie	n	Plastische Chirurgie	n
eczeem	11	geen diagnose	3
alopecia	8	abdominochalase	
acne	5	(buikwandverslapping)	3
rosacea	3	litteken	2
geen diagnose	3	mammahypertrofie	2
prurigo	2	blefarochalase	1
pigmentaties	2	naevus	1
verruca vulgaris	2	neusafwijkingen	1
vasculaire problemen	2	handafwijkingen	1
lichen ruber planus	2	oorafwijkingen	1
hyperhidrosis	1		
teleangiëctasieën	1		
folliculitis	1		
dermatitis	1		
psoriasis	1		
totaal	45	totaal	15

van lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren. Van deze patiënten vermeldden 12 (80%) een ernstige mate van lijden en 10 (67%) ervoeren zeer ernstige en belemmerende beperkingen in het functioneren. Verder vermeerde meer dan de helft van de patiënten (n = 8) sociale situaties en beroepsmatige activiteiten of studieactiviteiten. Patiënten met een positieve uitslag voor BDD bij het oriënterend onderzoek waren significant jonger (41,4 versus 34,0 jaar (verschil: 7,4); p = 0,044) vergeleken met de patiënten met een negatieve uitslag. Er waren geen significante verschillen voor geslacht, diagnose, behandelvoorgeschiedenis en psychiatrische voorgeschiedenis tussen BDD-positieve en -negatieve patiënten.

BESCHOUWING

Op de onderzochte poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie voldeed blijkens onze studie een aanzienlijk aantal patiënten aan de criteria voor BDD: de prevalentie van BDD was op de polikliniek Dermatologie 8,5% en op de polikliniek Plastische Chirurgie 3,2%. De prevalentie op de polikliniek Dermatologie is gedeeltelijk in overeenstemming met vergelijkbare studies in Amerika op een algemene perifere dermatologiepolikliniek (14%) en een universitaire polikliniek voor esthetische chirurgie (10 en 15%).^{11 18} In een Turkse studie bij patiënten met alleen acne scoorde 9% van de patiënten positief voor BDD.¹²

De prevalentie op de polikliniek Plastische Chirurgie was lager dan in vergelijkbare internationale studies, waarin de prevalentie varieert van 7-53%.^{3 9 10 13} Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de lage prevalenties in onze studie. Allereerst werd er geen selectie gemaakt van patiënten voor esthetische chirurgie, maar werd het onderzoek uitgevoerd op een algemene polikliniek Dermatologie en Plastische Chirurgie van een academisch ziekenhuis. Op de polikliniek Plastische Chirurgie bijvoorbeeld had 30% van de patiënten een handafwijking. Wanneer de patiënten met handafwijkingen buiten beschouwing werden gelaten, steeg de prevalentie van BDD tot 4,2% bij de overgebleven patiënten (14/331). Ook in een andere studie werd een lager percentage van patiënten met BDD gevonden op de universitaire polikliniek vergeleken met een perifere polikliniek: 10 versus 14%.¹¹ Een andere mogelijke verklaring is het verschil in cultuur; met name in de VS is de drempel om een psychiater te bezoeken duidelijk lager dan elders.^{19 20}

Verder was er in onze studie bij slechts 2% van de dermatologische patiënten (n = 11) 'geen defect', net als bij 2% van de plastisch-chirurgische patiënten (n = 11). Alle andere patiënten hadden tenminste een minimaal defect. Dit staat in sterk contrast met de resultaten van de eerdergenoemde studie, waarin 34% van de 268 patiënten 'geen diagnose' had.¹¹ Een mogelijke verklaring is dat de somatisch specialist in onze studie geneigd was altijd een diagnose te stellen.

Een andere mogelijke verklaring is dat de onderzoekspopulaties van elkaar verschilden. Het aantal patiënten dat de vragenlijst invulde, was groot, vooral op de polikliniek Dermatologie: 99% versus 75% op de polikliniek Plastische Chirurgie, waardoor op de laatste polikliniek de prevalentie negatief kan zijn beïnvloed door de kans dat BDD-patiënten de vragenlijst niet invulden.

Leeftijd en geslacht waren gedeeltelijk in overeenstemming met eerdere studies. BDD-patiënten waren significant jonger, evenals in voorgaand onderzoek.¹¹ Echter, in een andere studie waren patiënten juist significant ouder, maar hun gemiddelde leeftijd was slechts 21,6 jaar,¹² dat is ruim onder de gemiddelde leeftijd van de BDD-patiënten in deze studie. Wij vonden meer vrouwelijke dan mannelijke BDD-patiënten, net als eerder werd gezien,⁸ namelijk respectievelijk 78 en 87%. In andere studies werden geen verschillen in geslachtsratio gevonden.^{7 18 21}

Aangezien patiënten met BDD veelal overtuigd zijn van hun lichamelijke afwijking zoeken zij vooral hulp bij somatisch specialisten. In deze studie werd echter geen significant verschil gevonden in de frequentie van dermatologische of plastisch-chirurgische behandeling in de voorgeschiedenis van patiënten die een positieve of negatieve uitslag hadden bij het oriënterend onderzoek op BDD. Dit kan samenhangen met het relatief kleine aantal BDD-patiënten. Daarentegen hadden in eerder onderzoek alle patiënten met BDD reeds niet-psychiatrische behandeling ontvangen voor hun acne.¹²

Een beperking van deze studie is dat wij geen gestructureerde psychiatrische interviews hebben gebruikt voor het diagnosticeren van BDD en van andere psychiatrische aandoeningen. Dit kan een verklaring zijn voor de lage frequentie van psychiatrische comorbiditeit bij alle patiënten. Anderen hebben in een grote studie bij 268 patiënten op een polikliniek Dermatologie aangetoond dat de sensitiviteit en de specificiteit van de in onze studie gebruikte zelf-invulvragenlijst voor het diagnosticeren van BDD hoog is, respectievelijk 100% en 92,3%.¹⁸ Verder kunnen patiëntselectie en informatiebias de resultaten hebben vertekend.

CONCLUSIE

Zoals uit deze studie blijkt, voldoet een aanzienlijk aantal patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie waarschijnlijk aan de criteria voor BDD, terwijl dit meestal niet wordt herkend door de behandelend somatisch specialist. Deze patiënten hebben een ernstige psychiatrische ziekte, die met serotonineheropnameremmers (SSRI's) en cognitieve gedragstherapie goed behandeld kan worden.¹⁴⁻¹⁷ Operatief ingrijpen daarentegen heeft veelal een negatieve uitkomst.^{7 8} Het is van belang om in de toekomst een hanteerbaar instrument te ontwikkelen waarmee een somatisch specialist patiënten kan selecteren met BDD.

Het blijkt echter moeilijk te zijn om een patiënt met BDD te motiveren een psychiater te consulteren, zodat de verwijzing naar een psychiater bijzondere aandacht vraagt.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 4 juli 2005

Literatuur

- 1 Blanco-Davila F. Beauty and the body: the origins of cosmetics. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:1196-204.
- 2 Jerome L. Dismorphophobia and taphephobia: two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *Translation Morselli E (1891). Hist Psychiatry.* 2001;12:103-14.
- 3 Altamura C, Paluella MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251:105-8.
- 4 Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol.* 1997;137:246-50.
- 5 Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Phillips KA, Morton A, Czepowicz V, Emmanuel N, et al. Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1665-7.
- 6 Phillips KA, McElroy SL, Keck jr PE, Pope jr HG, Hudson JL. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1993;150:302-8.
- 7 Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and non-psychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2001;42:504-10.
- 8 Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 1996;169:196-201.
- 9 Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry.* 2003;18:365-8.
- 10 Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;52:283-7.
- 11 Phillips KA, Dufresne jr RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:436-41.
- 12 Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, Ozsahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry.* 2003;44:415-9.
- 13 Vindigni V. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plastic Surgery.* 2002;25:305-8.
- 14 Phillips KA, Rasmussen SA, Price LH. Treating imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1041-2.
- 15 Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:721-7.
- 16 Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:381-8.
- 17 Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 1996;34:717-29.
- 18 Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001;27:457-62.
- 19 Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics.* 2002;43:486-90.
- 20 Garner DM. The 1997 Body Image Survey results. *Psychol Today.* 1997;30:30-46.
- 21 Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:570-7.

Abstract

Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics

Objective. To determine the 6-month prevalence of body dysmorphic disorder (BDD) in outpatient clinics of dermatology and plastic surgery in a university medical centre.

Design. Questionnaire study.

Method. In the period January 2004-June 2004, the self-reported Body dysmorphic disorder questionnaire was completed by 530 and 475 new patients in the outpatient clinics of dermatology and plastic surgery, respectively. The dermatologist or plastic surgeon assessed the severity of the defect. To meet the DSM-IV criteria for BDD, the patient must have been preoccupied with treatment of all or part of their appearance, experienced obvious suffering or restriction of function with minimal or no defect present (defect score 1 or 2).

Results. In the outpatient clinics of dermatology and plastic surgery 8.5% (95% CI: 6.1-10.9) and 3.2% (95% CI: 1.7-4.7) of patients screened positive for BDD, respectively.

Conclusion. A high prevalence of BDD was found in the outpatient clinics of dermatology and plastic surgery. Because dermatologists and plastic surgeons do not often recognise BDD, a simple screening tool is needed.

Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:97-100