

SANDRA MULKENS, CHRISTINE KERZEL, HARALD MERCKELBACH & ANITA JANSEN

# Mooi, maar ontevreden

Over psychische stoornissen en cosmetische chirurgie

**Wie mooi wil zijn moet pijn lijden. Maar ook na een chirurgische ingreep blijven sommige patiënten ontevreden over hun uiterlijk. Wat zien chirurgen over het hoofd?**

Cosmetische chirurgie wordt steeds populairder. In de Verenigde Staten werden in 2004 ruim 1,7 miljoen cosmetisch-chirurgische ingrepen uitgevoerd, een stijging van 3% ten opzichte van 2002. De vijf vaakst voorkomende operaties waren liposuctie, neuscorrectie, borstvergroting, ooglidcorrectie en facelift. Het aantal borstvergrotingen steeg zelfs met 11%. Tussen 1992 en 2004 steeg in de vs het aantal liposucties, borstvergrotingen, ooglidcorrecties en facelift (de top vier) met bijna 250%. Daarnaast zijn er de laatste jaren allerlei nieuwe procedures die niet door een chirurg hoeven worden uitgevoerd: botoxinjecties, chemische *peeling*, microdermabrasie (een vorm van peeling waarbij microkristallen onder de huid worden aangebracht) en laser-ontharing (Sarwer & Crerand, 2004). Wanneer we die ook meetellen, komen we in de vs in 2004 op meer dan 9,2 miljoen ingrepen – 40% meer dan in 2002 (cijfers afkomstig van website ASPRS, 2004).

Ook in Nederland lijkt het aantal cosmetisch-chirurgische ingrepen te stijgen, hoewel harde cijfers ontbreken. In elk geval zijn er steeds meer privé-klinieken die zich toeleggen op zulke ingrepen. Ook de media besteden er steeds vaker aandacht aan. Een in het oog springend voorbeeld is het Nederlandse televisieprogramma *Make me beautiful*, een variant op het Amerikaanse *Extreme makeover*. In deze programma's ondergaan mensen binnen een aantal weken een totale gedaanteverwisseling. Ze verblijven gedurende deze periode in een kliniek, afgezonderd van familie en vrienden, en laten het resultaat van de cosmetische ingrepen op de televisie zien, ten overstaan van hun dierbaren en de gehele natie.

De meeste mensen die cosmetische chirurgie ondergaan, doen dat omdat ze ontevreden zijn met hun lichaam (Sarwer e.a., 1998a). Het lichaamsbeeld (dat wil zeggen hoe men zijn uiterlijke verschijning ervaart, Cash, 2004; Mowlawi e.a., 2000) is aan verandering onderhevig door omgevingsgebonden, tijdsgebonden, en interpersoonlijke invloeden (Mowlawi e.a., 2000). Sarwer e.a. (1998b) introduceerden het begrip ‘valentie van het lichaamsbeeld’. Dit is de mate waarin het lichaamsbeeld van belang is voor de zelfwaardering. Mensen met een hoge lichaamsbeeldvalentie ontlenen een groot deel van hun eigenwaarde aan hun lichaamsbeeld en zullen dus meer letten op hun uiterlijk. Mensen met een lage lichaamsbeeldvalentie zijn voor hun eigenwaarde niet afhankelijk van hun uiterlijk en zullen zich er weinig zorgen over maken.

Naast valentie heeft het lichaamsbeeld ook een evaluatieve component, namelijk de feitelijke tevredenheid met het eigen lichaam. De valentie en de mate van tevredenheid samen voorspellen of iemand cosmetische chirurgie overweegt. Volgens Sarwer en collega’s zullen alleen die mensen cosmetische chirurgie overwegen, wier zelfwaardering afhangt van het lichaamsbeeld. En dan vooral wanneer ze er ontevreden mee zijn. Iemand wiens zelfwaardering niet afhangt van het lichaamsbeeld (lage valentie) zal geen cosmetische chirurgie overwegen, ook niet als hij of zij ontevreden is over het lichaam.

### Psychische stoornissen en cosmetische chirurgie

‘Lichaamsbeeldtevredenheid’ is een continuüm; aan de ene zijde bevinden zich mensen die uitermate tevreden zijn met hun lichaamsbeeld, aan de andere zijde mensen met een stoornis in de lichaamsbeleving, bijvoorbeeld *body dysmorphic disorder* (BDD) (Sarwer e.a., 1998b). Het belangrijkste kenmerk van BDD is volgens de DSM-IV een preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. BDD-patiënten zijn wel zo’n drie tot acht uur per dag (Phillips, 1996) bezig met hun onvolkomenheden, ze bekijken zichzelf voortdurend in de spiegel en proberen hun vermeende misvormingen te verbergen of te veranderen (Veale, 2000; Veale & Riley, 2001). De stoornis is chronisch. Patiënten met BDD zijn het best geholpen met cognitieve gedragstherapie (Bouman, 1998) of met een serotonine-heropnameremmer (bijvoorbeeld clomipramine; Hollander e.a., 1999). De meeste patiënten denken dat plastische chirurgie de beste remedie is, maar de resultaten van een dergelijke operatie zijn vaak teleurstellend (Veale, 2000).

Andere psychische stoornissen waarbij een gestoord lichaamsbeeld een rol kan spelen, zijn eetstoornissen, stemmingsstoornissen, seksuele, psychotische en persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten met anorexia en bulimia nervosa hebben een verstoorde waarneming van hun eigen lichaam en

hechten verhoogde betekenis aan gewicht of uiterlijk voor hun zelfwaardering (Skrzypek e.a., 2001). Net als voor BDD is cognitieve gedragstherapie voor hen de meest werkzame behandelmethode (Jansen, 2001). Waarschijnlijk melden patiënten met een eetstoornis zich ook voor cosmetische chirurgie omdat ze denken dat verandering van hun lichaam de sleutel is naar een hogere zelfwaarde.

Ook depressieve patiënten kampen soms met het idee dat ze hopeloos onaantrekkelijk zijn vanwege een relatief kleine imperfectie (Mowlawi e.a., 2000). 6,6% van de depressieve stoornissen gaat gepaard met BDD (Nierenberg e.a., 2002). Zulke patiënten zullen vaak ontevreden zijn over het resultaat van cosmetische chirurgie en zijn beter te helpen met antidepressiva of cognitieve gedragstherapie.

Psychoseksuele problemen liggen geregeld ten grondslag aan het verzoek tot cosmetische chirurgie (Mowlawi e.a., 2000). Onderzoek liet zien dat de helft van de vrouwen die een borstvergroting wilde, aan een seksuele disfunctie leed. In de algemene populatie lag dat percentage bij vrouwen op 10% (Schlebusch & Levin, 1983). Een borstvergroting is echter geen oplossing voor een psychoseksueel probleem. Zo wees Zweeds onderzoek uit dat onder vrouwen die een borstvergroting hadden laten doen, driemaal zoveel suïcides voorkwamen als in een referentiegroep uit de normale populatie (Koot e.a., 2003).

Ook personen die lijden aan een psychotische stoornis kunnen een hardnekkige wens hebben om hun lichaam te veranderen (À Campo, 2004). À Campo en zijn co-auteurs (1998) ontdekten dat een groot deel van de door hen geïnterviewde schizofrene patiënten hun uiterlijk drastisch veranderde net voor het begin van een nieuwe psychose. Binnen de waanstoornis bestaat een somatisch subtype waarbij de patiënt de overtuiging heeft dat een



FOTO THOMAS ZUN VÖRDE SIVE VÖRDING, AMSTERDAM

lichaamsdeel misvormd is (Phillips e.a., 1994). Zo onderschatten patiënten de grootte van hun onderste extremiteiten (de benen) tijdens de acute fasen van paranoia en schizoaffectieve stoornissen (Priebe & Röhrich, 2001). Zulke patiënten zijn eerder gebaat bij medicijnen dan bij een cosmetische ingreep. Wat betreft persoonlijkheidsstoornissen is de kans dat een patiënt zich meldt voor cosmetische chirurgie het grootst bij de narcistische en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (Mowlawi e.a., 2000). Bij narcistische patiënten bestaat de kans dat ze onrealistische verwachtingen hebben over het eindresultaat. Afhankelijke mensen laten de ingreep misschien vooral doen om een ander te behagen. Dat is een twijfelachtige motivatie voor een operatie (Mowlawi e.a., 2000).

Voor stoornissen die te maken hebben met een verstoord lichaamsbeeld, bestaan betere remedies dan cosmetische chirurgie. Het is dus zaak dat plastisch chirurgen de kandidaat-patiënten van tevoren *screenen* op motivatie, verwachtingen, en eventueel aanwezige psychische stoornissen. Diverse studies tonen aan dat voorafgaand aan een cosmetisch chirurgische ingreep de psychische conditie van patiënten slechts summier wordt bekeken (bijvoorbeeld Thomas e.a., 2001). Plastisch chirurgen zijn immers niet of nauwelijks getraind in het detecteren en diagnosticeren van psychopathologie. Bovendien kost een uitgebreide *screening* geld.

## Ontevreden patiënten

Cosmetisch chirurgen zijn tegenwoordig erg bezig met het promoten van hun vak. In bladen en kranten, op internet en op de televisie zien we ‘voor’ en ‘na’ beelden van cosmetische operaties. De begeleidende teksten suggereren dat patiënten *altijd* verbeteren door de ingreep en dat ze zonder uitzondering tevreden zijn over het resultaat. De vraag is of dat waar is. We gingen op zoek naar ontevreden patiënten en de oorzaken van hun ontevredenheid. Hebben ze meer last van psychische problemen? Zijn ze terecht ontevreden? Zijn ze slecht behandeld? We interviewden een aantal proefpersonen over hun beweegredenen, de voorbereiding op de ingreep (werd er informatie verstrekt, werden ze voldoende onderzocht?) en de reden waarom ze na afloop ontevreden waren. Daarnaast vulden ze vragenlijsten in over allerlei psychische klachten. Vervolgens vergeleken we het voorkomen van psychische klachten bij deze personen met de algemene bevolking.

Op deze retrospectieve manier van onderzoek is aan te merken dat eventueel aanwezige psychopathologie zich pas na de ingreep kan hebben ontwikkeld. Toch is dat bij stoornissen als BDD niet aannemelijk. BDD ontstaat meestal in de adolescentie (Phillips, 1996). Mensen die aan BDD lijden, laten

juist cosmetische chirurgie uitvoeren *vanwege* deze stoornis. Ook van eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen is bekend dat deze zich ontwikkelen in de vroege volwassenheid.

### Het onderzoek

Om proefpersonen te werven, plaatsten we advertenties in regionale dagbladen en hingen we *flyers* op in winkels, sportscholen en bij kappers in Maastricht. De advertentietekst luidde:

- De Faculteit der Psychologie is op zoek naar mensen voor een studie
- over plastische chirurgie. U kunt meedoen als u niet tevreden bent over
- het resultaat van de ingreep die u heeft ondergaan. Het onderzoek
- bestaat uit een interview en vragenlijsten en vindt plaats op de
- Universiteit Maastricht. Voor uw deelname ontvangt u een vergoeding.

De vergoeding voor deelname bedroeg € 20 plus reiskostenvergoeding. In drie maanden reageerden dertien personen. We belden ze terug om te checken of ze voldeden aan de inclusiecriteria en gaven informatie over het onderzoek. Het belangrijkste inclusie criterium was dat de operatie was uitgevoerd om cosmetische en/of esthetische redenen. Hersteloperaties, bijvoorbeeld na een ongeval of ziekte, golden als exclusie criterium, net als cosmetische behandelingen die niet chirurgisch van aard waren (zoals epileren, hormoonbehandeling, chemische peeling, botoxinjecties). Uiteindelijk bleven er negen proefpersonen over (zeven vrouwen en twee mannen) Nadat ze uitleg hadden gekregen over het onderzoek, ondertekenden ze allen een *informed consent*.

We namen een interview af en lieten een aantal vragenlijsten invullen over een uitgebreid gebied van psychopathologie. In het interview vroegen we naar demografische en persoonlijke gegevens (zie tabel 1) en naar alle medische en cosmetische ingrepen. Ook werd men gewogen en gemeten om de Body Mass Index te kunnen bepalen.

**Tabel 1** Demografische kenmerken van de proefpersonen (n=9)

	Gem.	(SD)	Minimum	Maximum
leeftijd (jaren)	54.8	(7.8)	43	68
BMI	25	(2.0)	21.5	27.6
bruto jaarinkomen (€; n=8)	24750	(9035.6)	15000	33000
opleidingsniveau*)	4.3	(1.9)	2	6
verstreken tijd sinds operatie (jaren)	5.8	(4.7)	1	14
totaal aantal cosmetische operaties	1.3	(0.5)	1	2

burgerlijke staat: gehuwd (n=5), gescheiden (n=3), ongehuwd (n=1)

\*) lo=1, lbo=2, mo=3, mbo=4, vo=5, hbo=6, wo=7

### Vragenlijsten

We namen de volgende vragenlijsten af:

**SCL-90:** De Symptom Checklist-90 (Arrindell & Ettema, 1986) is een multidimensionele klachtenlijst, gebaseerd op zelfbeoordeling door de onderzochte. De vragenlijst beslaat negentig items die op een vijfpuntsschaal worden gescoord, en geeft een schatting van de ervaren pathologie in een achttal symptoomdomeinen: angst, agorafobie, depressie, somatische klachten, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, insufficiëntie van denken en handelen, slaapproblemen en hostiliteit. Bovendien kan de ervaren psychopathologie in een algemene maat worden uitgedrukt (*range* 90-450). De interne consistentie is hoog (alpha's van 0.77 tot 0.97).

39

**BDDE-SRQ:** De Body Dysmorphic Disorder Examination Self-Report Questionnaire (Rosen & Reiter, 1996; Nederlandse geautoriseerde vertaling Mulkens & Kerzel, 2003) geeft aanwijzingen voor de aanwezigheid van BDD. Deze vragenlijst bestaat uit drie delen. In het eerste deel wordt de respondent gevraagd maximaal vijf lichaamsdelen uit een lijst aan te kruisen waarover hij/zij ontevreden is geweest in de afgelopen maand, deze in de volgorde te zetten van de mate van ontevredenheid, en de redenen van die ontevredenheid aan te geven. Het tweede deel inventariseert welke en hoeveel behandelingen de respondent heeft ondergaan om de lichaamsdelen waarover hij of zij ontevreden is te veranderen. In het derde deel beantwoordt de respondent 26 vragen over het lichaamsdeel waarover hij of zij het meest ontevreden was op een zevenpuntsschaal. De som van 25 vragen vormt de totaalscore (*range* 0-150). De interne consistentie van de Engelstalige lijst is hoog (alpha= 0.94) evenals de test-hertestbetrouwbaarheid ( $r=.90$ ).

**BDI:** Beck's Depression Inventory (Beck e.a., 1961) is een 21-item zelfrapportagelijst ter indicatie van depressieve en disfore gedrags-symptomen. De items worden gescoord op een vierpuntsschaal, wat een totaalscore op kan leveren van 63. Hogere scores wijzen op een grotere mate van depressie. De BDI heeft een hoge interne consistentie (alpha= .86 voor psychiatrische patiënten; Beck e.a., 1988).

**PAS:** De Perceptual Aberration Scale (Chapman e.a., 1978; Nederlandse vertaling Hardy, 2001) is ontwikkeld om schizotypische symptomen te detecteren. De schaal meet afwijkingen in de waarneming en het lichaamsbeeld door middel van 35 ja/nee items. De betrouwbaarheid van het instrument blijkt voldoende.

**ADP-IV:** De Assessment of DSM-IV Personality Disorders (Schotte e.a., 1998) is een zelfrapportagelijst voor persoonlijkheidsstoornissen. De lijst bestaat uit 94 items die elk twee karakteristieken van een DSM-criterium meten, namelijk in hoeverre de persoonlijkheidstrek aanwezig is (*traitscore*) en hoeveel last de respondent ervan ondervindt (*distress-score*). Naast de tien

gangbare persoonlijkheidsstoornissen (paranoïd, schizoïd, schizotypisch, antisociaal, borderline, theateraal, narcistisch, ontwijkend, afhankelijk en obsessief-compulsief) zijn ook de depressieve en de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis in de lijststopgenomen. De interne consistentie van de vragenlijst is goed ( $\alpha=.76$ ). Er zijn normen voor de *traitscores*. Indien de proefpersoon aan de *traitscore* voldoet en ook aan de *distress-score* op het betreffende item, is dat een indicatie voor de aanwezigheid van de betreffende persoonlijkheidstrek.

*EDE-Q*: De Eating Disorders Examination Questionnaire (Fairburn & Beglin, 1994) is een 30-item zelfrapportagemaat, ontwikkeld om specifieke eetpathologie te meten. De lijst bevat een vijftal subschalen (lijnen, piekeren over eten, piekeren over gewicht, piekeren over lichaamsvormen en eetbuïen en gewichtscontrolemaatregelen) en richt zich op de afgelopen 28 dagen. Er wordt geantwoord op een zevenpuntsschaal, met uitzondering van ‘eetbuïen en gewichtscontrolemaatregelen’ (ja/nee formaat en aantal).

## Resultaten

Uit de interviews verzamelden we per proefpersoon de aard van de ingreep, de reden voor de ingreep, of er vooraf voldoende informatie werd gegeven, de reden voor de ontevredenheid over de ingreep, of de ontevredenheid werd gedeeld door anderen, en het totaal aantal ondergane cosmetische operaties (zie tabel 2).

Voor alle respondenten had de keuze voor een cosmetische ingreep te maken met ontevredenheid over het uiterlijk, dan wel over het ouder worden van het uiterlijk. Zoals valt af te lezen uit tabel 2, werden drie van de negen respondenten geopereerd in een privé-kliniek en de overigen in een algemeen of academisch ziekenhuis. Omdat privéklinieken een winstoogmerk hebben, zou je verwachten dat daar (uit oogpunt van kostenbeperking) de informatie-verstrekking en het pre-operatief onderzoek tekort zouden schieten. Dat bleek niet het geval. De respondenten vonden in alle gevallen dat ze van tevoren voldoende geïnformeerd en onderzocht waren.

De meeste respondenten zeiden dat ze aan ons onderzoek meededen omdat ze zo hun verhaal kwijt konden. Enkelens voelden zich miskend of verongelijkt en zeiden ‘iets te willen doen tegen de commercie in de zorg’. Zeven respondenten rapporteerden dat familieleden of vrienden het eens waren met hun ontevredenheid. Dit suggereert dat het resultaat van de ingreep inderdaad niet bevredigend was. Helaas kunnen we dit niet beoordelen omdat er geen foto's van voor en na de operatie waren. Het zou dus kunnen dat de ontevredenheid terecht is, maar ook dat de respondenten

een onrealistische verwachting hadden van het resultaat. Opvallend is dat bij twee respondenten de ontevredenheid niet (direct) werd gedeeld door anderen: respondent zes lijkt overmatig gepreoccupeerd te zijn met zijn kin. Die beheerst zijn leven terwijl anderen er niets aan zien. Respondent zeven kreeg pas zeven jaar na de operatie een opmerking over haar te hoog teruggeplaatste tepels – door een verkoopster in een lingeriezaak. Ze was zelf altijd tevreden geweest met het resultaat, net als haar echtgenoot.

**Tabel 2 Interviewgegevens per proefpersoon**

Nr.	Ingrep	Reden ingrep	Info vooraf	Reden ontevredenheid	Werd ontevredenheid gedeeld?	Totaal aantal ingrepen
1	Face-neklifting (privékliniek)	Wil jonger zijn	Onvoldoende	N.a.v. wild vlees constateerde ZH dat ingreep niet volledig was uitgevoerd	Ja, door man en kinderen	2 (tevens ooglidcorrectie)
2	Hals-kaaklijnlifting (privékliniek)	Voelt zich niet meer mooi	Geen info (contract werd toegezonden)	Liep streptokokken -infectie op waarna restverschijnselen	Ja, door dochter	1
3	Ooglifting (algemeen ziekenhuis)	Operatie aangeraden door schoonheids-specialiste op info-avond	Onvoldoende ('vraagt u maar een folder bij de assistente')	Littekens slordig gezet, vocht -ophoping rechterooglid	Ja, door alle gezinsleden	1
4	Ooglifting (academisch ziekenhuis)	Overhangende oogleden; beperking van het zicht en in tweede instantie 'ijdelheid'	Intake, maar dossier raakte kwijt	Teveel littekenweefsel en 'veel snijwerk met weinig resultaat'. Hersteloperatie werd steeds door ZH afgezegd	Ja, door mensen uit omgeving (was niet te zien dat er ooglifting was uitgevoerd)	1

5	Buikwand-correctie (algemeen ziekenhuis)	Verslapping buikwand na versteviging blaasbanden	Onvoldoende, chirurg was geen plastisch chirurg	Teveel overhangende huid in buikstreek, litteken te groot en gaten in litteken zichtbaar	Ja, door mensen uit de omgeving	2 (tevens borstlifting en -verkleining). Heeft plan voor ooglid-correctie
6	Verwijdering oneffenheid aan kin (algemeen ziekenhuis)	Vond 'bobbeltje' op kin niet mooi	Onvoldoende ('ik kwam binnen, hij keek even en ik kon weer gaan') Geen info over eventuele littekens	Heeft nu litteken i.p.v. bobbeltje	Nee, knobbeltje én litteken was niemand opgevallen	1
7	Borst-verkleining (academisch ziekenhuis)	Beperkingen bij sporten en kledingkeuze, schaamte over cupmaat (E)	Onvoldoende (bepaalde info pas achteraf)	Tepels te hoog geplaatst	Ja, door verkoopster in lingeriezaak	1
8	Litteken-correctie (academisch ziekenhuis)	Esthetische overwegingen	Onvoldoende (na indienen klacht reageerde ZH dat cliënt op de hoogte moest zijn dat ingreep niet altijd verbetering inhield)	Het litteken is groter geworden i.p.v. kleiner	Ja, door echtgenoot	1
9	Neuscorrectie (privékliniek)	Neus niet mooi (te dik en te breed)	Onvoldoende Arts had ander resultaat voorspeld	Slechts een gedeeltelijke verbetering: profiel nog niet zoals gewenst	Ja, door kinderen en vrienden	2 (beide neuscorrecties)

### Vragenlijstscores

De individuele vragenlijstscores hebben we afgezet tegen de normscores en afkapwaarden van de betreffende vragenlijsten. Vanaf een bovengemiddelde score of een score boven de afkapwaarde kenden we aan de persoon een disfunctionele score toe op de betreffende lijst. Uitgaande van de SCL-90 (totaalscore) kunnen we stellen dat vijf van de negen proefpersonen er erger aan toe zijn dan de gemiddelde bevolking. Op de BDDI-SRQ kampt tweederde met klachten rondom een verstoorde lichaamsbeleving. Op de BDI scoren twee personen 'licht depressief' en twee 'ernstig depressief'; vier van de negen respondenten bleken dus depressieve klachten te hebben. Op de PAS scoren alle invullers beneden de afkapwaarden, wat inhoudt dat er bij niemand sprake is van schizotypische kenmerken. De ADP-IV werd door acht proefpersonen volledig ingevuld. Van hen scoren drie personen zeer laag tot gemiddeld op de *traitscores* in vergelijking tot de normgroep (Schotte e.a., 1998), op alle twaalf persoonlijkheidsstoornissen. Vijf van de acht hebben hoge of zeer hoge *traitscores* op een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Wanneer naast de *traitscore* ook de *distress-score* in aanmerking wordt genomen, dan is er bij twee proefpersonen (beiden mannen) daadwerkelijk sprake van een persoonlijkheidsstoornis: bij een van hen bestaan een ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en bij de ander een theatrale persoonlijkheidsstoornis. Met betrekking tot de EDE-Q subschaal 'lijnen' scoren vier personen bovengemiddeld. Op de subschalen 'piekeren over eten' en 'piekeren over lichaamsvormen' scoren drie personen bovengemiddeld. Op de subschaal 'piekeren over gewicht' ten slotte scoren twee respondenten bovengemiddeld.

Samengenomen blijken vijf van de negen proefpersonen op drie of meer van de zes vragenlijsten disfunctionele scores te laten zien, wat een opvallende uitkomst is. Al met al lijkt er bij vijf personen dus sprake van een hoge mate van psychopathologie ten tijde van het onderzoek. Bij alle vijf spelen tevens BDD-klachten een rol.

### Wat zeggen deze gegevens ons?

We wilden met deze studie laten zien dat mensen die cosmetische chirurgie hebben ondergaan, niet altijd tevreden zijn (zoals de reclame en de media ons willen doen geloven) en we wilden enig zicht krijgen op de psychische gesteldheid van spijtoptanten die cosmetische chirurgie hebben ondergaan. Vijf van de negen proefpersonen blijken nu disfunctioneel te scoren op minimaal drie van de zes vragenlijsten. Dit betekent dat meer dan de helft van de onderzochte groep lijkt te kampen met psychische klachten.

Een beperking van de studie is (zoals al is gezegd) haar retrospectieve karakter. Men zou immers kunnen tegenwerpen dat de proefpersonen pas allerlei klachten hebben ontwikkeld *nadat* ze ontevreden waren over het resultaat van de operatie. Dat valt niet helemaal uit te sluiten. Het is immers ook niet ondenkbaar dat de chirurgen van de patiënten in deze studie inderdaad prutswerk hebben afgeleverd. Dat konden we helaas niet objectief vaststellen omdat duidelijke voor- en na-foto's ontbraken. Desalniettemin zijn enkele stoornissen (zoals de stoornis in de lichaamsbeleving en persoonlijkheidsstoornissen) vormen van psychopathologie die in de vroege volwassenheid ontstaan. Aangezien het merendeel van onze respondenten al enigszins op leeftijd was ten tijde van de operatieve ingreep, lijkt het onwaarschijnlijk dat deze stoornissen daarna zijn ontstaan. Stoornis in de lichaamsbeleving is bovendien een stoornis die aanzet tot cosmetische chirurgie in plaats van andersom. Het feit dat bij drie proefpersonen een hoge score op de BDDE-SRQ werd aangetroffen, suggereert dat er onvoldoende diagnostiek is gepleegd voorafgaande aan de ingreep.

Uit de gerapporteerde cijfers kunnen uiteraard niet zonder meer harde diagnoses worden gesteld. Het geëigende middel is een diagnostisch DSM-IV interview. Maar met de gebruikte (betrouwbare en valide) vragenlijsten kunnen we in elk geval de conclusie trekken dat spijtoptanten van plastische chirurgie er erger aan toe zijn dan plastisch chirurgen wellicht vermoeden. Dat is ook al opvallend omdat bij meer reguliere ingrepen (bijvoorbeeld transplantaties) patiënten zich snel aanpassen aan de chronische beperkingen die zulke ingrepen kunnen opleveren (Adang e.a., 1998).

### **Een wereld te winnen**

We vroegen onze proefpersonen ook hoe de informatievoorziening voorafgaande aan de operatie was geweest en of ze getest waren op psychische klachten. Het merendeel had onvoldoende informatie gekregen en niemand was getest op psychische klachten. Natuurlijk komen deze aanwijzingen uit een selectieve groep van spijtoptanten, maar ze suggereren dat hier een wereld te winnen is. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het voorspellen wie er wel of niet zal profiteren van cosmetische chirurgie. Bijvoorbeeld door patiënten voor en na de ingreep en enige tijd later uitgebreid te testen; of door ook tevreden patiënten aan een onderzoek te onderwerpen en de gegevens te vergelijken met een ontevreden groep. Hoewel tijds- en kostenintensiever, is het de moeite waard om kandidaatpatiënten in elk geval vooraf te *screenen* op enkele vaak voorkomende psychische klachten, opdat ontevredenheid achteraf voorkomen wordt en de beste behandeling kan worden geboden. De beste behandeling is immers niet altijd het veranderen van het lichaam.

Dit artikel is bedoeld om te wijzen op het bestaan van een groep mensen die ontevreden is met de cosmetisch-chirurgische ingreep die ze hebben ondergaan. Cosmetisch chirurgen zelf hebben er belang bij om nauwkeurig te kijken naar ontevreden patiënten. Het negeren van ontevredenheid leidt er onherroepelijk toe dat deze groep haar gelijk gaat halen bij een tuchtcommissie of rechter. Die neiging zal sterker zijn naarmate esthetisch chirurgen, in een poging om reclame voor hun *metier* te maken, een overdreven voorstelling van de eigen successen geven.



### Literatuur

- Adang, E.M., G. Kootstra, G.L. Engel, J.P. van Hooff & H.L. Merckelbach (1998). Do retrospective and prospective quality of life assessments differ for pancreas-kidney transplant recipients? *Transplant International*, 11, 11-15.
- American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons ([www.plasticsurgery.org](http://www.plasticsurgery.org)).
- Arrindell, W.A., & J.H.M. Ettema (1986). *scl-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck, A.T., C.H. Ward, M. Mendelsohn, J.E. Mock & J.K. Erbaugh (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 1730-1734.
- Beck, A.T., R.A. Steer & M.G. Garbin (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bouman, T.K. (1998). Spiegeltje, spiegeltje aan de wand...Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder). *Gedragstherapie*, 31, 249-271
- Campo, J. à (2004). *Changes in appearance and psychosis*. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht.
- Campo, J. à, M. Frederickx, H. Nijman & H.J. Merckelbach (1998). Schizophrenia and changes in physical appearance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 197.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Chapman, L.J., J.P. Chapman & M.L. Raulin (1978). Body image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Fairburn, C.G., & S.J. Beglin. (1994). Assessment of eating disorders. Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Hardy, S. (2001). Chapman schalen voor psychosevatbaarheid: Psychometrische kwaliteiten van de Amerikaanse en Nederlandse Chapman schalen. Universiteit Maastricht. Ongepubliceerd jaarwerkstuk.
- Hollander, E., A. Allen, J. Kwon, B. Aronowitz, J. Schmeidler, C. Wong & D. Simeon (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.
- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment for eating disorders: nothing is as practical as a good theory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1007-122.
- Koot, V.C.M., P.H.M. Peeters, F. Granath, D.E. Grobbee &

- O. Nyren (2003). Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. *British Medical Journal*, 326, 527-528.
- Mowlawi, A., S. Lille, K. Andrews, S. Yashar, T. Schoeller, G. Weschelberger & R. Anderson (2000). *Annals of Plastic Surgery*, 44, 97-106.
- Mulkens, S., & C. Kerzel (2003). Nederlandse geautoriseerde vertaling van de Body Dysmorphic Disorder Examination-Questionnaire; oorspronkelijke versie Reiter. J. & Rosen, J. (1995).
- Nierenberg, A.A., K.A. Phillips, T.J. Petersen, K.E. Kelly, J.E. Alpert, J.J. Worthington, J.R. Tedlow, J.F. Rosenbaum & M. Fava (2002). Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 69, 141-148.
- Priebe, S., & F. Röhrlich (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101, 289-301.
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror: Recognizing and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Rosen, J.C., & J. Reiter (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766.
- Sarwer, D.B., & C.E. Crerand (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1, 99-111.
- Sarwer, D.B., L.A. Whitaker, M.J. Pertschuk & T.A. Wadden (1998a). Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Annals of Plastic Surgery*, 40, 403-407.
- Sarwer, D.B., T.A. Wadden, M.J. Pertschuk & L.A. Whitaker (1998b). The psychology of cosmetic surgery: a review and conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- Schotte, C.K.W., D. De Doncker, V. Vankerckhoven, H. Vertommen & P. Cosyns, (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28, 1179-1188.
- Schlebusch, L., & A. Levin (1983). A psychological profile of women selected for augmentation mammoplasty. *South African Medical Journal*, 64, 481-483.
- Skrzypek, S., P.M. Wehmeier & H. Remschmidt (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221.
- Thomas, J.R., A.P. Sclafani, M. Hamilton & E. McDonough (2001). Preoperative identification of psychiatric illness in aesthetic facial surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 25, 64-67.
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and 'div' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.
- Veale, D., & S. Riley (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1381-1393.

### Summary

Mulkens, S., C. Kerzel, H.J. Merckelbach & A. Jansen 'Beautiful but sorry: About mental health problems and cosmetic surgery'

► A growing number of people now undergo cosmetic surgery to modify or improve their appearance, and the media are devoting increasing attention to this branch of medicine. The implication is that all patients benefit from cosmetic surgery without exception, and that nobody is ever disappointed. By and large, though, dissatisfaction with their own body (in combination with a sense of self-worth strongly determined by physical considerations) is the reason why people want to change their appearance in the first place. A disturbed body image plays a part in a range of mental disorders, among them body dysmorphic disorder. Yet cosmetic surgeons pay little attention to the mental health status of their candidate patients before agreeing to operate. A pilot study reported here found that subjects were in a poor state of mental health,

and that more than half of the sample exhibited psychopathological symptoms. Cosmetic surgery candidates therefore ought to be screened in advance for a number of common mental disorder symptoms. In addition to avoiding subsequent disappointments, this can help them get the appropriate treatments for their mental health problems.

#### **Personalia**

Dr S. Mulkens (1970), is universitair docent aan de Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, van de Universiteit Maastricht en psychotherapeut/ gezondheidszorgpsycholoog bij de Afdeling Volwassenenzorg kort van de Riagg Maastricht.

Adres: Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel: 043 3884052.

s.mulkens@spsychology.unimaas.nl

Drs C. Kerzel (1976) was ten tijde van dit onderzoek stagiaire bij de Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.

Prof. dr H.L.G.J. Merckelbach (1959) is hoogleraar psychologie aan de Faculteit der Psychologie en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht.

Prof. dr A.T.M. Jansen (1960) is hoogleraar experimentele klinische psychologie aan de Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht.