

OVERZICHTSARTIKEL

‘Niet om aan te zien’ Ontstaansgeschiedenis en plaatsbepaling van de stoornis in de lichaamsbeleving

A.M.E. VAN DE KOOLWIJK-VAN BENTUM, F.W. WILMINK

ACHTERGROND Uit de literatuur komt naar voren dat de stoornis in de lichaamsbeleving door de eeuwen heen onderbelicht is geweest.

DOEL Bespreking van de ontstaansgeschiedenis van de stoornis in de lichaamsbeleving en onderzoek naar het bestaansrecht ervan in het huidige DSM-IV-classificatiesysteem, in het bijzonder ten opzichte van de waanstoornis, de stemmingsstoornissen, de sociale fobie en de obsessieve compulsieve stoornis.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Embase over de periode 1987-1997 en met behulp van Medline over de periode 1965-2002 (januari).

RESULTATEN Epidemiologisch en farmacologisch onderzoek laat zien dat de stoornis in de lichaamsbeleving veel overeenkomsten vertoont met de obsessieve compulsieve stoornis. Epidemiologische verschillen tussen de stoornis in de lichaamsbeleving en de obsessieve compulsieve stoornis betreffen: de huwelijksstatus, suïcidale ideaties en pogingen, en de levensprevalenties van depressie en sociale fobie. Er zijn fenomenologische verschillen tussen de stoornis in de lichaamsbeleving en de obsessieve compulsieve stoornis, zoals het verschil in de inhoud van de preoccupaties en de mate van waanachtige overtuiging, maar dit is onvoldoende onderzocht. Er is sprake van een aanzienlijke mate van comorbiditeit van de stoornis in de lichaamsbeleving met andere as-I- en as-II-stoornissen. Zowel de stoornis in de lichaamsbeleving als de waanstoornis van het somatische type reageren goed op serotonineheropnameremmers. Eén gevalbeschrijving wijst op een mogelijk verschil in pathofysiologie tussen de stoornis in de lichaamsbeleving en de obsessieve compulsieve stoornis.

CONCLUSIE De huidige gegevens over overeenkomsten en verschillen suggereren dat de stoornis in de lichaamsbeleving zou kunnen passen in de obsessieve-compulsieve-spectrumstoornishypothese. Zolang er voor deze hypothese geen operationele criteria worden geformuleerd, kan hierover echter geen definitieve uitspraak gedaan worden. Gegevens over de stoornis in de lichaamsbeleving zijn nog beperkt, en bijeengebracht door slechts een gering aantal internationale onderzoekers. Meer onderzoek naar de epidemiologie, fenomenologie, comorbiditeit en familiegeschiedenis is gewenst. Genetisch en neurobiologisch onderzoek, en onderzoek in de diverse ontwikkelingsstadia van de stoornis kunnen hieraan bijdragen. Vooralnog heeft de stoornis in de lichaamsbeleving bestaansrecht als een aparte stoornis in de DSM-IV, maar het is goed denkbaar dat toekomstig onderzoek hieraan zou kunnen tornen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 10, 677-686]

TREFWOORDEN dysmorfofobie, stoornis in de lichaamsbeleving

Thersites, zoon van Agrius, werd in de Griekse oudheid gezien als het prototype van lelijkheid en onverstandigheid, overigens zonder dat hij hieronder leed. Bij mannen werden verwondingen en verminkingen, opgelopen in de strijd, zelfs eerder als een pro dan een contra gezien: zij werden geacht bij te dragen aan de verrijking van de ziel (Smith 1869; Berrios 1996). Bekend is dat al duizenden jaren geleden aandacht werd besteed aan het uiterlijk door middel van make-up, kleding, sieraden, en lichamelijke 'vervormingen'. Maar wanneer homo sapiens tot de vorming van ideaalbeelden van het lichaam is overgegaan, en zich is gaan bekommeren om vermeende of werkelijke afwijkingen van zijn/haar uiterlijk van zo'n ideaalbeeld, is onbekend. Pas in de 19de eeuw kwam er psychiatrische aandacht voor de (afwijkende) beleving van het eigen lichaam en het functioneren daarvan, weerspiegeld in termen als 'dysmorfofobie', 'hypochondrie', en 'waanstoornis van het somatische type'.

Dit artikel richt zich op de ontstaansgeschiedenis van het begrip dysmorfofobie, tegenwoordig bekend als 'stoornis in de lichaamsbeleving' (*body dysmorphic disorder*, BDD), en op het bestaansrecht van dit begrip ten opzichte van andere psychiatrische stoornissen volgens het DSM-IV-classificatiesysteem (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*, American Psychiatric Association 1994).

De vertaling 'stoornis in de lichaamsbeleving' van 'body dysmorphic disorder' kan beschouwd worden als enigszins vrij, en zou ook kunnen gelden voor neurologische aandoeningen, maar is wel de meest gangbare term. 'Lichaamsmisvormingsstoornis' komt er wellicht dichterbij, maar is niet gebruikelijk, hetzelfde argument gaat op voor 'morfodysforie'. 'Dysmorfofobie' is een historische term, maar het historische begrip fobie (zie de volgende paragraaf) is intussen zodanig geëvolueerd, dat de term 'dysmorfofobie' in onze oren geen juiste weergave meer is van de symptomen die het beoogt samen te vatten. Met de huidige stand van zaken kiezen de auteurs voor het gebruik van

de meest gangbare term 'stoornis in de lichaamsbeleving'.

In de DSM-IV wordt BDD geassocieerd bij de somatoforme stoornissen. BDD wordt gekenmerkt door een preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Indien er een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van de betrokkene duidelijk overdreven. De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. Ook is de preoccupatie niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld ontevredenheid over de lichaamsvorm en omvang bij anorexia nervosa).

Het bestaansrecht van BDD in het DSM-IV-classificatiesysteem moet vooral verdedigd worden ten opzichte van de obsessieve compulsieve stoornis (OCD), de sociale fobie, de stemmingsstoornissen en de waanstoornis van het somatische type.

METHODE

De literatuur werd verzameld met behulp van Embase (1987-1997) en Medline (1965-januari 2002). De zoekopdracht was: *dysmorphophobia* OR (*body AND dysmorphic AND disorder*) OR (*cotard AND syndrome*). In Medline werden respectievelijk 128, 81 en 59 verwijzingen gevonden. In Embase werden 36 verwijzingen gevonden. Er werden ook publicaties gevonden via referenties bij gevonden artikelen. Uiteindelijk zijn 51 relevante publicaties geselecteerd.

RESULTATEN

Ontstaansgeschiedenis

Als we vanuit onze kennis over de negentiende eeuw generaliseren, kunnen we vermoeden dat, indien geconfronteerd met een persoon die ontevreden was over zijn uiterlijk, de psychopathologen uit die periode zich afvroegen: is er

sprake van een pathologische verandering in de cognitieve of emotionele vermogens, of in de wilsvermogens? Overeenkomstig de keuze was men dan van mening dat het fenomeen van de pathologische ontevredenheid waanachtig/obsessief was, emotioneel bepaald of primair impulsgerelateerd. In de negentiende-eeuwse literatuur zijn deze benaderingen inderdaad teruggevonden (Berrios 1996).

Daarnaast ontwikkelde zich een tweede wijze van analyseren, namelijk de classificatie van klinische fenomenen op basis van de inhoud van de klacht. Men onderscheidde: afkeer van het lichaam zelf (zoals bij dysmorphofobie); afkeer van functionele aspecten van het lichaam (zoals bij hypochondrie of neurasthenie); afkeer van het psychologische 'zelf' (gevoelens van onbekwaamheid); afkeer van specifieke psychische functies (zoals een subjectieve ontevredenheid over de slaap); en ten slotte de bewuste ontkenning van het bestaan van eigen lichaam en externe omgeving (syndroom van Cotard, 'délire de négation') (Berrios & Luque 1995; Berrios & Kan 1996).

De Italiaan Buccola schreef reeds in 1879 over het concept 'idee fisse', met als symptomen obsessies, fobieën, wanen en impulsen (Buccola 1879-1880). De term dysmorphofobie kwam echter van de frenoloog Morselli. Morselli beschreef dit syndroom in 1891 aan de hand van de volgende kenmerken: obsessief, impulsief, en niet te weerstaan; er is besef van de ziekte en bijbehorende angst; en er is sprake van compulsiviteit. Het concept 'phobia' werd door Morselli daarbij in de voor zijn tijd gebruikelijke, brede zin gehanteerd: zo geloofde hij dat dysmorphofobie een vorm was van 'pazzia' (krankzinnigheid) met een 'idee fisse' (idee fixe). De klinische nadruk lag minder op de emoties dan op de cognitieve component van het symptoom (Morselli 1891). Kraft-Ebing (1893) classificeerde dysmorphofobie vervolgens als een rudimentaire vorm van paranoia. Het einde van de 19e eeuw was rijk aan modelconcepten. Zoals gezegd bevatte het concept 'idée fixe' in die tijd obsessies, wanen, fobieën en impulsen. Fobieën en obsessies waren overigens nog niet

volledig omschreven. Freud formuleerde in 1895 de eerste operationele definities (Berrios 1989).

In de twintigste eeuw noemde Kraepelin in zijn hoofdstuk over 'Die Zwangsneurose' de term dysmorphofobie tegelijkertijd met 'Ereuthophobie' (Kraepelin 1915). Hij verzuimde echter de naam van Morselli te noemen. Janet (1903) noemde het syndroom 'een obsessie met lichamelijke schaamtegevoelens' en zag het als een vorm van psychasthenie. Vanaf de Eerste Wereldoorlog komen termen als 'lelijkheidspsychose', 'schaamte voor het lichaam', 'schoonheidshypochondrie' en 'introspectiegekte' naar voren.

Rond de Tweede Wereldoorlog werden er enkele werken gepubliceerd vanuit een psychodynamisch gezichtspunt. Fenichel (1945) zag hierbij de angst voor lelijkheid als een afweer van exhibitionistische impulsen. Updegraff & Menninger (1939) berichtten over patiënten die plastische chirurgie zochten voor verwaarloosbare defecten en daarbij minderwaardigheidsgevoelens toonden, exhibitionisme, en een ware zoektocht naar bevestiging van hun fysieke inferioriteit als een excuus voor falen of straf. Zij redeneerden dat er vanuit het 'grandioze zelf' de wens is om de mooiste en de beste te zijn. De boosheid over het feit dat dit niet zo is, zou vanuit het superego straffende en destructieve zelfkritiek opleveren. Als patiënten zich daarop gaan isoleren, krijgt de straffende zelfkritiek de overhand en kan dit weer leiden tot pijn, deprivatie, schaamte, vernedering en ook depressie (Rümke 1953). Baker & Smith (1939) verdeelden patiënten met aangezichtsafwijkingen die plastische chirurgie wensten in drie groepen: superieur en goed geadapteerd; psychotisch en prepsychotisch; en recessief en inadequaat. Zij vonden dat alleen de eerste groep een goed resultaat boekte bij follow-up. Dusuzkova & Dusuzkov (1947) vroegen aandacht voor het fenomeen van 'substitutie', waarbij patiënten snel na het uitvoeren van een plastisch chirurgische ingreep soortgelijke klachten ontwikkelden, maar dan met betrekking tot een ander lichaamsdeel. Stekel (1949) zag de dysmorphofobie

als een vorm van obsessieve compulsieve neurose.

Daarna is het een tijdlang stil geweest rond de dysmorphofobie, totdat het syndroom voor het eerst werd opgenomen in de DSM-III (American Psychiatric Association 1980), als een atypische somatoforme stoornis. Sindsdien is er hernieuwde belangstelling voor de classificatie van en de discussie over de stoornis in de lichaamsbeleving (Phillips 1991).

PLAATSBEPALING VOLGENS DE DSM-IV

In de DSM-III viel de waanstoornis van het somatische type nog onder de dysmorphofobie van het waanachtige type. In de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) werden het obsessieve denken en het waanachtige denken uit elkaar gehaald, wat leidde tot twee separate diagnostische entiteiten. In de DSM-III-R en de DSM-IV werd dysmorphofobie ondergebracht bij de somatoforme stoornissen als 'stoornis in de lichaamsbeleving' (BDD). De variant met een waanachtige gedachtengang wordt echter geclassificeerd als 'waanstoornis' (*delusional disorder, somatic type*). Het onderscheid tussen beide diagnoses is afhankelijk van het aanwezig zijn van ziekte-inzicht. De onzekerheid over de vraag of dit onderscheid wel terecht is, speelt door in de DSM-IV. Het voorstel bij het opstellen van de DSM-IV om BDD onder te verdelen in subtypes met goed inzicht, slecht inzicht en waanachtig denken is niet aangenomen om het begrip psychose niet in de nomenclatuur te verspreiden, en omdat gegevens over het identiek zijn van de waanstoornis en de BDD ontbraken (Phillips 1996a). Zodoende is in de DSM-IV gelijktijdige codering van BDD en de waanstoornis mogelijk wanneer de mate van preoccupatie varieert (*sic!*). De ICD-10 (*International classification of diseases*, World Health Organisation 1988) rubriceert de stoornis overigens onder de hypochondrie wanneer de overtuiging nog niet waanachtig is; en anders onder de waanstoornis. Het voorstel om BDD onder te brengen bij de angststoornissen in

de DSM-IV, gezien de grote gelijkens tussen BDD en OCD, is niet aangenomen wegens een tekort aan vergelijkende gegevens over de twee stoornissen (Phillips e.a. 1998). Recent is er hernieuwde aandacht voor de relatie met OCD en depressie. Hieronder geven we argumenten voor en tegen de associatie van BDD met OCD, depressie, en waanstoornis.

Epidemiologische bevindingen ten behoeve van de plaatsbepaling BDD treft mannen ongeveer even vaak als vrouwen (Phillips e.a. 1994) tot iets vaker (62%, respectievelijk 38%; Fukuda 1977). Voor OCD is deze ratio ongeveer 1:1, voor depressie eerder 1:2. De in de literatuur gevonden prevalenties van BDD in de bevolking variëren van 0,1-1% (Hollander & Wong 1995) en 0,7% (bij vrouwen 36-44 jaar; Otto e.a. 2001) tot 13,1% (Grant e.a. 2001). De prevalentie van OCD wordt geschat op 1,2-3,3% (Karno e.a. 1988), en die van depressie op 3-10% (De Jong e.a. 1999).

BDD start meestal in de adolescentie en de gemiddelde ziekteduur is 16 jaar, vergelijkbaar met OCD. Zeventig procent van de patiënten met BDD is nooit getrouwd geweest, en slechts 13% is gehuwd (OCD 39%). Suïcidale ideaties komen vaak voor (70%; OCD 47%), suïcidepogingen ook (22%; OCD 8%), en de levensprevalenties van depressieve episodes en sociale fobie zijn respectievelijk 83 en 35% (OCD 55 resp. 19%) (Phillips e.a. 1995; Phillips 1996c). Altamura e.a. (2001) vonden bij 49,7% van de patiënten met BDD suïcidale ideatie. In een retrospectief onderzoek (Saxena e.a. 2001) werd voorafgaand aan de behandeling geen verschil tussen patiënten met BDD of OCD gevonden wat betreft man-vrouwratio, leeftijd, comorbiditeit met depressieve stoornissen, of scores op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Wél scoorden patiënten met BDD significant hoger op de Hamilton-schalen voor depressie en angst (HAM-D en HAM-A).

De schaamte voor de stoornis maakt dat slechts een fractie van de patiënten met BDD psychiatrische hulp zoekt. Over het percentage patiënten dat zich bij andere specialismen pre-

senteert, zijn geen gegevens gevonden. Wel is bekend dat patiënten met BDD zich voor behandeling melden bij plastisch chirurgen en dermatologen (Veale e.a. 1996). Plastisch chirurgen pogen in de preoperatieve fase via counseling de motivatie, verwachtingen en eventuele psychopathologie boven tafel te krijgen (Vuyk & Zijlker 1995). Slechts 2% van de patiënten die zich aanmelden bij een universitaire plastisch-chirurgische kliniek voldoet aan de criteria voor BDD (Sadock & Sadock 2000). Altamura e.a. (2001) vonden echter dat 6,3% van de 487 bezoekers van een plastisch-chirurgische kliniek aan die criteria voldeden. Er is toenemende aandacht voor deze groep patiënten in de dermatologische en plastisch-chirurgische praktijk (Phillips & Dufresne 2000; Vargel & Ulusahin 2001; Muhlbauer e.a. 2001).

De comorbiditeit van BDD met andere as-I-stoornissen is hoog: 68% met stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stoornis, dysthymie), en 49% met angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, OCD). In een onderzoek naar BDD in het DSM-IV-veldonderzoek voor OCD bleek dat 12% van de patiënten met OCD een levenslange comorbiditeit met BDD had (Simeon e.a. 1995). De comorbiditeit van de depressieve stoornis met BDD wordt opgegeven als 60%, en de 'lifetime' comorbiditeit als 80% (Sadock & Sadock 2000, p. 1528).

Hoewel de comorbiditeit met sociale fobie aanzienlijk is, 26%, ontstaat de sociale fobie bij BDD veelal secundair (Phillips 1996c). Van de patiënten met een sociale fobie heeft 11 à 12% tevens BDD in vergelijking met ongeveer 1% bij patiënten zonder sociale fobie (Hollander & Aronowitz 1999). Gepest worden met uiterlijke kenmerken, rivaliteit met een (knapper) broertje of zusje, een kwetsende opmerking over het uiterlijk door een belangrijk persoon, of een ingrijpende gebeurtenis zoals een relatiebreuk zijn dan vaak de luxerende factoren (Rosen 1995).

Voor de relatie van BDD met eetstoornissen en stoornissen in de impulsbeheersing, zoals trichotillomanie, bestaat toenemende belangstelling (Bienvenu e.a. 2000; Rabe-Jablonska & Sobow

2000). Deze belangstelling lijkt geïnspireerd door de OCD-spectrumhypothese (Hollander & Benzaquen 1997). Stoornissen in dit spectrum worden gekarakteriseerd door obsessieve gedachten of preoccupaties met de lichaamsvormen (BDD); lichamelijke sensaties (depersonalisatiestoornis); lichaamsgewicht (anorexia nervosa); lichamelijke ziekte (hypochondrie); of door stereotiep, ritueel of impulsbevredigend gedrag, zoals tics (stoornis van Gilles de la Tourette), haren uittrekken (trichotillomanie), seksuele compulsies, pathologisch gokken of stoornissen in de impulsbeheersing. Deze uitingsvormen suggereren een overlap tussen OCD, somatoforme stoornissen, dissociatieve stoornissen, eetstoornissen, ticstoornissen, neurologische stoornissen en stoornissen in de impulsbeheersing. Het OCD-spectrum zou dan gekarakteriseerd kunnen worden door een continuüm van het overschatten van angst aan de compulsieve zijde, en het onderschatten van angst aan de impulsieve zijde.

Bij 50% van de patiënten met BDD wordt er tevens een waanstoornis van het somatische type gediagnosticeerd (Hollander & Aronowitz 1999). Gegevens over eventuele comorbiditeit met de overige waanstoornissen ontbreken. Een vergelijkend onderzoek van 48 patiënten met BDD en 52 patiënten met de waanstoornis van het somatische type, bracht geen significante verschillen aan het licht wat betreft de onderzochte variabelen (demografische gegevens, fenomenologie, ziekteverloop, comorbiditeit en behandelingsrespons). De comorbiditeit met as-II-stoornissen is opvallend hoog: 72%. De onderverdeling in afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen is in volgorde van afnemende comorbiditeit: ontwijkende, obsessieve compulsieve, passief-agressieve, afhankelijke, theatrale, narcistische, borderline persoonlijkheidsstoornis (Phillips 1996a). In een ander onderzoek (Phillips & McElroy 2000) was de comorbiditeit 57%, met in volgorde van afnemende comorbiditeit de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (43%) en de obsessieve compulsieve, de afhankelijke en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (ieder 14-15%). Deze

volgorde lijkt op die bij angststoornissen. Stemmingsstoornissen zijn juist het meest frequent geassocieerd met de borderline persoonlijkheidsstoornis (Tasman e.a. 1997). Op diverse onderzoeksmetinstrumenten, zoals de aangepaste Y-BOCS, scoorden BDD-patiënten even hoog als OCD-patiënten (Phillips e.a. 1995). BDD-preoccupaties zijn echter vaker geassocieerd met gevoelens van schaamte, angst voor afwijzing en een laag gevoel van eigenwaarde. Ook is de inhoud van de BDD-preoccupaties vaker waanachtig, of bestaat deze uit betrekkingssideeën, maar meer vergelijkend onderzoek naar deze verschillen is nodig (Phillips e.a. 1995).

Samenvattend is de gelijkenis met OCD het grootst, maar zijn er toch duidelijke verschillen in demografische kenmerken, symptomatologie en comorbiditeitspatroon. Patiënten met BDD en waanachtig denken onderscheiden zich van patiënten met een waanstoornis van het somatische type alleen in een lagere score op de Y-BOCS. Sociale fobie en stemmingsstoornissen lijken dichter bij BDD te staan dan bij OCD (Phillips e.a. 1998).

Therapie In een zestien weken durend dubbelblind crossover-onderzoek van Hollander e.a. (1999) met clomipramine en desipramine bleek clomipramine significant superieur aan desipramine in de acute behandeling van BDD-symptomen op alle gebruikte meetinstrumenten (BDD-YBOCS, BDD-NIMH (National Institute of Mental Health), BDD-CGI (clinical global impression) en in verbeteren van de symptomatologie. De doseringen moeten daarbij in de orde zijn van die welke ook bij OCD worden aanbevolen (ruwweg tweemaal de dosering bij depressie). Beperkingen van dit onderzoek zijn het ontbreken van een placebocontrolegroep, de korte looptijd en de korte onderhoudsfase. Ook is het een relatief kleine onderzoekspopulatie: van de 40 patiënten bij de start van het onderzoek zijn er slechts 29 behandeld. Dit is een van de eerste gepubliceerde gecontroleerde onderzoeken.

Er zijn diverse open-label-onderzoeken en ongecontroleerde prospectieve klinische trials waaruit een gunstig effect van (S)SRI's (selectieve serotonineheropnameremmers) blijkt bij BDD (Phillips 1996b). Ook voor andere middelen, zoals antipsychotica, lithium, buspiron en methylfenidaat worden positieve effecten gemeld, maar opnieuw zijn de betreffende onderzoeken niet gecontroleerd (Phillips e.a. 2001; Grant 2001). In het eerder genoemde onderzoek van Saxena e.a. (2001) reageerden patiënten met BDD en met OCD even goed op een SSRI.

Bij patiënten met BDD gaf MCPP (m-chloro-phenylpiperazine), een partiële 5-HT-1C-agonist, een toename van de subjectief ervaren lichaamsafwijkingen bij BDD, dit in tegenstelling tot de placebogroep (Hollander & Benzaquen 1997). Toediening van MCPP bij OCD-patiënten gaf ook een toename van symptomen bij 50% van de patiënten (Hollander e.a. 1992).

In een gevalsbeschrijving van een patiënt met zowel BDD, OCD als een depressieve stoornis, werd na een experimenteel geïnduceerde tryptofaandepletie melding gemaakt van een forse toename van de BDD-symptomen en de depressieve symptomen, maar niet van de OCD-symptomen. Dit suggereert dat BDD en depressie pathofysiologisch verwant zijn, en dat BDD en OCD pathofysiologisch verschillen (Barr e.a. 1992). Het betreft echter slechts één patiënt.

Samenvattend wijzen ook deze bevindingen op een duidelijke verwantschap tussen BDD en OCD, maar ook hier zijn er aanwijzingen voor verschillen.

DISCUSSIE

Epidemiologisch onderzoek toont aan dat BDD grote overeenkomsten met OCD vertoont. Zo scoren OCD-patiënten en BDD-patiënten op de Y-BOCS, aangepast voor BDD, gelijk. Deze bevinding suggereert dat de BDD-preoccupaties en bijbehorende gedragingen gelijk zijn aan de obsessies en compulsies van OCD. De man-vrouwratio's van BDD en OCD zijn vergelijk-

baar, en het begin van de stoornissen tijdens de adolescentie, het vaak chronische verloop en de mate van invalidering lijken op elkaar.

Er zijn echter ook verschillen: de huwelijks-status, de mate van suïcidaliteit en de levensprevalenties voor depressieve episodes en de sociale fobie zijn verschillend voor BDD en OCD. BDD-preoccupaties zijn vaker geassocieerd met gevoelens van schaamte, angst voor afwijzing en een laag gevoel van eigenwaarde. Ook is de gedachteninhoud van de BDD-preoccupaties vaker waanachtig of bestaat zij uit betrekkingsideeën, maar meer vergelijkend onderzoek hiernaar tussen OCD en BDD moet verricht worden. De reactie op tryptofaandepletie wijst op een verschillende onderliggende pathofysiologie, maar het betrof hier slechts onderzoek aan één patiënt.

Of BDD nu een uitingsvorm van OCD is, of toch een aparte stoornis, is gezien het bovenstaande een reële vraag (Cororve & Gleaves 2001). Om deze vraag definitief te beantwoorden, zijn vooralsnog onvoldoende gegevens beschikbaar. Op basis van de aanwezige verschillen tussen BDD en OCD, kan men voorlopig slechts concluderen dat BDD bestaansrecht heeft als een aparte stoornis in het DSM-IV-classificatiesysteem.

De OCD-spectrumhypothese is gepostuleerd door onder anderen Hollander & Benzaquen (1997) die vermoeden dat er sprake is van een verhoogde serotonerge sensitiviteit in combinatie met hyperfrontaliteit bij de compulsieve stoornissen. Bij de impulsieve stoornissen zou er sprake zijn van hypofrontaliteit en presynaptische serotonerge afwijkingen. Het is echter, zolang er geen operationele criteria geformuleerd zijn, nog niet mogelijk om aan te tonen dat een stoornis onderdeel uitmaakt van het OCD-spectrum.

Er zijn weinig goede farmacologische onderzoeken, hoewel het onderzoek van Hollander e.a. (1999) een uitzondering is. Hierin is de gunstige respons van BDD-symptomen op clomipramine in vergelijking met desipramine aangetoond. De betrokkenheid van het serotonerge systeem bij BDD is dus wel waarschijnlijk. Hiermee wordt echter niet uitgesloten dat BDD een

onderdeel van het OCD-spectrum zou kunnen zijn.

Voor een verdere plaatsbepaling van BDD is meer onderzoek gewenst, met aandacht voor de epidemiologie, fenomenologie, comorbiditeit en familiegeschiedenis. Ook zou genetisch en neurobiologisch onderzoek, en onderzoek in de diverse ontwikkelingsstadia van BDD een bijdrage kunnen leveren. Replicatie van de bevindingen door andere onderzoeksgroepen zou aan de bevindingen tot nog toe meer steun kunnen geven.

LITERATUUR

- Altamura, C., Paluello, M.M., Mundo, E., e.a. (2001). Clinical and sub-clinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 105-108.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baker, W.Y., & Smith, L.H. (1939). Facial disfigurement and personality. *JAMA*, 112, 301-304.
- Barr, L.C., Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Acute exacerbation of body dysmorphic disorder during tryptophan depletion (Brief). *American Journal of Psychiatry*, 149, 1406-1407.
- Berrios, G.E. (1989). Obsessive-Compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 283-295.
- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G.E., & Kan, C.S. (1996). A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 1-7.
- Berrios, G.E., & Luque, R. (1995). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 185-188.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., e.a. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum

- disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287-293.
- Buccola, G. (1879-1880). *Le Idee Fisse. Memorie della Clinica Psichiatrica della R. Università di Modena: Serie II*. Modena: Università di Modena.
- Cororve, M.B., & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-979.
- Dusuzkova, V., & Dusuzkov, B. (1947). Contribution to the study of delusions in dysmorphophobia. *Casopie Lekarů Ceskych*, 86, 576-580.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. London: Kegan Paul.
- Fukuda, O. (1977). Statistical analysis of dysmorphophobia in an out-patient clinic. *Japanese Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 20, 569-577.
- Grant, J.E. (2001). Successful treatment of nondelusional body dysmorphic disorder with olanzapine: a case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 297-298.
- Grant, J.E., Kim, S.W., & Crow, S.J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 517-522.
- Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., e.a. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.
- Hollander, E., & Aronowitz, B.R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 9), 27-31.
- Hollander, E., & Benzaquen, S. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*, 9, 99-109.
- Hollander, E., DeCaria, C.M., Nitsescu, A., e.a. (1992). Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder. Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-chloro-phenyl-piperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry*, 49, 21-28.
- Hollander, E., & Wong, C.M. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl. 4), 7-12.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Felix Alcan.
- Jong, A. de, van den Brink, W., Ormel, J., e.a. (Red.). (1999). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., e.a. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kraepelin, E. (1915). Die Zwangsneurose. In Kraepelin, E. (Red.), *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Klinische Psychiatrie* (pp. 1823-1901). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Kraft-Ebing, R. von (1893). *Lehrbuch der Psychiatrie* (5de druk). Stuttgart: Enke.
- Morselli, E. (1891). Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia due forme non per anco descritte de Pazzia con idee fisse. *Bollentino della R. Accademia Medica*, 6, 110-119.
- Muhlbauer, W., Holm, C., & Wood, D.L. (2001). The thesites complex in plastic surgical patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107, 319-326.
- Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S., e.a. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2061-2063.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-49.
- Phillips, K.A. (1996a). Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl. 8), 61-65.
- Phillips, K.A. (1996b). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 597-605.
- Phillips, K.A. (1996c). *Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K.A., Albertini, R.S., Siniscalchi, J.M., e.a. (2001). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 721-727.
- Phillips, K., Dufresne, R., Wikkell, C., e.a. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42, 436-441.
- Phillips, K.A., Gunderson, C.G., Mallya, G., e.a. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 568-575.
- Phillips, K., & Mc Elroy, S. (2000). Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients (Brief). *Psychiatry Bulletin*, 24, 218-221.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Hudson, J.I., e.a. (1995). Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective disorder, or both? *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (Suppl. 4), 41-51.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., e.a. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 179-184.
- Rabe-Jablonska, J.J., & Sobow, T.M. (2000). The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *European Psychiatry*, 15, 302-305.

- Rosen, C.J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behaviour therapy. *Cognitive and Behaviour Practice*, 2, 143-66.
- Rümke, H.C. (1953). *Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Red.). (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7de druk). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Saxena, S., Winograd, A., Dunkin, J.J., e.a. (2001). A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 67-72.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D.J., e.a. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1207-1209.
- Smith, W. (Red.). (1869). *Dictionary of Greek and Roman biography and mythology*. London: John Murray.
- Stekel, W. (1949). (Gutheil, E.A., Vert.). *Compulsion and Doubt*. New York: Liveright.
- Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J.A. (1997). *Psychiatry*. London: W.B. Saunders Company.
- Updegraff, H.L., & Menninger, K.A. (1939). Some psychoanalytic aspects of plastic surgery. *American Journal of Surgery*, 25, 554-558.
- Vargel, S., & Ulusahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 25, 474-478.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., e.a. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Vuyk, H.D., & Zijlker, T.D. (1995). Psychosocial aspects of patient counseling and selection: a surgeon's perspective. *Facial Plastic Surgery*, 11, 55-60.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

AUTEURS

A.M.E. VAN DE KOOLWIJK-VAN BENTUM is psychiater en werkzaam bij De Geestgronden te Haarlem.

F.W. WILMINK is psychiater en A-opleider bij GGZ Drenthe.

Correspondentieadres: A.M.E. van de Koolwijk-van Bentum, de Geestgronden, locatie Schipholpoort, Schipholpoort 20, 2034 MA Haarlem.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-2-2002.

SUMMARY

'The unfaceable mirror'. History and classification of the body dysmorphic disorder – A.M.E. van de Koolwijk-van Bentum, F.W. Wilmink –

BACKGROUND In the literature there has been relatively little attention for body dysmorphic disorder.

AIM Review of the history of the concept of body dysmorphic disorder. Review of research regarding its legitimacy as a separate diagnosis in the current DSM-IV classification system, especially in relation to delusional disorder, mood disorders, social phobia and obsessive-compulsive disorder.

METHOD Review of literature by an Embase search over the period 1987-1997 and by a Medline search over the period 1965-2002 (january).

RESULTS Epidemiological and pharmacological research reveals many similarities between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. Epidemiological differences between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder regard marital status, suicidal ideations or attempts, and lifetime rate of depression and social phobia. There are phenomenological differences between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder, like a difference in content of preoccupations and the degree of delusion; however, more research into these matters is needed. The comorbidity of BDD with other axis I and axis II disorders was found to be considerable. Both body dysmorphic disorder and delusional disorder, somatic type, respond preferentially to serotonin re-uptake inhibitors. One case report, however, suggests a pathophysiological difference between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder.

CONCLUSION Current data on similarities and dissimilarities suggest that body dysmorphic disorder could well fit into the obsessive-compulsive spectrum disorder hypothesis. A conclusive answer cannot be given, however, until operational criteria for inclusion of disorders in the obsessive-compulsive spectrum become available. Data on body dysmorphic disorder are scarce, and come from only a few international investigators. Further research into epidemiology, phenomenology, comorbidity, and family history is needed to clarify its classificatory status. To achieve this, genetic, neurobiological and developmental research may prove useful. Body dysmorphic disorder nowadays figures as a separate DSM-IV diagnosis, but this may well be changed by future research.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 10, 677-686]

KEYWORDS body dysmorphic disorder, dysmorphophobia