



Body Dysmorphic Disorder: een update voor dermatologen

N.C.C. Vulink

BDD is een ernstige en chronische psychiatrische stoornis waarbij een patiënt overtuigd is van afwijkingen in het uiterlijk met als gevolg veel angst, wanhoop, dwangmatig controleren van het uiterlijk en beperkingen in sociale contacten en werk. De patiënt meldt zich juist bij de dermatoloog op zoek naar (cosmetische) dermatologische behandelingen, maar het ziektebeeld wordt vaak moeilijk herkend. Waar moet een dermatoloog op letten en wat kan hij of zij zelf doen? Aangezien schaamte voorop staat, zullen klachten niet snel door de patiënt zelf gemeld worden. In deze nascholing krijgen dermatologen een actueel overzicht van de symptomen, prevalentie, diagnostiek, behandeling en handvatten voor de dagelijkse praktijk.

SYMPTOMEN

Het belangrijkste symptoom bij BDD is de obsessie met, of waanachtige overtuiging, van een beperkt of vermeend defect van het uiterlijk. In werkelijkheid is de afwijking nauwelijks of niet waarneembaar voor een ander. De meest voorkomende preoccupaties zijn met de huid (littekens, acne, pigmentaties), het haar (haarverlies, overmatig gezichts- of lichaamshaar) of de neus (vorm of grootte), alhoewel het ieder lichaamsdeel kan betreffen. [2] Negentig procent van de patiënten controleert in de spiegel, camoufleert en krabt overmatig aan onregelmatigheden van de huid (*skin picking*). [2] Zij zijn vaak sociaal geïsoleerd; de meerderheid heeft suïcidale gedachten, en een derde heeft een suïcidepoging gedaan. [1] Enrico Morselli (1852-1929) introduceerde de term *dysmorphophobia* in 1891 en sinds de DSM-5 in 2013 wordt de morfodysfore stoornis gezien als één van de dwangmatige stoornissen.

PREVALENTIE

De gewogen prevalentie van BDD bij volwassenen bedraagt 1,9%, terwijl deze cijfers hoger zijn bij adolescenten en studenten. [3] Echter, de prevalentie is bij dermatologiepatiënten aanzienlijk hoger. Wij toonden dit aan in studie in 2006 op een academische polikliniek dermatologie (8,5%) en dit is in de jaren daarna in verschillende settingen en verschillende landen gerepliceerd, waarbij een recente meta-analyse een gemiddelde laat zien van 12,7%. [4,5] Binnen een cosmetische setting lopen deze aantallen zelfs op tot 29,4%. [6]

DIAGNOSTIEK

Gezien de uitgebreide fenomenologische en ook neurobiologische overeenkomsten tussen BDD en een dwangstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis) wordt BDD in de nieuwe DSM-5 (2013) geschaard onder de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen samen met de obsessieve-compulsieve

stoornis, verzamelstoornis (*hoarding disorder*), trichotillomanie (haartrekstoornis), en excooriatiestoornis (*skin picking*). Hoewel BDD een psychiatrische stoornis is, melden patiënten zich bijna uitsluitend aan op verschillende somatische afdelingen. Het is daarom belangrijk dat de andere medisch specialisten, zoals dermatologen en cosmetisch artsen, dit ziektebeeld herkennen. Het belangrijkste criterium is de discrepantie tussen de ernst van het lichamelijke defect en de mate van bezorgdheid over dit defect. Ook moet deze bezorgdheid leiden tot beperkingen in het functioneren. Niet alleen wordt de diagnose gemist omdat het niet herkend wordt, maar ook omdat patiënten er niet over spreken uit schaamte. [7]

ETIOLOGIE

De neurobiologische achtergrond van BDD is tot nu toe nog onduidelijk. Er zijn aanwijzingen voor de betrokkenheid van zowel het serotonerge als het dopaminerge systeem bij BDD. De belangrijkste aanwijzing voor de betrokkenheid van serotonine is de effectieve werking van serotonineheropnameremmers (SRI's) bij patiënten met BDD. Het dopaminerge systeem is ook betrokken bij BDD. In een IBZM SPECT-scanstudie bij 12 patiënten met BDD en 12 controlepersonen vonden wij bij patiënten met BDD een verlaagde binding van IBZM (123-iodobenzamide is een radioligand dat specifiek bindt aan de dopaminereceptoren) in de basale kernen. [8] Uitgebreider functioneel en structureel onderzoek in de hersenen laat zien dat met name in de frontostriatale regio en het visuele systeem afwijkingen zichtbaar zijn vergeleken met gezonde controles. [9]

BEHANDELING

De meeste patiënten krijgen niet-psychiatrische behandeling en de resultaten hiervan zijn bedroevend. Van alle patiënten is 68-81% ontevreden en gaat opnieuw op zoek naar niet-psychiatrische behandeling. Er zijn verschillende onderzoeken

Psychiater, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam

gedaan naar het effect van behandeling met SRI's. Wat betreft de augmentatiestudies is er een gevalstudie waarbij additie van buspiron aan SRI's effectief was bij 6 van de 13 patiënten met BDD. Toevoegen van een antipsychoticum lijkt minder effectief (15,4% afname). [10]

Naast medicamenteuze therapie zijn cognitieve gedragstherapie, bestaande uit exposure, responspreventie en cognitieve herstructurering, alsmede psycho-educatie ook effectief gebleken. In een meta-analyse uit 2006 blijkt dat cognitieve gedragstherapie de beste behandeling is voor BDD. [11]

SAMENVATTING

Obsessief bezig zijn met je uiterlijk kan een psychiatrische ziekte zijn genaamd body dysmorphic disorder (BDD), oftewel een morfodysfore stoornis. Patiënten met BDD zijn overmatig bezorgd over bijvoorbeeld een lelijke huid of haarverlies, terwijl anderen nauwelijks een afwijking zien. Zij spenderen veel tijd en energie aan camouflage, controleren en vergelijken met anderen. Als gevolg van deze ernstige klachten hebben zij frequent suïcidale gedachten en een 45 maal verhoogd risico om te overlijden aan suïcide vergeleken met de algemene populatie. [1]

BDD is een ernstige psychiatrische aandoening, maar komt voornamelijk voor binnen de (cosmetische) dermatologie, plastische chirurgie en kaakchirurgie en wordt als zodanig vaak niet herkend. Omdat voor BDD goede farmacologische en psychotherapeutische behandelingen beschikbaar zijn, is het belangrijk dat de aandoening vroegtijdig wordt herkend en patiënten adequaat worden verwezen. De samenwerking tussen dermatologen en psychiaters met expertise op het gebied van BDD is daarbij essentieel.

TREFWOORDEN

orfodysfore stoornis – psychodermatologie - obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

SUMMARY

Patients with body dysmorphic disorder (BDD) are obsessed with their appearance. They are preoccupied with defects of their skin or hair loss, while others do not notice any defect or only a small defect. They spend a lot of time and energy camouflaging, checking and comparing to other people. As a consequence, they frequently experience suicidal thoughts and their suicide rate is approximately 45 times higher than in the general population. [1]

BDD is a severe and disabling psychiatric disorder, but primarily presents at the departments of (cosmetic) dermatology, plastic surgery and maxillofacial surgery. However, it is frequently not recognized. Early detection and adequate referral of patients is highly needed, because effective pharmacological and psychotherapeutically treatments are available. Therefore, it is essential to have a successful cooperation between dermatologists and psychiatrists who have expertise in BDD.

KEYWORDS

Body Dysmorphic Disorder – psychodermatologie - obsessive-compulsive and related disorders

VERMELDING BELANGENVERSTRENGELING

Geen.

LITERATUUR

1. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psych*. 2006;163:1280-2.
2. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body Dysmorphic Disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1993;150:32-8.
3. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016;18:168-86.
4. Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150(2):97-100.
5. Ribeiuro RV. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: a systematic review with meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(4):964-70.
6. Hsu C, Juma HA, Goh CL. Prevalence of body dysmorphic features in patients undergoing cosmetic procedures at the National Skin Centre, Singapore. *Dermatology*. 2009;219(4):295-8.
7. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(11):832-9.
8. Vulink NC, Planting RS, Figeo M, Booij J, Denys D. Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in Body Dysmorphic Disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016; Feb;26(2):350-6.
9. Grace SA, Labuschagne I, Kaplan RA, Rossell SL. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;83:83-96.
10. Hong K, Nezhgovorova V, Uzunova G, Schlüssel D, Hollander E. Pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(8):697-702.
11. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*. 1996;34(9):717-29.

CORRESPONDENTIEADRES

Nienke Vulink

E-mail: n.c.vulink@amsterdamumc.nl