



To Treat or Not to Treat

Screenen op Body Dysmorphic Disorder (BDD) in de cosmetische setting

P.M.J.H. Kemperman¹, N.C.C. Vulink²

Body Dysmorphic Disorder (BDD) of morfodysfore stoornis is een ernstige psychische aandoening gekenmerkt door een obsessieve focus op vermeende gebreken in het uiterlijk, wat leidt tot aanzienlijke psychologische stress en functionele beperkingen. In de cosmetische setting komen patiënten met BDD vaak voor, en hun zorgen kunnen de beslissing om al dan niet een cosmetische ingreep te ondergaan beïnvloeden. Het screenen op BDD in de cosmetische setting is van cruciaal belang om potentiële negatieve gevolgen van cosmetische procedures te voorkomen en de psychologische gezondheid van de patiënten te waarborgen.

EXTREME PREOCCUPATIE MET HET UITERLIJK

BDD wordt gekenmerkt door een psychisch lijden dat niet in verhouding staat tot de werkelijke huidafwijkingen of andere lichamelijke afwijkingen. [1] Vaak betreft het jonge mensen die sinds de pubertijd en adolescentie een extreme preoccupatie hebben met hun uiterlijk, waarbij deze bezorgdheid een groot deel van hun leven beheerst. [2,3] Ondertussen kunnen hun naasten moeilijk begrijpen waarom de patiënt zo worstelt, omdat zij vinden dat 'het allemaal wel meevalt'. Echter, de impact kan ernstig zijn. Ongeveer 80% van deze jongeren heeft suïcidale gedachten en bij 25% leidt dit zelfs tot een daadwerkelijke suïcidepoging. [4]

PREVALENTIE VAN BDD IN DE COSMETISCHE SETTING

De algemene prevalentie 1-2%. Verschillende studies hebben aangetoond dat BDD wijdverspreid voorkomt in de cosmetische en dermatologische setting. [5] Tussen de jaren 2000 en 2022 zijn vijf afzonderlijke onderzoeken uitgevoerd die de focus legden op de prevalentie van BDD onder patiënten die poliklinieken dermatologie bezochten. In deze studies werd specifiek onderscheid gemaakt tussen patiënten die werden behandeld op algemene poliklinieken en degenen die werden gezien op cosmetische poliklinieken. Opmerkelijk is dat met uitzondering van één studie, uitgevoerd door Phillips in 2000, alle andere onderzoeken een opmerkelijk hogere prevalentie van BDD aantoonde bij patiënten op cosmetische poliklinieken. De gerapporteerde prevalentiecijfers op cosmetische poliklinieken varieerden van 7,5% tot 29,6%, terwijl de cijfers op algemene poliklinieken varieerden van 2,1% tot 6,7%. Deze prevalentie is veel hoger dan bij de algemene bevolking, wat het belang benadrukt van het identificeren van BDD bij patiënten in de cosmetische setting.

Bij het screenen op BDD in de cosmetische setting is het van belang om niet alleen naar de algemene prevalentie te kijken, maar ook naar specifieke risicogroepen. Uit een longitudinale studie van Sarwer bleek dat patiënten met eerdere psychiatrische aandoeningen, zoals depressie en angststoornissen, een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van BDD na een cosmetische ingreep. [6] Daarom moeten zorgverleners in de cosmetische setting alert zijn op de aanwezigheid van dergelijke risicofactoren en vroegtijdig screenen om psychiatrische problemen bij deze groep patiënten te identificeren.

RISICOFACTOREN EN WAARSCHUWINGSSIGNALLEN

Voor dermatologen is het van cruciaal belang om een duidelijke discrepantie te herkennen tussen de ernst van de huidafwijking en het psychisch lijden, omdat dit een 'red flag' kan zijn voor een onderliggende BDD. Het is belangrijk om te vragen naar de mate waarin het uiterlijk de patiënt beïnvloedt. Kan de patiënt nog functioneren op het werk, naar school gaan of studeren, en sociale relaties aangaan? Zijn er vermijdende technieken, zoals extreem camoufleren van de huidafwijking?

Verder kunnen verschillende risicofactoren bijdragen aan het ontstaan van BDD bij individuen. Het hebben van een voorgeschiedenis van psychiatrische stoornissen, zoals depressie en angst, kan het risico op het ontwikkelen van BDD verhogen. Ook het ervaren van traumatische gebeurtenissen of pesten op jonge leeftijd kan een rol spelen bij het ontstaan van de aandoening. In de cosmetische setting kunnen waarschuwingssignalen van BDD zich uiten in extreme ontevredenheid over het uiterlijk, frequente verandering van cosmetische behandelaars, het ondergaan van meerdere onnodige cosmetische ingrepen, onrealistische verwachtingen en het blijvend klagen over het uiterlijk na een succesvolle procedure. [7] Een recentere risicofactor is de 'Snapchat dysmorphia', waarbij

¹ Dermatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam

² Psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam

individuen streven naar aanpassingen aan hun fysieke uiterlijk om te lijken op de gefilterde en bewerkte versies van zichzelf zoals op sociale media. [8]

Een ander belangrijk risico dat in de cosmetische setting moet worden meegenomen, is de aanwezigheid van BDD in de familiegeschiedenis van de patiënt. Patiënten met een positieve familiegeschiedenis van BDD hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van de aandoening. [9] Hieruit blijkt dat het screenen op familiegeschiedenis van BDD een waardevolle aanvulling kan zijn bij het identificeren van risicopatiënten in de cosmetische setting.

Als deze signalen aanwezig zijn, kan er zeer waarschijnlijk sprake zijn van BDD, en is het van groot belang dat deze patiënten de juiste zorg en begeleiding krijgen.

Risicofactoren voor het ontstaan van BDD

- voorgeschiedenis van psychische stoornissen (zoals depressie en angst);
- ervaring van traumatische gebeurtenissen of pesten op jonge leeftijd;
- extreme ontevredenheid over het uiterlijk;
- frequente verandering van cosmetische behandelaars;
- ondergaan van meerdere onnodige cosmetische ingrepen;
- blijvend klagen over het uiterlijk na een succesvolle procedure;
- onrealistische verwachtingen;
- positieve familiegeschiedenis van BDD;
- snapchat dysmorphia.

VOORDELEN VAN VROEGTIJDIGE SCREENING

Het vroegtijdig screenen op BDD bij patiënten die cosmetische procedures overwegen, biedt verschillende voordelen. Ten eerste kan het helpen om patiënten met BDD te identificeren en hen door te verwijzen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor een passende behandeling. Dit kan voorkomen dat deze patiënten onnodige en potentieel schadelijke cosmetische ingrepen ondergaan. Ten tweede kan vroegtijdige screening bijdragen aan het vergroten van het bewustzijn onder zorgverleners in de cosmetische setting, waardoor ze beter in staat zijn om de psychologische behoeften van hun patiënten te begrijpen en hiermee om te gaan.

Daarnaast kan het vroegtijdig identificeren van BDD bij patiënten in de cosmetische setting helpen om de kwaliteit van de cosmetische ingrepen te verbeteren, en deze beter aansluit op de verwachting van de patiënt. Patiënten met BDD hebben namelijk een onrealistisch hoge verwachting van cosmetische procedures en kunnen daardoor teleurgesteld zijn na de ingreep. [10] Door vroegtijdig te screenen en de verwachtingen van de patiënt te bespreken, kunnen zorgverleners beter inspelen op de individuele behoeften van de patiënt en een realistischer resultaat bereiken.

SCREENINGSINSTRUMENTEN

Sinds 2013 zijn de diagnostische criteria voor BDD aangepast, maar er zijn nog geen officiële Nederlandstalige vragenlijsten

die gevalideerd zijn om BDD vast te stellen. Voor het screenen op BDD in de cosmetische setting zijn gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar. Een veelgebruikt instrument is de 'Body Dysmorphic Disorder Questionnaire' (BDDQ). [11] Dit instrument bevat vragen die gericht zijn op het evalueren van de obsessieve gedachten en gedragingen met betrekking tot het uiterlijk. Ook is er de BDDQ-DV, waarbij DV staat voor dermatology-version. [12] Dit is een korte screenende vragenlijst en is eenvoudig in te vullen door de patiënt zelf. De lijst is te vinden op plasticsurgerykey.com. De screeninglijsten zijn weliswaar niet gevalideerd met de criteria van de DSM-5, maar kunnen in de praktijk zeker helpen het gesprek te starten over de onderliggende oorzaak van de huidproblemen.

PRAKTISCHE AANPAK VOOR SCREENING

Een effectieve aanpak voor het screenen op BDD in de cosmetische setting omvat het uitvoeren van een gestructureerd interview en het gebruik van screeningsinstrumenten zoals de BDDQ. Dit is in de cosmetische setting niet altijd haalbaar. Zorgverleners dienen dan ook alert te zijn op de waarschuwingssignalen van BDD en een empathische benadering te hanteren bij het bespreken van de verwachtingen van de patiënt met betrekking tot cosmetische ingrepen.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het screenen op BDD slechts het begin is van een uitgebreide benadering van de zorg voor patiënten in de cosmetische setting. Als een patiënt positief scoort op screeningsinstrumenten voor BDD, is het essentieel om een gedegen diagnostisch proces te volgen en de juiste follow-up en behandeling te bieden die veelal bij een psychiater of psycholoog ligt.

Het beperkte ziekte-inzicht dat veel patiënten met BDD vertonen, benadrukt de noodzaak van een solide arts-patiëntrelatie en het opbouwen van vertrouwen om effectieve communicatie over BDD-symptomen te bewerkstelligen. Een weloverwogen verwijzing en behandeling naar een gespecialiseerde psycholoog of psychiater vereisen bovendien dat de behandelend arts de ernst van het psychisch lijden bij de patiënt erkent en deze aanmoedigt om de potentiële gunstige resultaten van een dergelijke benadering te omarmen.

ETHISCHE OVERWEGINGEN

Het screenen op BDD in de cosmetische setting brengt ethische overwegingen met zich mee. Het respecteren van de autonomie van de patiënt is essentieel, maar zorgverleners hebben ook de plicht om de psychologische gezondheid van de patiënt te waarborgen. Een evenwicht tussen deze twee aspecten is noodzakelijk bij het nemen van beslissingen over cosmetische procedures. Tevens is het cruciaal om de privacy van de patiënten te waarborgen en zorgvuldig om te gaan met de informatie die wordt verkregen uit de screeningsprocedure.

CONCLUSIE

Het screenen op BDD in de cosmetische setting is van groot belang om potentiële negatieve gevolgen van cosmetische ingrepen te voorkomen en de psychologische gezondheid van de patiënten te waarborgen. Door gebruik te maken van geva-

lideerde screeningsinstrumenten, waarschuwingssignalen te herkennen en een empathische benadering te hanteren, kunnen zorgverleners in de cosmetische setting een cruciale rol spelen bij het identificeren en doorverwijzen van patiënten met BDD naar gespecialiseerde zorgverleners.

Het screenen op BDD is slechts het begin van een uitgebreide benadering van de zorg voor patiënten. Een multidisciplinair team van zorgverleners, waaronder psychiaters en psychologen, moet betrokken zijn bij de behandeling van deze complexe aandoening. Daarnaast moeten zorgverleners zich bewust zijn van de ethische kwesties die gepaard gaan met het screenen op BDD en ervoor zorgen dat de privacy van de patiënten wordt gerespecteerd.

Het implementeren van een systematisch screeningsbeleid en het bieden van een passende follow-up en behandeling voor patiënten met BDD kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de cosmetische setting en het voorkomen van potentieel schadelijke ingrepen.

LITERATUUR

1. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. *Body dysmorphic disorder. Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32.
2. 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.
3. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. *Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. Am J Psychiatry.* 2008;165(9):1111-8.
4. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. *Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev.* 2016;49:55-66.
5. Phillips KA, Dufresne RG, Jr., Wilkel CS, Vittorio CC. *Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol.* 2000;42(3):436-41.
6. Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. *Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010;22(4):445-53.
7. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics.* 2005;46(4):317-25.
8. Stevens SM, Markatia ZA, Ameli K, Bayarara E, Lee WW. *Prevalence of body dysmorphic disorder in orbital plastic surgery and its relationship with the use of social media. Aesthetic Plast Surg.* 2023.
9. Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J, Mataix-Cols D. *The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. JAMA Psychiatry.* 2014;71(2):182-9.
10. de Brito MIA, Nahas FX, Cordas TA, Tavares H, Ferreira LM. *Body dysmorphic disorder in patients seeking abdominoplasty, rhinoplasty, and rhytidectomy. Plast Reconstr Surg.* 2016;137(2):462-71.
11. Phillips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder.* New York, NY: Oxford University Press; 1996.
12. 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(5):457-62.

CORRESPONDENTIEADRES

Patrick Kemperman

E-mail: p.m.kemperman@amsterdamumc.nl