

# Stoornis in de lichaamsbeleving bij patiënten binnen de cosmetische chirurgie

## *Prevalentie, psychiatrische comorbiditeit en uitkomsten*

T. HUNDSCHIED, R.R.W.J. VAN DER HULST, B.P.F. RUTTEN, C. LEUE

- ACHTERGROND** De stoornis in de lichaamsbeleving, body dysmorphic disorder (BDD), is een aandoening waarbij patiënten gepreoccupeerd zijn met een minimaal of ingebeeld mankement van het uiterlijk.
- DOEL** Overzicht bieden van literatuur over de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie. Secundair een overzicht bieden van psychiatrische comorbiditeit en de uitkomst bij geopereerde patiënten.
- METHODE** Literatuuronderzoek in Embase, Medline en PubMed met zoektermen 'body dysmorphic disorder' en 'cosmetic surgery' en 'prevalence' en 'comorbidity' en 'outcome' betreffende Engels- en Nederlandstalige literatuur vanaf de introductie van BDD in de DSM-III-R (in 1987) tot en met 1 november 2013. Geïnccludeerde artikelen werden onderzocht op additioneel onderzoek.
- RESULTATEN** De initiële zoekstrategie was te specifiek en werd verbreed naar 'body dysmorphic disorder' en 'cosmetic surgery' en 'prevalence'. Uiteindelijk werden 23 unieke artikelen geïnccludeerd. De prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie varieerde in 11 artikelen van 3,2 tot 53,6%. De 12 artikelen over psychiatrische comorbiditeit toonden voornamelijk stemmings- en angststoornissen op as I en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen op as II. De uitkomst van cosmetische ingrepen bij BDD was in slechts twee artikelen vastgelegd, maar deze meldden nieuwe preoccupaties bij voortdurende psychiatrische comorbiditeit.
- CONCLUSIE** BDD is een veelvoorkomende psychiatrische aandoening binnen de cosmetische chirurgie. Preoperatieve opsporing is noodzakelijk, zodat effectieve psychiatrische behandeling geïnitieerd kan worden in plaats van mogelijk ineffectieve chirurgische interventie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 514-522

**TREFWOORDEN** comorbiditeit, cosmetische chirurgie, prevalentie, stoornis in de lichaamsbeleving



ARTIKEL



De stoornis in de lichaamsbeleving, *body dysmorphic disorder* (BDD), is volgens de DSM-IV-TR (2000) een somatoforme aandoening waarbij patiënten gepreoccupeerd raken met een ingebeeld of minimaal mankement van het uiterlijk, leidend tot klinisch lijden of problemen in de sociale omgang. Hierbij zijn de symptomen niet te verklaren als onderdeel van andere psychische aandoeningen. Vanwege

het obsessieve-compulsieve karakter valt deze aandoening in de DSM-5 (2013) onder de obsessieve-compulsieve stoornissen. De prevalentie van BDD in de algemene populatie varieert in verschillende onderzoeken van 0,7 tot 2,3% (Pavan e.a. 2008).

BDD is niet ontstaan door toegenomen mogelijkheden binnen de cosmetische chirurgie of veranderingen in het

modebeeld. Ook is BDD geen recent resultaat van toenevende differentiatie binnen psychiatrische diagnosekaders. Morselli (1891) sprak in de eerste beschrijving van het ziektebeeld over 'dysmorphophobia'. Hij beschreef een subjectief gevoel van lelijkheid dat ertoe leidt dat de patiënt gelooft door anderen geobserveerd te worden, ondanks een door de omgeving als normaal beschreven uiterlijk. Janet (1903) beschreef als eerste het obsessieve karakter ervan, waarbij de patiënt een obsessie met schaamte voor het lichaam koestert, een '*obsession de la honte du corps*'. In de DSM-III werd de term 'dysmorphophobia' opgenomen onder de somatoforme aandoeningen, waarna vanaf de DSM-III-R gesproken wordt van BDD (American Psychiatric Association 1980; 1987).

De cosmetische chirurgie betreft volgens *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* (2012) 'het onderdeel van de chirurgie dat de verfraaiing van het uiterlijk of verwijdering van ontsierende structuren tot doel heeft'. Daar patiënten met BDD er zelf van overtuigd zijn dat hun aandoening niet psychiatrisch is, is het aannemelijk dat BDD een veelvoorkomende psychiatrische aandoening binnen de cosmetische chirurgie is (Vargel & Ulusahin 2001). Patiënten met BDD bezoeken voor niet-chirurgische ingrepen hoofdzakelijk de dermatoloog, en verzoeken voornamelijk de plastisch chirurg om (ingeebeelde) mankementen operatief te corrigeren (Ishigooka e.a. 1998; Pavan e.a. 2008; Sarwer & Spitzer 2012).

In dit artikel beperken wij ons bij het spreken over cosmetische chirurgie tot esthetische chirurgische ingrepen, zoals in Nederland uitgevoerd door de plastisch chirurg.

Hoewel medicamenteuze behandeling met fluoxetine en/of cognitieve gedragstherapie bewezen effectief zijn, worden patiënten met BDD regelmatig operatief behandeld (Ipser e.a. 2009). De vraag is gerechtvaardigd of operatieve interventie leidt tot patiënttevredenheid of juist tot persisterende psychiatrische symptomen met nieuwe preoccupaties. Hoewel (retrospectief) onderzoek hiernaar schaars is, lijken psychiatrische symptomen te persisteren (Sarwer & Spitzer 2012). Onder plastisch chirurgen heerst dan ook een groeiende consensus dat BDD een contra-indicatie voor cosmetische chirurgie moet vormen (Sarwer & Spitzer 2012). Het is een uitdaging voor de plastisch chirurg deze patiënten preoperatief te onderkennen en door te verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Om de patiënt met BDD die zich meldt bij de plastisch chirurg beter in kaart te kunnen brengen, kwamen wij tot de volgende vraagstelling: hoe vaak komt BDD binnen de cosmetische chirurgie voor, welke psychiatrische comorbiditeit tonen deze patiënten en wat is de uitkomst van cosmetische ingrepen?

## AUTEURS

**TIM HUNDSCHIED**, eerst coassistent psychiatrie, thans ANIOS kindergeneeskunde, afd. Kindergeneeskunde, Atrium Medisch Centrum, Heerlen.

**RENÉ VAN DER HULST**, hoogleeraar Plastische Chirurgie, afd. Plastische, Reconstructieve en Handchirurgie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht.

**BART RUTTEN**, psychiater, Universiteit Maastricht en afd. Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht.

**CARSTEN LEUE**, psychiater, Universiteit Maastricht en afd. Psychiatrie (zorglijn psychische en somatische comorbiditeit), Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Carsten Leue, afd. Psychiatrie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Peter Debyelaan 25, 6229 HX Maastricht.

E-mail: c.leue@mumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

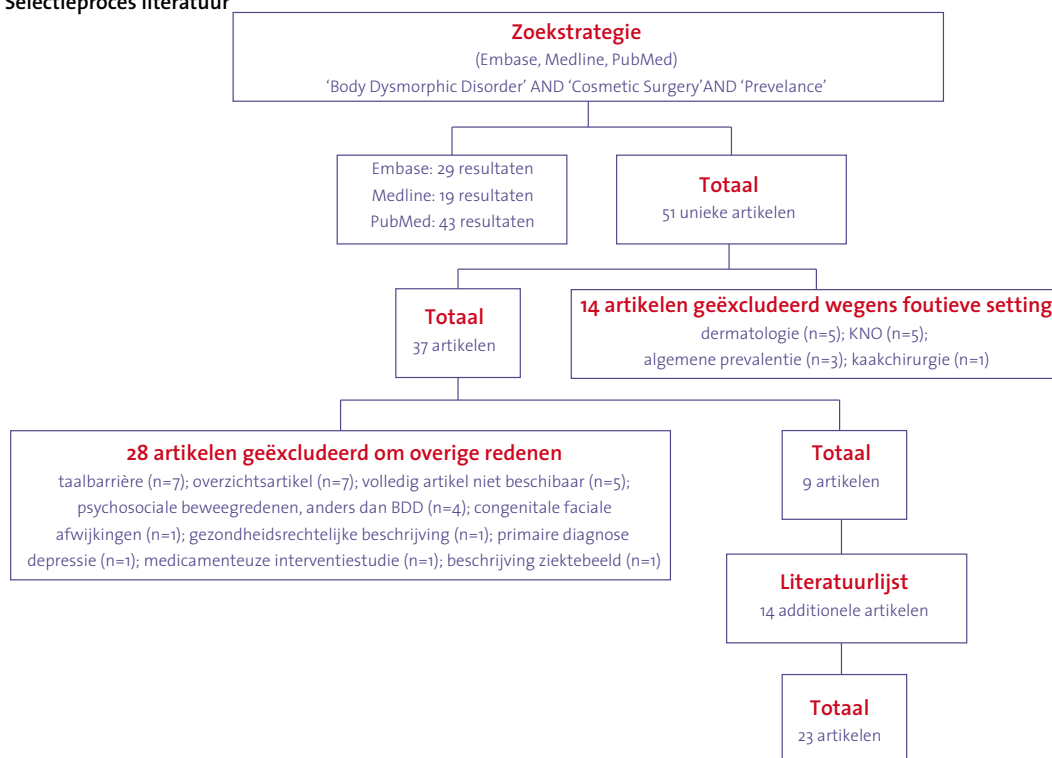
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2014.

## DOEL

Het primaire doel van dit literatuuronderzoek is de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie te onderzoeken. Secundair doel is het beschrijven van het vóórkomen van psychiatrische comorbiditeit bij BDD en de uitkomst bij patiënten met BDD die daadwerkelijk geopereerd worden. Afsluitend bespreken wij of en zo ja hoe patiënten die zich melden bij de plastisch chirurg gescreend kunnen worden op BDD en doen wij een tweetal aanbevelingen om BDD in de klinische praktijk beter te kunnen onderkennen.

## METHODE

Een zoekstrategie werd uitgevoerd in Embase, Medline en PubMed met de zoektermen '*body dysmorphic disorder*' en '*cosmetic surgery*' en '*prevalence*' en '*comorbidity*' en '*outcome*'. Tussen 1 januari 1987 (introductie van BDD in de DSM-III-R) en 1 november 2013 gepubliceerde Engels- en Nederlandstalige artikelen werden geïncludeerd indien ze de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie (esthetische chirurgische ingrepen, zoals in Nederland uitgevoerd door de plastisch chirurg) beschreven. Daarnaast vond inclusie plaats indien studies psychiatrische comorbiditeit en/of de uitkomst van cosmetisch chirurgische ingrepen bij BDD beschreven. Als exclusiecriteria hanteerden wij

**FIGUUR 1** Selectieproces literatuur

prevalentiestudies in een niet cosmetisch chirurgische setting en overzichtsartikelen in het algemeen. Twee auteurs (T.H. en C.L.) beoordeelden de artikelen op titel en abstract onafhankelijk van elkaar. Bij onenigheid was de mening van een derde auteur (B.R.) doorslaggevend. De literatuurlijst van geïncludeerde artikelen werd op additioneel onderzoek geanalyseerd.

Deze zoekstrategie was echter te specifiek en leidde tot slechts 5 unieke artikelen. Daarom werd de zoekstrategie verbreed naar het primaire onderzoeksdoel, namelijk de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie. De zoektermen 'body dysmorphic disorder' en 'cosmetic surgery' en 'prevalence' leverden 51 unieke artikelen op, waarvan er 9 geïncludeerd werden. De overige 42 artikelen werden, zoals weergegeven in **FIGUUR 1**, om verschillende redenen geëxcludeerd. Op basis van de literatuurlijsten van geïncludeerde artikelen werden 14 additionele artikelen toegevoegd. In totaal werden dus 23 artikelen geïncludeerd.

## RESULTATEN

### Prevalentie

De prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie varieert, zoals weergegeven in **TABEL 1**, tussen de afzonderlijke studies van 3,2 tot 53,6% (Altamura e.a. 2001; Aouizerate e.a. 2003; Bellino e.a. 2006; Crerand e.a. 2004; Hayashi

e.a. 2007; Ishigooka e.a. 1998; Lai e.a. 2010; Sarwer e.a. 1998; Vargel & Ulusahin 2001; Vindigni e.a. 2002; Vulink e.a. 2006). De laagste prevalentie van 3,2% werd gevonden door Vulink e.a. (2006) in een Nederlandse onderzoekssituatie met een groot aantal patiënten (n = 475) bij een respons van 74,8%. Vindigni e.a. (2002) vonden in een kleine onderzoekspopulatie (n = 56) de hoogste prevalentie van 53,6%. Exclusie van deze twee uitersten leidt tot een spreiding in de gevonden prevalentie van 6,3 tot 20%.

### Psychiatrische comorbiditeit

Bij het in kaart brengen van psychiatrische comorbiditeit maakten wij, conform de DSM-IV-TR, een onderscheid tussen as I- en as II-problematiek (American Psychiatric Association 2000). Psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met BDD is voornamelijk onderzocht in observationele en placebogecontroleerde onderzoeken, waarbij de werkzaamheid van fluoxetine op BDD werd onderzocht binnen psychiatrische instellingen.

### AS I-STOORNISSEN

De grootste studie werd uitgevoerd door Gunstad en Phillips (2003). Zij onderzochten 293 patiënten, van wie er 175 deelnamen aan observationeel onderzoek, 31 aan een openlabelonderzoek en 87 aan een placebogecontroleerd farmacotherapeutisch onderzoek. De populatie, met een

**TABEL 1** Prevalentie van body dysmorphic disorder (BDD) binnen de cosmetische chirurgie

1ste auteur (jaar)	Diagnosticum	Patiënten (n)	Vrouw (n) (%)	Gem. leeftijd in jaar (SD)	BDD in % (95%-BI)
Ishigooka (1998)	Klinisch interview (ICD-10)	415	285 (68,7)	35,0 (13,7)	14,9
Sarwer (1998)	Zelfrapportage (MBSRQ & BDDQ-SR)	100	100 (100)	44,06 (14,56)	7
Altamura (2000)	Klinisch interview (SCID & BDD-YBOCS)	478	364 (76,2)	-	6,3
Vargel (2001)	Psychiater Zelfrapportage (MBSRQ)	20	13 (65)	25,6 (8,76)	20
Vindigni (2002)	Klinisch interview (SCID & BDDE) Psychiater	56	45 (80,4)	36 (13)	53,6
Aouizerate (2003)	Klinisch interview (SCID) Onderzoeksassistent	132	124 (93,9)	40,6 (12,9)	9,1 (4,2-14,0)
Crerand (2004)	Zelfrapportage (BDDE-SR, BDDQ-DV, MBSRQ-AS)	91	82 (90,1)	46,69 (14,21)	7,7
Bellino (2006)	Klinisch interview (SCID & BDD-YBOCS) Psychiater	66	57 (86,4)	43,39 (12,08)	16,7 (8-25)
Vulink (2006)	Zelfrapportage (BDDQ-DV)	475	331 (69,7)	41,2 (14,9)	3,2 (1,7-4,7)
Hayashi (2007)	Klinisch interview Plastisch chirurg	140	124 (88,6)	38,4 (-)	7,9
Lai (2010)	Klinisch interview Plastisch chirurg	817	-	-	7,7

ICD-10: International Classification of Diseases; MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; BDDQ-SR: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire Self-Report; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV; BDD-YBOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale adapted for BDD; BDDE: Body Dysmorphic Disorder Examination; BDDE-SR: Body Dysmorphic Disorder Examination Self – Report; BDDQ-DV: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version; MBSRQ-AS: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire – Appearance Scale; n = aantal; SD = standaarddeviatie; 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval

gemiddelde leeftijd van 31,3 jaar (SD 11,1) bestond uit 161 (54,9%) vrouwen. As I-problematiek kwam veelvuldig voor, waarbij de *lifetime*prevalentie van een ernstige depressieve stoornis (58,4%) het grootst was, gevolgd door sociale fobie (31,7%), obsessieve-compulsieve stoornis (24,2%) en middelenmisbruik (7,5%). Slechts 8,6% van de patiënten met BDD zou gedurende het leven niet aan psychiatrische comorbiditeit lijden, terwijl 41,4% aan drie of meer as I-aandoeningen zal lijden. De meest voorkomende combinatie, ernstige depressie en sociale fobie, kwam bij 32% van de studiepopulatie voor. Ernstige depressie met

obsessieve-compulsieve stoornis, als ook ernstige depressie met middelenmisbruik, kwam bij 25% van de studiepopulatie voor.

Meerdere kleinere interventiestudies ondersteunen deze bevindingen. Hierin werd een vergelijkbare *lifetime*prevalentie van de meest voorkomende psychiatrische comorbiditeit gevonden (Hollander e.a. 1993; Perugi e.a. 1997; Phillips & Diaz 1997; Phillips & McElroy 2000; Phillips e.a. 1993; Phillips e.a. 2005; Veale e.a. 1996; Zimmerman & Mattia 1998). Phillips en Diaz (1997) onderzochten specifiek de sekseverschillen in het voorkomen van psychiatri-

sche comorbiditeit, waarbij alleen middelenmisbruik significant ( $p = 0,006$ ) vaker voorkwam bij mannen (46%) dan bij vrouwen (25%).

## AS II-STOORNISSEN

Phillips en McElroy (2000) onderzochten 148 patiënten met BDD, van wie er 74 deelnamen aan een observationele interventiestudie, 26 aan een openlabelonderzoek en 48 aan placebogecontroleerd farmacotherapeutisch onderzoek. Bij 74 patiënten werd het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) afgenomen om as II-problematiek te onderzoeken. In totaal werd bij 42 patiënten (56,8%) minimaal één persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornis was de vermijdende (43,2%), gevolgd door de afhankelijke (14,9%) en de obsessieve-compulsieve (13,5%) en paranoïde persoonlijkheidsstoornis (13,5%). Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (47,3%) kwamen significant vaker voor ( $p = 0,0002$  en  $p = 0,0008$ ) dan cluster A- (13,5%) en cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (16,2%).

Een klein onderzoek van Neziroglu e.a. (1996) wijst eveneens voornamelijk cluster C-persoonlijkheidsstoornissen uit. Bellino e.a. (2006) beschrijven specifiek comorbide as II-problematiek bij 66 patiënten bij wie cosmetisch chirurgische ingrepen gepland waren. Van hen leden 11 patiënten aan BDD. Vooral vermijdende, maar ook paranoïde, schizotypische en borderlinepersoonlijkheidsstoornissen kwamen significant ( $p < 0,05$ ) vaker voor bij de patiënten met BDD dan bij de controlegroep.

## Uitkomst van plastisch-chirurgische ingrepen

Wij vonden 2 onderzoeken naar de uitkomst van cosmetisch chirurgische ingrepen bij patiënten met BDD. Tignol e.a. (2007) volgden 30 patiënten met een minimale uiterlijke afwijking, van wie 12 met BDD (40%), uit het cohort van Aouizerate e.a. (2003). Na 5 jaar hielden zij met 24 patiënten (80%), van wie 10 met BDD (41,7%), een semi-structureerd telefonisch interview. Van de 10 patiënten met BDD werden er 7 geopereerd, in vergelijking met 8 van de 14 (57%) patiënten zonder BDD ( $p = 0,42$ ). Twee patiënten met BDD werden twee keer geopereerd, terwijl van de patiënten zonder BDD niemand een tweede operatie onderging. De patiënttevredenheid werd gemeten volgens een vijf-puntsschaal, waarbij 5 voor een enorme verbetering stond. Patiënten met BDD scoorden gemiddeld een 4 en degenen zonder BDD een 4,4 ( $p = 0,37$ ). Ondanks operatie voldeden 6 van de 7 patiënten nog steeds aan de diagnostische criteria voor BDD, van wie er 5 gepreoccupeerd waren met een nieuw lichaamsdeel. De 3 patiënten die niet geopereerd werden, bleven eveneens aan de diagnostische criteria voor BDD voldoen. Verder was bij 6 van de 7 geopereerde

patiënten met BDD sprake van niet nader gespecificeerde psychiatrische comorbiditeit, vergeleken bij 1 van de 8 geopereerde patiënten zonder BDD ( $p < 0,01$ ).

Phillips e.a. (2001) beschrijven een cohort van 289 patiënten met BDD in een psychiatrische setting. Van deze patiënten zocht initieel 72% niet-psychiatrische behandeling en ontving uiteindelijk 60% enige vorm hiervan. Cosmetische chirurgie werd uitgevoerd bij 23%, waarbij maar een kwart van de patiënten een verbetering liet zien. Slechts bij 7,3% van de ingrepen trad complete verbetering op.

## DISCUSSIE

Een literatuuronderzoek naar de prevalentie van BDD in de somatische geneeskunde is niet uniek. Met onze zoekstrategie vonden wij 7 overzichtartikelen die deze vraagstelling eerder hadden onderzocht (Crerand e.a. 2006; Pavan e.a. 2008; Phillips & Dufresne 2000; Picavet e.a. 2011; Sarwer & Crerand 2008; Sarwer & Spitzer 2012; Sarwer e.a. 2003). Echter, onze literatuurstudie is de eerste die zich beperkt tot esthetische chirurgische ingrepen, uitgevoerd door de plastisch chirurg. Dit leverde 11 originele artikelen op waarin de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie onderzocht werd. Hiervan waren er 2 niet in een van de eerder genoemde overzichtartikelen opgenomen (Hayashi e.a. 2007; Lai e.a. 2010). De gevonden prevalentie van 6,3 tot 20% dient vergeleken te worden met de prevalentie van BDD in de algemene populatie, die 0,7 tot 2,3% bedraagt (Pavan e.a. 2008).

## Beperkingen

Het onderzoek naar de prevalentie, comorbiditeit en de uitkomst bij geopereerde patiënten is qua opzet observationeel van aard. De afzonderlijke studies hadden een aantal beperkingen. Allereerst is de grootte van de studiepopulaties zeer wisselend, wat mede debet kan zijn aan de grote spreiding in de gevonden prevalentie.

Het tweede punt dat bij de interpretatie in acht moet worden genomen, is het verschil in de manier van diagnosestelling. Er bestaat een tweedeling tussen een klinisch interview, dat wordt uitgevoerd door de plastisch chirurg of psychiater, en het afnemen van vragenlijsten. Men kan aannemen dat een psychiater beter in staat is om de diagnose BDD op basis van een klinisch interview te stellen dan een chirurg. Daarnaast is er bij vragenlijsten sprake van een gemiddelde respons van 80%. Doordat patiënten met BDD ervan overtuigd zijn dat hun aandoening niet psychiatrisch is, zullen zij de vragenlijst vaker niet, of incorrect dan wel sociaal wenselijk invullen, zodat het relatief hoge responspercentage vermoedelijk toch nog tot een onderschatting leidt (Vargel & Ulusahin 2001).

Naast deze beperkingen waren de onderzoeken afzonderlijk van matige methodologische kwaliteit. Zo werd de

patiëntselectie doorgaans matig beschreven, waardoor slechts in 4 artikelen de respons navolgbaar was (Altamura e.a. 2001; Sarwer e.a. 1998; Vindigni e.a. 2002; Vulink e.a. 2006). In de overige artikelen werd duidelijk weergegeven in welke periode patiënten die zich bij de cosmetisch chirurg meldden, geïnccludeerd werden. Echter, er werd niet inzichtelijk gemaakt hoeveel van deze patiënten daadwerkelijk deelnam aan de studie. Over de mate van selectiebias is hierdoor geen uitspraak te doen.

Door de matige methodologische kwaliteit van het onderzoek en de grote mate van heterogeniteit konden we geen meta-analyse uitvoeren. Hierdoor blijft een grote spreiding bestaan in de gevonden prevalentie. Niet alleen deze spreiding maakt het moeilijk een valide uitspraak te doen over de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie, zoals in Nederland uitgevoerd door de plastisch chirurg. Slechts één studie is uitgevoerd in de Nederlandse zorgsituatie. Binnen ons zorgsysteem, waarbij de huisarts in principe verwijst naar de tweede lijn, is het minder waarschijnlijk dat een patiënt met BDD zich primair bij de plastisch chirurg meldt. Om een valide uitspraak te kunnen doen over de prevalentie van BDD binnen de cosmetische chirurgie in Nederland is aanvullend onderzoek noodzakelijk.

### Psychiatrische comorbiditeit

Psychiatrische comorbiditeit is een veelvoorkomend probleem bij patiënten met BDD, hoewel onderzoek binnen de plastische chirurgie schaars is en zich beperkt tot as II-problematiek (Bellino e.a. 2006). Onderzoek bij patiënten met BDD uit een andere setting (Gunstad & Phillips 2003; Hollander e.a. 1993; Perugi e.a. 1997; Phillips & Diaz 1997; Phillips & McElroy 2000; Phillips e.a. 1993; Phillips e.a. 2005; Veale e.a. 1996; Zimmerman & Mattia 1998) toont dat op as I voornamelijk angst- en stemmingsproblematiek voorkomen en dat as II-problematiek (Bellino e.a. 2006; Neziroglu e.a. 1996; Phillips & McElroy 2000) zich voornamelijk uit als cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Aangezien demografische kenmerken van de studies die niet binnen de cosmetische chirurgie hebben plaatsgevonden vergelijkbaar zijn met de prevalentiestudies naar BDD binnen de plastische chirurgie, kunnen wij aannemen dat deze comorbiditeit ook specifiek voor de patiënt met BDD binnen de cosmetische chirurgie zal gelden.

### Uitkomst van cosmetische chirurgie

Onderzoek naar de uitkomst van cosmetisch chirurgische ingrepen bij patiënten met BDD is eveneens schaars (Phillips e.a. 2001; Tignol e.a. 2007), maar suggereert dat operatieve ingrepen in beperkte mate leiden tot verbetering en doorgaans leiden tot nieuwe preoccupaties en voortdurende psychiatrische comorbiditeit. Aangezien patiënten

in het onderzoek van Phillips e.a. (2001) psychiatrische behandeling kregen, lijkt het waarschijnlijk dat voornamelijk patiënten met BDD en een zichtbaar mankement geopereerd zijn. Hierdoor is de uitkomst bij deze patiënten mogelijk een overschatting van de werkelijkheid.

### Meer onderzoek en betere detectie

De beschreven resultaten onderstrepen de noodzaak tot verder onderzoek naar BDD binnen de cosmetische chirurgie. De stoornis in de lichaamsbeleving komt vaak voor binnen de cosmetische chirurgie. De bevindingen over negatieve uitkomsten van operatief ingrijpen en de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit pleiten voor het preoperatief onderkennen van patiënten met BDD om mogelijk ineffectieve chirurgische interventie te voorkomen (Sarwer & Spitzer 2012). Aangezien psychiatrische comorbiditeit bij BDD een frequent gegeven is, zou niet alleen BDD, maar ook deze comorbiditeit chirurgische interventies negatief kunnen beïnvloeden.

Er bestaat dus behoefte aan adequate detectie van BDD binnen de cosmetische chirurgie. Hiervoor bestaan drie mogelijkheden, namelijk het psychiatrisch interview, klinische patiëntobservatie en vragenlijsten. Slechts twee van deze vragenlijsten, namelijk de *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version* (BDDQ-DV) en de *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ), zijn gevalideerd voor de cosmetisch dermatologische setting.

De BDDQ-DV is een vragenlijst met 9 korte vragen naar de invloed van het lichamelijke mankement op het dagelijks leven (Dufresne e.a. 2001; Phillips e.a. 2000). De BDDQ-DV heeft binnen de cosmetische dermatologische setting een sensitiviteit van 100%, een specificiteit van 92,3%, een positief voorspellende waarde van 70,0% en een negatief voorspellende waarde van 100% (Dufresne e.a. 2001). Bij de interpretatie van deze veelbelovende resultaten moet in acht worden genomen dat de studiepopulatie uit slechts 46 patiënten bestond.

De DCQ bestaat uit 7 stellingen waarbij de patiënt op een schaal van 0 tot 3 moet aangeven in welke mate deze stelling in vergelijking met andere mensen van toepassing is (Oosthuizen e.a. 1998). De DCQ is de enige vragenlijst die voor zowel de psychiatrische als de cosmetische dermatologische setting gevalideerd is, met een sensitiviteit en specificiteit van respectievelijk 96,4 en 90,6% (Mancuso e.a. 2010).

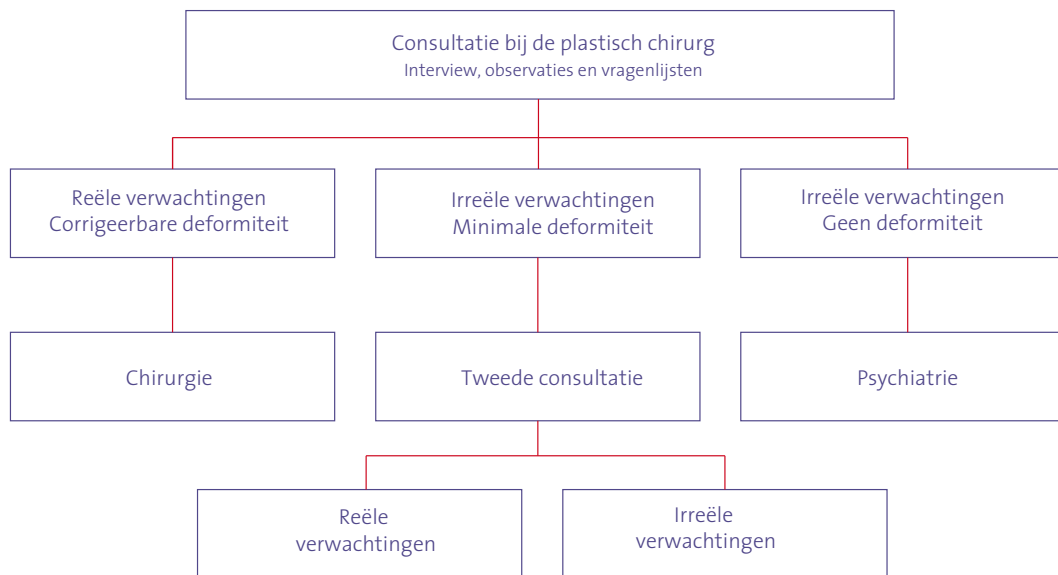
Beide vragenlijsten zijn niet gevalideerd voor de cosmetische chirurgie, waarvoor validatie wenselijk is.

### AANBEVELINGEN

Om patiënten die zich presenteren bij de plastisch chirurg de juiste zorg te bieden kan een algoritmische benadering worden toegepast in de vorm van een stroomdiagram. De



**FIGUUR 2** Algoritmische benadering van de intake van een patiënt op de polikliniek plastische chirurgie (naar Jakubietz e.a. (2007))



beoordeling van de patiënt geschiedt op twee aspecten, namelijk de ernst van de deformiteit en de indruk die de patiënt wekt tijdens het consult (eventueel aangevuld door resultaten uit vragenlijsten).

Jakubietz e.a. (2007) baseren hun algoritme, zoals weergegeven in **FIGUUR 2**, op deze twee parameters om patiënten in drie groepen in te delen. De eerste groep betreft patiënten zonder uiterlijke mankementen in combinatie met irreële verwachtingen, waarbij de diagnose BDD eenvoudig gesteld kan worden en de patiënt verwezen dient te worden naar een psychiater.

De tweede groep is het tegenovergestelde, een patiënt met reële verwachtingen bij een corrigeerbare deformiteit, die geschikt is voor plastische chirurgie.

De derde groep bevindt zich tussen deze twee uitersten en vormt de grootste uitdaging, aangezien deze groep een corrigeerbare minimale deformiteit heeft, maar eveneens irreële verwachtingen koestert. Deze patiënten zouden minimaal een vervolgsconsult moeten krijgen waarbij de verwachtingen van de uitkomst van een cosmetische ingreep breder besproken worden. Blijven deze verwachtingen irreëel, dan kan men hen verwijzen naar de psychiater, anders kan cosmetische chirurgie plaatsvinden.

Ten slotte, Hayashi e.a. (2007) beschreven dat slechts 20% van de patiënten met BDD een psychiatrische behandeling continueert. De uitdaging ligt dus niet alleen in het diagnosticeren van deze patiënten, maar ook in het motiveren voor een psychiatrisch behandeltraject. Dit vergt een integrale psychosomatische aanpak.

## CONCLUSIE

BDD is een veelvoorkomende psychiatrische aandoening in de cosmetische chirurgie met een prevalentie van 3,2 tot 53,6%. Psychiatrische comorbiditeit bij patiënten met BDD is tevens een veelvoorkomend probleem. As I-problematiek bestaat voornamelijk uit een ernstige depressieve stoornis (58,4%) en een sociale fobie (31,7%). As II-problematiek bestaat voornamelijk uit cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (47,3%), waarbij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis het vaakst (42,3%) voorkomt.

De uitkomst van operatieve ingrepen in deze patiëntpopulatie is spaarzaam onderzocht, maar lijkt teleurstellend. Operatieve ingrepen dienen vanwege nieuw ontwikkelde preoccupaties bij voortdurende psychiatrische comorbiditeit voorkomen te worden. Hiervoor is preoperatieve ‘screening’ geïndiceerd. Geen van de bestaande screeningsinstrumenten is gevalideerd binnen de cosmetische chirurgie. De DCQ en de BDDQ-DV lijken veelbelovend en zijn praktisch toepasbaar. Deze vragenlijsten moeten nog binnen de cosmetische chirurgie (in Nederland de plastische chirurgie) gevalideerd worden.

Bij het onderkennen van BDD speelt een integrale aanpak een belangrijke rol, waarbij volgens een algoritmische benadering patiënten vroegtijdig effectieve psychiatrische hulpverlening kunnen ontvangen, niet alleen voor BDD, maar ook voor aanwezige psychiatrische comorbiditeit.



## LITERATUUR

- Altamura C, Paluella MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 105-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-III. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-III-R. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, e.a. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 365-8.
- Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res* 2006; 144: 73-8.
- Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 167e-80e.
- Crerand CE, Sarwer DB, Lowe MR. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 958.
- Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg* 2001; 27: 457-62.
- Everdingen JJE van, Eerenbeemt AMM van den. *Pinkhof Geneeskundig woordenboek*. 12e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 270-6.
- Hayashi K, Miyachi H, Nakakita N, Akimoto M, Aoyagi K, Miyaoka H, e.a. Importance of a psychiatric approach in cosmetic surgery. *Aesthet Surg J* 2007; 27: 396-401.
- Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann* 1993; 23: 359-64.
- Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1: CD005332.
- Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 283-7.
- Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119: 1924-30.
- Janet P. *Les Obsessions et la Psychasténie*. Parigi: Alcan; 1903.
- Lai CS, Lee SS, Yeh YC, Chen CS. Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung J Med Sci* 2010; 26: 478-82.
- Mancuso SG, Knoesen NP, Castle DJ. The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 535-42.
- Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bollettino dell'Accademia di Genova* 1891; 6: 110-9.
- Neziroglu F, McKay D, Todaro J, YaryuraTobias JA. Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behav Ther* 1996; 27: 67-77.
- Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 129-32.
- Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg* 2008; 32: 473-84.
- Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 578-82.
- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570-7.
- Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 235-43.
- Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 436-41.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 504-10.
- Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 229-36.
- Phillips KA, McElroy SL, Kneck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 302-8.
- 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: 317-25.
- Picavet V, Gabriels L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope* 2011; 121: 2535-41.
- Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image* 2008; 5: 50-8.
- Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg* 2003; 19: 7-18.
- Sarwer DB, Spitzer JC. Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthet Surg J* 2012; 32: 999-1009.
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1644-9.
- Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-



- Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 520-4.
- Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2001; 25: 474-8.
  - Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R, e.a. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196-201.
  - Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro FM, Marini M, e.a. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg* 2002; 25: 305-8.
  - Vulink NCC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Westenberg HGM, Denys D. Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken *Dermatologie en Plastische Chirurgie. Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150: 97-100.
  - Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 265-70.

## SUMMARY

# Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery - prevalence, psychiatric comorbidity and outcome

T. HUNDSCHIED, R.R.W.J. VAN DER HULST, B.P.F. RUTTEN, C. LEUE

- BACKGROUND** Patients suffering from body dysmorphic disorder (BDD) are preoccupied with a slight or imagined defect in appearance.
- AIM** First of all, to review the literature on the prevalence of BDD in cosmetic surgery and thereafter to review the literature on psychiatric comorbidity and the outcome of surgical interventions.
- METHOD** We based our search strategy on Embase, Medline and PubMed, using the search terms 'body dysmorphic disorder', 'cosmetic surgery', 'prevalence', 'comorbidity' and 'outcome'. Our search covered English and Dutch literature published after the introduction of BDD in DSM-III-R and before 1 November, 2013. A study of the relevant articles enabled us to access additional articles mentioned in these texts.
- RESULTS** Our initial search strategy turned out to be too narrow. It was therefore broadened to include 'body dysmorphic disorder', 'cosmetic surgery', and 'prevalence'. Eventually we included 23 original articles. In 11 of these the prevalence of BDD varied from 3.2 to 53.6%. Twelve articles on psychiatric comorbidity revealed predominantly mood and anxiety disorders on axis I and cluster C personality disorders on axis II. Only two studies reported on the outcome of cosmetic surgery performed on BDD patients; surgical interventions, however, seemed to result in new preoccupations with the prolongation of psychiatric comorbidity.
- CONCLUSION** BDD is a common psychiatric disorder that can sometimes lead to cosmetic surgery. However, preoperative screening of BDD patients is vital so that efficient psychiatric treatment can be initiated and patients are not subjected to surgical interventions which may be ineffective or even harmful.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 514-522

**KEY WORDS** body dysmorphic disorder, comorbidity, cosmetic surgery, prevalence