

Bespiegelingen over body dysmorphic disorder by proxy

T. GOFERS, I. VERHAGEN, T.K. BOUMAN

SAMENVATTING Body dysmorphic disorder by proxy is een stoornis in de lichaamsbeleving die veel schade kan berokkenen aan de patiënt en diens naaste omgeving. Er is echter nauwelijks over gepubliceerd en weinig bekend over de behandeling. Een 36-jarige man die extreem ontevreden was over het uiterlijk van zijn vrouw werd behandeld met cognitief gedragstherapeutische en systemische interventies. Deze leidden tot een aanzienlijke vermindering van de symptomen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)6, 561-565]

TREFWOORDEN body dysmorphic disorder by proxy; cognitieve gedragstherapie, stoornis in de lichaamsbeleving by proxy

Een bijzondere vorm van een somatoforme stoornis is de stoornis in de lichaamsbeleving (*body dysmorphic disorder*; BDD) *by proxy*. Hierbij richten de preoccupaties van de patiënt zich op een vermeende onvolkomenheid of een geringe afwijking van het uiterlijk van iemand anders (meestal een kind of de partner). Vroegtijdige onderkenning en behandeling zijn van belang omdat niet adequaat ingrijpen het welzijn van belangrijke anderen en van de patiënt zelf in gevaar kan brengen.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A is een 36-jarige jurist die zich op aandringen van zijn vrouw en zijn huisarts meldde op onze polikliniek voor een intakegesprek. Zijn 34-jarige vrouw, werkzaam in de modebranche, had zich enkele dagen eerder tot de huisarts gewend met klachten van ernstige overspannenheid. Zij beschreef een sinds enkele maanden onhoudbare thuissituatie en overwoog een echtscheiding. Geëmotioneerd vertelde zij dat haar man in toenemende mate gepreoccupeerd zou zijn met haar uiterlijk in het algemeen, en haar billen

in het bijzonder. Van de huisarts vernamen wij nog dat hij bij patiënt A veel overredingskracht nodig had om hem ervan te overtuigen dat de preoccupatie met de billen van zijn vrouw toch werkelijk een pathologisch karakter droeg. De huisarts vermoedde een obsessieve-compulsieve stoornis en concentratie- en geheugenproblemen ten gevolge van de vele preoccupaties.

Hoewel patiënt in eerste instantie zelf geen duidelijke hulpvraag had, was hij bereid hulp te accepteren om zijn huwelijk te redden. Hij was immers al 15 jaar samen met zijn vrouw en ze hadden een dochter van 8 en een zoon van 6 jaar oud. Patiënt presenteerde zich in ons team als een goed uitziende, hardwerkende, intelligente man die erg betrokken was bij zijn gezin. In het gesprek liet hij zien over de nodige humor en verbale vaardigheden te beschikken. Maar ook constateerden we een meer dan gemiddelde zelfingenomenheid en een gebrekkig introspectief vermogen.

Zijn vrouw beschreef hij als erg mooi, met uitzondering van haar te dunne billen. Hij vertelde met trots dat ze jaren terug in het dorp altijd als het mooiste meisje werd gezien en dat hij haar

als enige had kunnen veroveren. Hij zei al vele malen van anderen gehoord te hebben dat zijn vrouw een mooi figuur heeft. Het bleek dat zijn preoccupaties al jaren bestonden en vele uren van de dag in beslag namen. Desgevraagd beschreef hij in detail hoe hij zijn vrouw opdrong om op een bepaalde manier te lopen, te zitten, maar vooral ook hoe te kleden. Restaurantbezoek, dagjes naar het zwembad of het strand werden krampachtig vermeden. Dit alles had als doel dat hij de confrontatie met de, in zijn beleving, te dunne billen niet hoefde aan te gaan.

Zelfs in zijn dromen kwamen deze preoccupaties frequent terug. Patiënt vermoedde dat het allemaal was begonnen tijdens een uitgaansavond, jaren terug, toen hij meende dat iemand riep: 'Kijk daar die vrouw, die heeft platte billen'. Terwijl hij aanvankelijk zijn preoccupaties nog voor zichzelf kon houden, ging hij deze het laatste jaar steeds meer uitspreken naar zijn vrouw. Gaandeweg het gesprek zei hij toch wel te beseffen dat de obsessies (zoals hij die zelf noemde) een pathologisch karakter hadden. Hij volhardde echter ook in de mening dat de billen daadwerkelijk veel te dun waren.

Uit het intakegesprek kwam verder naar voren dat patiënt als kind onzeker was over zijn uiterlijk, omdat hij al vroeg een bril droeg en hij last had van acne. In het stamgezin, met nog één jongere broer en twee oudere zussen, heersten volgens hem altijd principes als: 'Wat mooi is, is goed', 'Je moet je altijd goed presenteren', 'Het is belangrijk waardering van de omgeving na te streven' en 'Je moet zeker als man zorgen dat je marktwaarde goed blijft'. Het gezin werd als gesloten beschreven: 'Vuile was kon je beter niet buiten hangen', zei hij. Onderling werd er nooit over gevoelens gesproken.

Op grond van de intake meenden wij te maken te hebben met BDD by proxy, bij een voor geschiedenis met BDD-klachten in de adolescentie.

DISCUSSIE

Stoornis in de lichaamsbeleving

De laatste decennia zien we in de (inter)nationale literatuur een groeiende aandacht voor patiënten die zelf lijden aan BDD. De DSM-IV-criteria hiervoor betreffen preoccupaties over een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Als er een kleine lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van de patiënt duidelijk overmatig. Deze preoccupaties zorgen voor beduidend ongemak in sociale, beroepsmatige of andere gebieden van iemands functioneren. Vanwege overlap met onder meer de obsessieve-compulsieve stoornis, depressie en sociale angst wordt de diagnose BDD vaak ten onrechte niet gesteld.

De stoornis ontwikkelt zich doorgaans in de puberteit onder meer onder invloed van een negatief zelfbeeld, negatieve feedback over het uiterlijk, obsessionaliteit en beperkte sociale vaardigheden. De prevalentie varieert van 1% in de algemene bevolking tot 10% in specialistische settingen zoals dermatologie, orthodontie, psychiatrie en cosmetische chirurgie.

De enige systematisch onderzochte behandelvormen voor BDD zijn cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie (met name de SSRI's), waarbij de eerstgenoemde iets meer effect blijkt te hebben (Williams e.a. 2006).

Literatuuronderzoek

Over de prevalentie, de diagnostiek, en de behandeling van BDD by proxy is daarentegen nagenoeg niets bekend (Veale & Neziroglu 2010). Ons eigen literatuuronderzoek in onder andere Medline en PsychINFO leverde slechts vier korte ingezonden brieven met gevalsbeschrijvingen op. Josephson en Hollander (1997) presenteren twee korte casussen van BDD by proxy die gericht waren op respectievelijk de kinderen en de partner. Naast kenmerken van OCS vertoonden beide patiënten eveneens BDD die succesvol werd behandeld met exposure en responspreventie.

Laugharne e.a. (1998) beschrijven BDD by proxy bij een vrouw die tot driemaal toe een zwangerschap met verschillende partners liet afbreken. Zij deed dit vanwege de angst dat haar nog ongeborn kind de door haar niet gewenste eigenschappen van de vader (te kort, scheve ogen, te grote mond) zou erven.

Atiullah en Phillips (2001) bespreken een casus van een overbezorgde vader die vele dermatologen raadpleegde vanwege een vermeend tekort aan haarvolume van zijn dochter. Na een periode van klinische opnamen en farmacotherapie deed deze ondraaglijke obsessie hem uiteindelijk besluiten zich te suïcideren.

In een gevalbeschrijving van Godden (1999) zijn de ziekelijke projecties te lezen van een moeder op haar 17-jarige dochter die een aantal succesvolle, cosmetische orthodontische operaties had ondergaan. Ondanks de tevredenheid van de dochter en het specialistisch team, bleef de moeder aandringen op een hernieuwde correctie. In haar beleving zag ze haar dochter steeds lelijker worden. De dochter zwichtte bij herhaling voor de druk van moeder.

In het geval van BDD by proxy projecteert de patiënt de onvrede over het uiterlijk op een belangrijke ander. De eigen psychiatrische symptomen en hulpbehoefte worden zelden herkend. De patiënt zal daarentegen in de regel een volhardende druk uitoefenen op de belangrijke ander om medische hulp te zoeken van huisartsen, (cosmetisch) chirurgen, dermatologen, gynaecologen of orthodontisten. Het doel hiervan is dat de belangrijke ander zich laat 'verfraaien of corrigeren' op een manier zoals dat past in het beeld van de patiënt met BDD by proxy.

Aanmelding

Mensen die lijden aan BDD by proxy zullen zich dus niet zo gemakkelijk als patiënt melden. Zij zijn er namelijk van overtuigd zijn dat de kern van het probleem bij de ander ligt. De patiënt wil de ander 'helpen' en gaat daarmee in de regel voorbij aan zijn eigen geprojecteerde behoeften.

Patiënten met BDD by proxy komen op verschillende directe of indirecte manieren in beeld bij de arts. Het komt voor dat de patiënt (samen met de belangrijke ander) bij de huisarts komt omdat hij deze wil overtuigen dat er een vermeende lichamelijke misvorming of tekortkoming is bij de ander, waarvoor medisch ingrijpen noodzakelijk of wenselijk zou zijn. Het kan ook voorkomen dat de belangrijke ander zelf komt vragen om een medische interventie. Omgekeerd kan het ook zijn dat de patiënt met BDD by proxy – onder druk van de belangrijke ander op wie de preoccupaties zijn gericht – naar de huisarts wordt gestuurd, bijvoorbeeld vanwege een ernstige ontwrichting in het thiussysteem.

Voor artsen die geconsulteerd worden voor een medische behandeling is het vaak niet eenduidig te constateren dat degenen die zich tot hen richten ook daadwerkelijk zelf een vraag hebben, of dat er mogelijk sprake is van een geprojecteerde behoefte van een ander, in casu de patiënt met BDD by proxy. Als er aldus gegronde vermoedens zijn dat het gaat om BDD by proxy is het raadzaam te verwijzen naar de ggz en vanzelfsprekend niet zonder meer mee te gaan in de wens voor een medisch ingrijpen.

Het beschreven literatuuronderzoek bevestigt naar ons idee de conclusie van Fried, een gerenommeerd dermatoloog, die stelt dat patiënten met BDD by proxy tot de moeilijkst te diagnosticeren en te behandelen patiëntengroepen horen voor medisch specialisten (Fried 2006)

GEVALSBESCHRIJVING (VERVOLG)

Voor de behandeling van onze patiënt kozen wij voor cognitief-gedragsmatige interventies die ook bij BDD hun waarde hebben bewezen. Hoewel dit niet eerder beschreven is in de literatuur, leek het ons ook waardevol om systemische interventies toe te voegen aan de behandeling. Het betrof hier immers een by proxyvariant met een systemisch aspect. Het behandeldoel dat met patiënt werd overeengekomen, was het doen afnemen van de preoccupatie met het uiterlijk van zijn vrouw

en haar billen in het bijzonder. De door ons opgezette behandeling had om die reden de volgende pijlers:

Engagement. Omdat patiënt in aanvang slechts extrinsiek gemotiveerd was voor een behandeling (niet behandelen zou immers het einde betekenen van zijn huwelijk) werd hij op geleidelijke basis expliciet gemotiveerd, uitgenodigd en zelfs uitgedaagd een psychologische behandeling een kans te geven.

Psycho-educatie. Met patiënt werd uitgebreid gesproken hoe modebeelden, schoonheidsidealen en trends tot stand kunnen komen. Hij leerde daarmee schoonheid in een ander en breder perspectief zien. Hij beseftte dat de door hem geïdealiseerde billen niet meer zijn dan een product van deze tijd.

Medicamenteuze ondersteuning. Gezien de ernst van de situatie werd een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI), te weten citalopram, ingezet omdat uit gecontroleerd onderzoek bleek dat deze groep psychofarmaca de meest positieve effecten heeft op het klinische beeld (Philips e.a. 2002). De medicatie faciliteerde de cognitieve gedragstherapie in belangrijke mate, maar patiënt stopte er na zes weken mee omdat hij vond dat hij het ook zonder medicatie moest kunnen. Ondanks een lichte terugval kon de therapie goed vervolgd worden.

Systemische interventies. De partner van patiënt kreeg in dezelfde periode bij een andere behandelaar een zestal ondersteunende, inzichtgevende gesprekken om de vele onzekerheden die bij haar door de jaren heen waren ontstaan te verminderen. Door de problematiek van haar man was zij bovendien gaan twijfelen of het voortzetten van de relatie wel haalbaar was. Naast de individuele gesprekken kwamen er drie gezamenlijke gesprekken waarbij beide behandelaren betrokken waren. De partner leerde weer te kiezen voor zichzelf. Zo ging zij sinds jaren weer zelf bepalen wat voor kleding zij droeg. Ook moest het echtpaar bij wijze van exposure weer gezamenlijke activiteiten gaan ondernemen. Patiënt was immers al jaren bang dat zijn vrouw door anderen negatief werd beoordeeld op haar billen.

Cognitieve gedragstherapeutische interventies. Middels de downward-arrowtechniek en een socra-tische dialoog konden we met patiënt de denkfouten die aan het klinische beeld ten grondslag lagen, stapsgewijs opsporen, kritisch onderzoeken en uiteindelijk uitdagen (zie o.a. Ten Broeke e.a. 2010). Cognities van onze patiënt zoals: 'Alleen wat mooi is, is goed', 'Mooie mensen hebben alles mee', 'Je telt alleen mee als je je uiterste best doet met alles', en 'Het is niet goed om je tekortkomingen te laten zien', werden hiermee bijgesteld en voorzien van een meer reëel karakter.

Patiënt had al van veel vrienden en familie gehoord dat hij een mooie vrouw heeft aan wie niets mankeert; ook niet aan haar billen. In zijn overtuiging waren deze opmerkingen echter slechts bedoeld om hem gerust te stellen. Gaandeweg de behandeling veranderde zijn motivatie van extrinsiek naar intrinsiek en toonde hij onder meer de bereidheid mee te werken aan een opgezet gedragsexperiment. Hij zette op verzoek van de behandelaar een strandfoto van zijn vrouw op het bureau van zijn advocatenkantoor. Gezien de vertrouwelijke band die hij heeft met veel van zijn cliënten voelden deze zich vrij genoeg een compliment te maken over het mooie figuur van zijn vrouw op de foto. Ook oefende hij thuis om niet alleen naar dat ene 'problematische deel van haar lichaam' te kijken, maar vooral naar haar gehele lichaam. Met deze technieken leerde hij haar lichaamsverschijning in neutralere en minder negatief beladen termen te beschrijven. Ook was hij bereid tot deelname aan exposureopdrachten in sociale situaties om weer met zijn vrouw voor de dag te durven komen.

De behandeling van patiënt bestond uit tien sessies over een periode van vier maanden, waarbij de ernst van de stoornis driemaal met een gestructureerd interview werd vastgesteld: bij aanvang van de behandeling, na afloop en bij follow-up na drie maanden. De afname van de ernst tussen de eerste en tweede meting liet zich in de laatste meting nog steeds zien en de partner bevestigde dat hun huwelijk door de behandeling was gered.

CONCLUSIE

BDD by proxy is een onderbelicht en vaak moeilijk te herkennen ziektebeeld. In onze casus kwam het gelukkig niet tot een medisch ingrijpen door enerzijds het verzet van de partner en anderzijds door het adequaat ingrijpen van de huisarts. De beschreven cognitief gedragsmatige en systemische interventies bleken effectief, maar verder wetenschappelijk onderzoek is nodig om de nog fragmentarische kennis omtrent het ziektebeeld en de behandeling ervan te vergroten.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Atiullah N, Phillips KA. Fatal body dysmorphic disorder by proxy. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 204-5.
- Broeke E ten, van der Heiden C, Meijer S, Hamelink H. Cognitieve therapie. De basisvaardigheden. Amsterdam: Boom; 2008.
- Fried RG. Confidently handle 'difficult' patient interactions. *Practical Dermatology* 2006; June
- Godden D. Body dysmorphic disorder by proxy. *Brit J Oral Maxillofac Surg* 1999; 37: 331.
- Josephson SC, Hollander E. Body dysmorphic disorder by proxy. *J Clin Psychiat* 1997; 58: 86.
- Laugharne R, Upex T, Palazidou E. Dysmorphophobia by proxy. *J Royal Soc Med* 1998; 91: 266.
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiat* 2002; 59: 381-8.
- Veale D, Nezurolu F. Body dysmorphic disorder. A treatment manual. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
- Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe M. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44: 99-111.

AUTEURS

TON GOFERS is klinisch psycholoog/psychotherapeut/P-opleider, GGZ Oost Brabant.

INGE VERHAGEN is GZ-psycholoog, GGZ Oost Brabant.

THEO BOUMAN is adjunct-hoogleraar Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen en hoofdopleider GZ-opleiding, opleidingsinstituut PPO te Groningen.

Correspondentieadres: Ton Gofers, Wesselmanlaan 25A, 5707 HA Helmond.

E-mail: atw.gofers@ggzoostrabant.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2011.

SUMMARY

Some reflections on body dysmorphic disorder by proxy – T. Gofers, I. Verhagen, T.K. Bouman –

Body dysmorphic disorder by proxy is a body image disorder that causes considerable distress and discomfort to the patient and to his or her close relatives and friends. There have been hardly any publications on this topic and little is know about treatment. In this paper we present the case of a 36-year-old male who exhibited extreme dissatisfaction with his wife's appearance. In particular, cognitive behaviour therapy and several systemic interventions led to a marked reduction in the patient's symptoms.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)6, 561-565]

KEY WORDS BDD by proxy; cognitive behaviour therapy