

Prevalentie en comorbiditeit van de stoornis in de lichaamsbeleving bij poliklinische psychiatrische patiënten

D.J. VINKERS, Y.R. VAN ROOD, N.C.A. VAN DER WEE

ACHTERGROND De stoornis in de lichaamsbeleving is een somatoforme stoornis waarbij preoccupatie over een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk het hoofdsymptoom is. De prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving in de algemene bevolking is 0,7-1,7%. Bij patiënten van een algemene polikliniek psychiatrie in Nederland is de prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving niet onderzocht.

DOEL Bepalen van de prevalentie van stoornis in de lichaamsbeleving bij patiënten in een algemene polikliniek psychiatrie.

METHODE Bij alle patiënten van 18-65 jaar die in de periode september 2003-juli 2007 werden aangemeld bij de zes poliklinieken van de ggz-instelling Rivierduinen voor een ambulante behandeling van een stemmingsstoornis, een angststoornis, of een somatoforme stoornis werd het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) afgenomen. Bij patiënten met de stoornis in de lichaamsbeleving werd de Body Dysmorphic Disorder-Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS) afgenomen.

RESULTATEN Bij 45 van de 5848 poliklinische patiënten (0,8% (0,6-1,0)) werd een stoornis in de lichaamsbeleving vastgesteld. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 31,1 jaar en 69% was van het vrouwelijk geslacht. Bij 35 patiënten (78%) was er een comorbide depressieve stoornis en bij 26 (58%) een comorbide angststoornis. Van de angststoornissen kwam de sociale fobie het meest voor, namelijk bij 12 patiënten (27%). De gemiddelde score op de BDD-YBOCS was 22,5 punten. De BDD-YBOCS-score was significant hoger bij patiënten met een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis (35,7 punten; $p = 0,01$).

CONCLUSIE De prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving bij poliklinische psychiatrische patiënten die worden aangemeld voor een tweedelijnsbehandeling van een stemmingsstoornis, angststoornis, of een somatoforme stoornis is 0,8%. Er is een zeer aanzienlijke comorbiditeit met depressieve en angststoornissen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 559-565]

TREFWOORDEN comorbiditeit, somatoforme stoornissen, stoornis in de lichaamsbeleving

De stoornis in de lichaamsbeleving is een somatoforme stoornis waarbij preoccupatie over een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk het

hoofdsymptoom is (Van de Koolwijk-van Bentum & Wilmlink 2002; Vulink & Denys 2005). Bij een objectieve geringe lichamelijke afwijking is de

ongerustheid van betrokkene duidelijk overdreven. De preoccupatie verstoort het functioneren, en is niet toe te schrijven aan een andere psychiatrische stoornis zoals anorexia nervosa (Koster van Groos 2001). Meestal ontstaat de stoornis tijdens de adolescentie (Phillips e.a. 1994; Veale e.a. 1996). De incidentie is bij mannen en vrouwen gelijk (Phillips e.a. 1994). Er is een aanzienlijke comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, met name depressieve stoornissen, sociale fobie, de obsessieve-compulsieve stoornis en persoonlijkheidsstoornissen (Gunstad & Phillips 2003; Van de Koolwijk-van Bentum & Wilmink 2002).

Ongeveer de helft van de patiënten verliest het inzicht in het overdreven karakter van de gedachten (Phillips 2004). In dat geval wordt naast de stoornis in de lichaamsbeleving een waanstoornis van het somatische type gediagnosticeerd (Van de Koolwijk-van Bentum & Wilmink 2002). De niet-psychotische en de waanachtige vorm van de stoornis in de lichaamsbeleving verschillen echter niet in symptomen of comorbiditeit en beide reageren gunstig op behandeling met een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) (Phillips 2004).

De prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving is afhankelijk van de populatie die wordt onderzocht. In de algemene bevolking is de prevalentie 0,7-1,7% (Faravelli e.a. 1997; Rief e.a. 2006; Otto e.a. 2001; Van Rood e.a. 2007). In jongere populaties van studenten wordt een prevalentie van 4-5% gevonden (Bohne e.a. 2002a en b). Bij 500 patiënten van een algemene polikliniek psychiatrie werd een prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving gevonden van 3% wanneer een gestructureerd interview werd gebruikt, en van 0% wanneer geen gestructureerd interview werd gebruikt (Zimmerman & Mattia 1998).

Nederlandse onderzoekers stelden onlangs vast dat de prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving 8,5% is bij patiënten van een polikliniek dermatologie en 3,2% bij die van een polikliniek plastische chirurgie (Vulink e.a. 2006). Bij patiënten van een algemene polikliniek psychi-

atrie in Nederland is de prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving niet onderzocht.

METHODE

Bij alle patiënten tussen 18 en 65 jaar oud die in de periode september 2003-juli 2007 werden aangemeld voor een ambulante behandeling van een stemmingsstoornis, een angststoornis of een somatoforme stoornis bij de zes poliklinieken van de ggz-instelling Rivierduinen in Zuid-Holland Noord werd het MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI) afgenomen. Het MINI is een gestructureerd diagnostisch interview dat op systematische wijze psychiatrische stoornissen vaststelt (Van Vliet & De Beurs 2007). Een stoornis in de lichaamsbeleving wordt in MINI gediagnosticeerd met de volgende vijf vragen: 'Vindt u uw lichaam of een deel van uw lichaam onaantrekkelijk, lelijk, misvormd of niet mooi genoeg?' Als het antwoord op deze vraag 'ja' is, wordt de vraag gesteld: 'Bent u vooral ontevreden over uw lichaamsvorm of omvang (dat u zichzelf te dik of te dun vindt)?' Als het antwoord 'nee' is, wordt de vraag gesteld: 'Bent u gepreoccupeerd (voortdurend bezig) met het idee dat uw lichaam of een deel van uw lichaam onaantrekkelijk, lelijk, misvormd of niet mooi genoeg is?' Als het antwoord 'ja' is, wordt de vraag gesteld: 'Blijft u overtuigd dat uw lichaam of lichaamsdeel onaantrekkelijk, lelijk, misvormd of niet mooi genoeg is ondanks dat anderen zeggen dat dit niet het geval is?' Als het antwoord 'ja' is, of als opmerkingen van anderen het idee van patiënt slechts tijdelijk corrigeren, wordt de vraag gesteld: 'Verstoort dit bezig zijn met uw uiterlijk in belangrijke mate uw sociaal of beroepsmatig functioneren, of het functioneren op belangrijke andere terreinen?' Als het antwoord op deze vraag ook bevestigend is, wordt de stoornis in de lichaamsbeleving gediagnosticeerd.

Wanneer de stoornis in de lichaamsbeleving met behulp van het MINI werd vastgesteld, werd ook de Body Dysmorphic Disorder-Yale-Brown Obses-

sive *Compulsive Scale* (BDD-YBOCS) afgenomen. Als de comorbiditeit erg groot was, waardoor er ook veel andere vragenlijsten moesten worden afgenomen, werd de BDD-YBOCS niet afgenomen. De BDD-YBOCS is een aangepaste versie van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), en is een betrouwbaar en valide meetinstrument voor het vaststellen van de ernst van een stoornis in de lichaamsbeleving (Phillips e.a. 1997). De door ons gebruikte Nederlandstalige versie van de BDD-YBOCS heeft ook een goede betrouwbaarheid en validiteit en is verkrijgbaar via <http://www.lumc.nl/3010/algemeen/publicaties.html> (Van Rood & Bouwman 2007). De eerste vijf vragen van de BDD-YBOCS betreffen de mate van preoccupatie met het uiterlijk, en de volgende vijf vragen de mate van compulsief gedrag vanwege het uiterlijk. Ten slotte zijn er twee vragen toegevoegd aan de BDD-YBOCS over de mate van inzicht en over vermijdingsgedrag. De score op alle vragen varieert tussen 0 (geen symptomen) en 4 (maximale ernst van symptomen).

De statistische significantie van het verschil in BDD-YBOCS-score bij patiënten met en zonder een specifieke comorbide psychiatrische stoornis werd getest met de gepaarde tweezijdige t-toets. Non-parametrische toetsing van het verschil leverde dezelfde resultaten op. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van de prevalentie werd berekend door 1,96 maal de *standard error* ($\sqrt{p(1-p)/n}$) bij de prevalentie op te tellen en ervan af te trekken.

p)/n)) bij de prevalentie op te tellen en ervan af te trekken.

RESULTATEN

Bij 5848 patiënten die werden aangemeld voor een ambulante behandeling voor een stemmingsstoornis, een angststoornis of een somatoforme stoornis bij de zes poliklinieken psychiatrie van de ggz-instelling Rivierduinen werd vanaf september 2003 tot en met juli 2007 een MINI afgenomen. Bij 45 patiënten (0,8%; 95%-BI: 0,6-1,0) werd een stoornis in de lichaamsbeleving gediagnosticeerd. In tabel 1 worden de karakteristieken en de comorbiditeit van deze 45 patiënten beschreven. De gemiddelde leeftijd was 31,1 jaar (*SD*: 11,5); 34 patiënten (76%) waren vrouwen. Bij 35 patiënten (78%) was er een comorbide depressieve stoornis en bij 26 (58%) een comorbide angststoornis. Bij 21 patiënten (47%) was er zowel een depressieve stoornis als een angststoornis. Bij 5 patiënten (11%) was er géén comorbide depressieve stoornis of angststoornis.

Van de angststoornissen kwam de sociale fobie het meest voor, namelijk bij 12 patiënten (27%). Een posttraumatische stressstoornis kwam bij zeven patiënten (16%) voor. Bij zes patiënten (13%) was er een paniekstoornis en bij vier patiënten (9%) een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis. Schizofrenie, een gegeneraliseerde angst-

TABEL 1 Karakteristieken en comorbiditeit van 45 patiënten met een stoornis in de lichaamsbeleving en gemiddelde score op de BDD-YBOCS

	aantal (%)	BDD-YBOCS-score
Leeftijd in jaren	31,1	
Vrouw	34 (76)	
Depressieve stoornis	35 (78)	23,4
Angststoornis	26 (58)	22,8
Sociale fobie	12 (27)	20,4
Posttraumatische stressstoornis	7 (16)	24,5
Paniekstoornis	6 (13)	22,7
Obsessieve-compulsieve stoornis	4 (9)	35,7
Schizofrenie	1 (2)	
Gegeneraliseerde angststoornis	1 (2)	
Pijnstoornis	1 (2)	

BDD-YBOCS = Body Dysmorphic Disorder-Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

stoornis, en een pijnstoornis kwamen alle drie afzonderlijk van elkaar bij één patiënt (2%) voor.

Score op de BDD-YBOCS Bij 39 patiënten (87%) werd de BDD-YBOCS afgenomen. De gemiddelde score op de BDD-YBOCS was 22,5 punten (standaarddeviatie 9,5). In tabel 1 staat de gemiddelde score op de BDD-YBOCS, afhankelijk van de aanwezigheid van comorbide depressieve of angststoornissen. De score op de BDD-YBOCS was significant hoger bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis dan bij patiënten zonder comorbide obsessieve-compulsieve stoornis (35,7 versus 21,4 punten; $p = 0,01$). De BDD-YBOCS-score was niet significant hoger bij patiënten met zowel een comorbide depressieve stoornis als een angststoornis (25,0 versus 20,3 punten; $p = 0,13$), bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis (24,5 versus 22,1 punten; $p = 0,57$), bij patiënten met een depressie (23,4 versus 19,2 punten; $p = 0,24$), bij patiënten met een angststoornis (22,8 versus 22,0 punten; $p = 0,86$), en bij patiënten met een paniekstoornis (22,7 versus 22,4 punten; $p = 0,96$). De BDD-YBOCS-score was niet significant lager bij patiënten met een sociale fobie (20,4 versus 23,2 punten; $p = 0,42$).

DISCUSSIE

Prevalentie De prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving was 0,8% (0,6-1,0) bij 5848 patiënten die zich hadden aangemeld voor een ambulante tweedelijns psychiatrische behandeling van een stemmingsstoornis, een angststoornis, of een somatoforme stoornis. Er is tot nu toe één onderzoek gedaan naar de prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving bij poliklinische psychiatrische patiënten (Zimmerman & Mattia 1998). Deze studie liet zien dat wanneer een gestructureerd interview werd gebruikt bij 500 patiënten, de prevalentie 3% was. Wanneer geen gestructureerd interview werd gebruikt, werd bij 500 andere patiënten geen enkele patiënt met de stoornis in de lichaamsbeleving gediagnosticeerd. Er was vrijwel geen verschil in de samenstelling

van deze groep en de door ons onderzochte groep (Zimmerman & Mattia 1998).

Een nadeel van de studie van Zimmerman & Mattia (1998) is echter dat preoccupatie met de lichaamsvorm of omvang en vermindering van de klachten bij geruststelling niet werden uitgevraagd. Bij 10 van de 16 patiënten in deze studie was de stoornis in de lichaamsbeleving een additionele diagnose bij een depressieve stoornis of een eetstoornis. Mogelijk pasten de klachten van deze patiënten beter bij piekeren in het kader van een depressie of preoccupatie met de lichaamsvorm in het kader van een eetstoornis. Als dat inderdaad zo is, zou de werkelijke prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving in deze studie 1,2% (0,2-2,2) zijn, wat overeenkomt met de door ons gevonden prevalentie van 0,8% (0,6-1,0).

In eerdere studies vond men een prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving in de algemene bevolking van 0,7-1,7% (Faravelli e.a. 1997; Otto e.a. 2001; Rief e.a. 2006; Van Rood e.a. 2007). In tegenstelling tot onze studie werd in deze studies echter preoccupatie met de lichaamsvorm of omvang niet verder uitgevraagd. Bij patiënten met een eetstoornis zou men dus in deze studies ten onrechte een stoornis in de lichaamsbeleving kunnen diagnosticeren, waardoor de werkelijke prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving in de algemene bevolking lager zou kunnen uitvallen.

Comorbiditeit Bij de 45 patiënten met een stoornis in de lichaamsbeleving was er een aanzienlijke comorbiditeit: veel patiënten voldeden ook aan de criteria voor een of meer depressieve (78%) of angststoornissen (58%). Slechts 5 patiënten (11%) hadden géén comorbide depressieve of angststoornis. Dit komt overeen met de bevindingen in het tot nu toe grootste onderzoek bij 200 patiënten met een stoornis in de lichaamsbeleving, waaruit blijkt dat 84% van de patiënten een comorbide depressieve stoornis had of heeft, en dat 70% een angststoornis had of heeft (Phillips e.a. 2005).

Van de angststoornissen kwam de sociale fobie het meest voor, namelijk bij 12 patiënten

(27%). Dit is in overeenstemming met de eerder gevonden comorbiditeit van sociale fobie bij patiënten met de stoornis in de lichaamsbeleving van 31-34% (Coles e.a. 2006; Gunstad & Phillips 2003). Vaak gaat de sociale fobie vooraf aan het ontstaan van de stoornis in de lichaamsbeleving (Gunstad & Phillips 2003; Wilhelm e.a. 1997). De sociale fobie kan echter ook secundair zijn aan de stoornis in de lichaamsbeleving (Phillips 1996). In ieder geval neemt bij een succesvolle behandeling van de stoornis in de lichaamsbeleving de sociale fobie ook af in ernst (Pinto & Phillips 2000).

Patiënten met een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis hadden een significant hogere BDD-YBOCS-score dan patiënten zonder een dergelijke stoornis (35,7 versus 21,4 punten; $p = 0,01$). De BDD-YBOCS gaat specifiek over preoccupaties met en compulsies betreffende het uiterlijk. Mogelijk wordt de verhoogde score bij patiënten met een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis echter verklaard doordat zij in algemene zin meer last van preoccupaties en compulsies hebben. Een andere verklaring voor de verhoogde BDD-YBOCS-score is dat patiënten met een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis een ernstiger vorm hebben van de stoornis in de lichaamsbeleving (Frare e.a. 2004). Bovendien was de verhoging van de BDD-YBOCS-score specifiek voor patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis, omdat patiënten met andere comorbide psychiatrische stoornissen geen significant verhoogde score hadden. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of er een specifiek obsessieve-compulsieve vorm bestaat van de stoornis in de lichaamsbeleving.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat de prevalentie van de stoornis in de lichaamsbeleving 0,8% is (45/5848) bij patiënten die werden aangemeld voor een ambulante tweedelijnsbehandeling van een stemmingsstoornis, angststoornis, of een somatoforme stoornis. Er bestaat een zeer aanzienlijke comorbiditeit met depressieve en angststoornissen: slechts

5 patiënten (11%) hadden géén comorbide depressieve of angststoornis. Herkenning van comorbiditeit is belangrijk voor de behandeling van de stoornis in de lichaamsbeleving (Phillips 1996). Wij adviseren alert te zijn op de stoornis in de lichaamsbeleving, vooral bij patiënten met een depressieve stoornis of een angststoornis.

LITERATUUR

- Bohne, A., Keuthen, N.J., Wilhelm, S., e.a. (2002a). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43, 486-490.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J., e.a. (2002b). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, 109, 101-104.
- Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., e.a. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety*, 23, 26-33.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., e.a. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., e.a. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19, 292-298.
- Gunstad, J., & Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270-276.
- Koolwijk-van Bentum, A.M.E. van de, & Wilmlink, F.W. (2002). 'Niet om aan te zien'. Ontstaansgeschiedenis en plaatsbepaling van de stoornis in de lichaamsbeleving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 677-686.
- Koster van Groos, G.A.S. (2001). Handleiding diagnostische criteria DSM-IV-TR. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S., e.a. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 2061-2063.
- Phillips, K.A. (1994). Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 61-65.
- 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, 179-186.
- Phillips, K.A. (1996). *Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., e.a. (1997). A severity rat-

- ing scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 17-22.
- Phillips, K.A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 63-72.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., e.a. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 317-325.
- Pinto, A., & Phillips, K.A. (2005). Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 401-405.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., e.a. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877-885.
- Rood, Y.R. van, & Bouman, T.K. (2007). De Nederlandstalige versie van de 'Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder' (BDD-YBOCS NL). *Gedragstherapie*, 40, 217-227.
- Rood, Y.R. van, den Hollander-Gijsman, M.E., de Jongh, A., e.a. (2007). Development and Validation of the Screening Instrument for Body Dysmorphic Disorder; the SI-BDD. *Aangeboden ter publicatie*.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., e.a. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Vliet, I.M. van, & de Beurs, E. (2007). Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 393-397.
- Vulink, N.C.C., & Denys, D. (2005). Body dysmorphic disorder (stoornis in de lichaamsbeleving). Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 21-27.
- Vulink, N.C., Sigurdsson, V., Kon, M., e.a. (2006). Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 97-100.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Zucker, B.G., e.a. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 499-502.
- Zimmerman, M., & Mattia J.I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 265-270.

AUTEURS

D.J. VINKERS is arts in opleiding tot psychiater en thans werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het LUMC te Leiden.

Y.R. VAN ROOD is klinisch psycholoog en psychotherapeut en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het LUMC te Leiden.

N.C.A. VAN DER WEE is psychiater en werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het LUMC te Leiden.

Correspondentieadres: dr. D.J. Vinkers, LUMC, afdeling Psychiatrie, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

E-mail: d.j.vinkers@lumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-2-2008.

SUMMARY

Prevalence and comorbidity of body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients – D.J. Vinkers, Y.R. van Rood, N.C.A. van der Wee –

BACKGROUND Body dysmorphic disorder (BDD) is a somatoform disorder, characterized by a patient's preoccupation with the belief that some aspect of his/her physical appearance is abnormal. The prevalence of BDD in the general population is 0.7 – 1.7%. The prevalence of BDD in patients attending a Dutch general outpatient clinic has never been examined.

AIM Examine the prevalence of BDD in patients attending a Dutch general outpatient clinic.

METHOD All patients aged 18 to 65 who were referred between September 2003 and July 2007 to six general outpatients clinics for treatment of a depressive disorder, an anxiety disorder, or a somatoform disorder were assessed with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Patients with BDD were also assessed by means of the Body Dysmorphic Disorder – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD-YBOCS).

RESULTS BDD was diagnosed in 45 out of 5848 patients (0.8% (0.6-1.0%)). The average age of these patients was 31.1 years and 69% were female. A comorbid depressive disorder was present in 35 patients (78%) and a comorbid anxiety disorder in 26 patients (58%). Of the anxiety disorders, social phobia was the most common, with a prevalence of 27%. The average score on the BDD-YBOCS was 22.5 points. The BDD-YBOCS score was significantly higher in patients with a comorbid obsessive-compulsive disorder (35.7 points; $p = 0.01$).

CONCLUSION The prevalence of BDD in psychiatric outpatients who were referred for treatment of a depressive disorder, an anxiety disorder, or a somatoform disorder was 0.8%. There was a high comorbidity of BDD with depressive and anxiety disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 559-565]

KEY WORDS body dysmorphic disorder, comorbidity, somatoform disorder