



Een hyperfocus op de huid:

Body Dysmorphic Disorder in de dermatologie

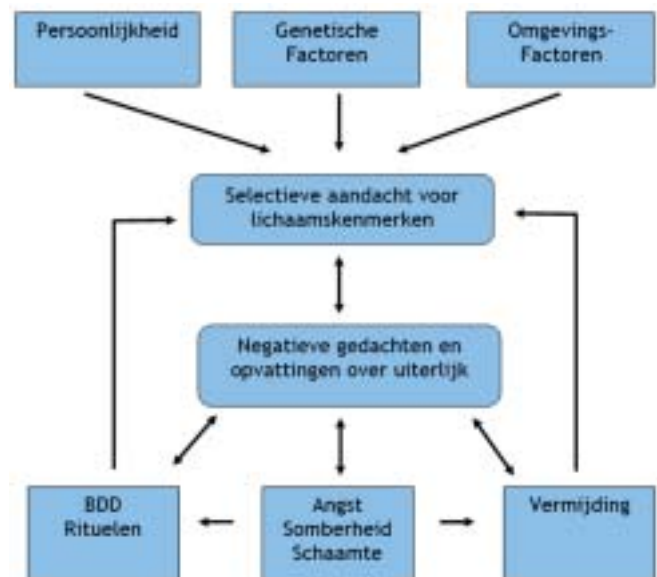
M.M. van der Pol¹, N.C.C. Vulink², P.M.J.H. Kemperman³ | Illustratie: Peter de Wit

De vraag naar cosmetische behandelingen neemt enorm toe. Bij patiënten met een morfodysfore stoornis (voorheen Body Dysmorphic Disorder) kunnen cosmetische interventies een negatieve uitkomst hebben. Herkenning van deze problematiek is van essentieel belang om niet tot behandeling over te gaan, maar om de patiënt juist aan te moedigen psychiatrische of psychologische hulp te zoeken. Om dit te vergemakkelijken wordt achtergrondinformatie gegeven hoe dit beeld te herkennen en wat behandeling bij een psycholoog of psychiater inhoudt.

CASUS

Anamnese

Een 24-jarige vrouw werd vanuit de eerstelijns verwezen naar de BDD-dagbehandeling van het Amsterdam UMC, locatie AMC in verband met sinds 12 jaar bestaande klachten van een negatief zelfbeeld en een extreme focus op haar huid. De klachten zijn de afgelopen 2 jaar verergerd nadat zij is gaan werken in de mode-industrie. Sinds oktober 2018 zit ze (gedeeltelijk) ziek thuis. Patiënte gaat voor huidbehandelingen naar een schoonheidsspecialist. Ze vindt haar huid te rood en de poriën te grof. Ze heeft eerder laserbehandelingen gehad en er loopt nu nog een micro-needling behandeling. Ze geeft aan dat haar schoonheidsspecialist samenwerkt met medici. Patiënte zit 4-5 uur per dag met negatieve gedachten in haar hoofd, zoals 'iedereen vindt mij walgelijk, iedereen kijkt naar hoe lelijk ik ben, mensen zullen medelijden met mij hebben, ik ben niks waard'. Ook checkt ze zichzelf zo'n 50 keer per dag in alles wat een reflectie heeft. Patiënte heeft dagelijks precies dezelfde make-up routine, want zonder make-up durft zij niet de deur uit. Zij smeert daarbij dikke lagen concealer en foundation en is hier ongeveer 1 uur mee bezig. Als mensen in haar omgeving een compliment maken over haar uiterlijk gelooft ze hen niet, het roept wantrouwen op en zo iemand daalt in haar achting, omdat het volgens haar niets anders dan een leugen kan zijn. Patiënte heeft een somatische voorgeschiedenis van surmenageklachten en hoofdpijn/migraine. Zij is reeds bij verschillende schoonheidsspecialisten geweest door wie de diagnose rosacea is gesteld en is behandeld met onder andere laser en micro-needling. Daarnaast is zij in 2016 gelaserd voor hirsutisme, zonder effect. Patiënte gebruikt geen medicatie. Ook voldoet zij ten tijde van de intake niet aan de criteria van een andere psychiatrische stoornis.



Figuur. BDD-model.

Mensen met BDD hebben een preoccupatie met (een bepaald deel van) hun uiterlijk. Een genetische kwetsbaarheid en persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme dragen hier aan bij. Maar ook omgevingsfactoren, zoals gepest zijn of opgroeien in een gezin waarin het uiterlijk belangrijk is, kan een risicofactor zijn. De preoccupatie met het uiterlijk, ofwel de selectieve aandacht, is een voedingsbron voor negatieve gedachten. In de behandeling is het daarom van belang dat mensen hun aandacht leren verleggen, af van het uiterlijk. Het vermijdingsgedrag en de BDD-rituelen, zoals excessief opmaken of het bezoeken van schoonheidsspecialisten, houden de hyperfocus in stand. Het is voor de behandeling dan ook essentieel dat dit gedrag stopt.

¹ Klinisch psycholoog, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam

² Psychiater, afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC locatie AMC, Amsterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Amsterdam UMC, Amsterdam en Dijklander ziekenhuis, Purmerend



LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij lichamenlijk onderzoek werden geen evidente huidafwijkingen gezien. Met name geen aanwijzingen voor een acneïforme dermatose.

DIAGNOSE

Morfodysfore stoornis / Body Dysmorphic Disorder (BDD)

BESPREKING

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is een psychiatrische aandoening, waarbij de patiënt een verstoord lichaamsbeeld heeft. De patiënt is ervan overtuigd dat iets aan het lichaam lelijk, misvormd of afwijkend is. Vaak betreft het een specifiek deel van het lichaam zoals de huid, de vorm van het gezicht, oren, neus of haar. Bij mannen zien we soms de overtuiging niet lang of niet gespierd genoeg te zijn (muscle dysmorphia). Er is sprake van een duidelijke preoccupatie of obsessie met overtuigingen die op momenten waanachtig kunnen zijn. Daarnaast is er compulsief gedrag zoals zichzelf controleren in de spiegel, zich excessief uiterlijk verzorgen, om geruststelling vragen of het eigen uiterlijk te vergelijken met dat van anderen. Patiënten zijn hier vaak uren per dag mee bezig, ervaren een grote mate van schaamte en angst en worden vaak ernstig beperkt in hun functioneren door vermijdingsgedrag. Zo vermijden ze vaak sociale situaties (gaan bijvoorbeeld alleen nog naar buiten als het donker is) of dragen petten, mutsen en sjaals. [1]

Patiënten met een obsessie rond de huid proberen deze vaak mooier of egaler te krijgen door te pulken en te krabben (skin-picking), schuurpapier of pincetten te gebruiken, door scrubben of peelings. Regelmatig bezoeken ze medisch specialisten voor advies of behandelingen. [2,3,4] Voor de behandeling van BDD is het noodzakelijk dat dit compulsieve gedrag stopt. Het gedrag vergroot de hyperfocus op de huid en geruststelling leidt niet tot vermindering van de overtuiging. In de behandeling is het dan ook niet toegestaan om ingrepen of schoonheidsbehandelingen te ondergaan. De behandeling van BDD klachten richt zich op het doorbreken van de vicieuze cirkels en het aanleren van een andere strategie. Tijdens de behandeling worden de niet-helpende gedragingen afgebouwd (zoals spiegel kijken en camoufleren) en wordt tegelijkertijd de vermijding doorbroken (exposure). Zo ervaren patiënten dat de gevreesde ramp (afwijzing) niet optreedt. Patiënten leren hun aandacht naar andere gebieden te verleggen dan het uiterlijk. De discussie over de vermeende afwijking is vaak niet te winnen, het doel van de behandeling is het uiterlijk minder belangrijk te maken. [5,6]

Samenwerking tussen de dermatologie en de psychiatrie is cruciaal. Herkenning van de aandoening door de dermatoloog

en het verwijzen voor gespecialiseerde psychiatrische behandeling is van belang maar vormt een uitdaging door het vaak beperkte of zelfs ontbrekende ziekte-inzicht bij de patiënt. [7] Tevens kan de dermatoloog een belangrijke rol spelen in de psychiatrische behandeling als het gaat om het serieus nemen van de klachten en het afbouwen van compulsief gedrag. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld dusdanig overtuigd is van zijn vermeende afwijking (en daardoor geen exposure aan durft) kan het helpen om samen met de psycholoog nog éénmaal de dermatoloog te bezoeken. De voorspelling is dat de patiënt door het bezoek niet gerustgesteld zal zijn. Dit kan helpen inzien dat de huidige strategie van patiënt (geruststelling zoeken) niet werkt maar leidt tot het in stand houden van de preoccupatie. Patiënt zal vooral moeten ervaren dat door afbouw van compulsief gedrag de preoccupatie zal verminderen. Ook bij excessief make-up gebruik kan het helpen wanneer de dermatoloog uitleg geeft over nadelige effecten hiervan, dit is immers juist wat patiënten met BDD willen voorkomen. Belangrijk hierbij is dat de dermatoloog eerlijk is in wat hij vaststelt en adviseert, daar patiënten met BDD anderen bijna altijd wantrouwen en geruststelling op de lange termijn geen effect heeft.

LITERATUUR

1. American Psychiatric Association (2013). *Obsessive-compulsive and related disorders*. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
2. Vulink NCC, A. Rosenberg, JM. Plooi, R. Koole, SJ. Bergé, Denys D. *Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery*. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008(37)11:985-91. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2008.06.005>
3. Vulink NCC, 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 Geneeskd*. 2006(150)2:97-100.
4. 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.
5. Wilhelm S, Buhlmann U, Hayward LC, Greenberg JL, Dimaite R. *A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010(17)3:241-7. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.02.001>
6. Harrison A, de la Cruz LF, Enander J, Radua J, Matix-Cols D. *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical Psychology Review*. 2016(48):43-51.
7. Klatter J, Vulink NCC, Kemperman P. *Body dysmorphic disorder*. *Huisarts Wet*. 2016(59):20-3.

SAMENVATTING

Patiënten met Body Dysmorphic Disorder (BDD) presenteren zich dikwijls met vermeende huidproblemen. Ze zijn ervan overtuigd last te hebben van bijvoorbeeld acne, te grote poriën en/of andere oneffenheden en wensen niet zelden een behandeling met crèmes, isotretinoïne of een laser-behandeling. Ze vertonen vaak ernstige, compulsieve rituelen en vermijdingsgedrag met soms ernstig (sociaal) disfunctioneren tot gevolg. Samenwerking tussen de dermatologie en de psychiatrie is dan cruciaal. Herkenning van de aandoening door de dermatoloog en het verwijzen voor psychiatrische behandeling is van belang. Andersom kan de dermatoloog een belangrijke rol spelen in de psychiatrische behandeling als het gaat om het serieus nemen van de klachten en het afbouwen van compulsief gedrag.

TREFWOORDEN

body dysmorphic disorder (BDD) – morfodysfore stoornis – psychodermatologie – obsessieve-compulsieve stoornissen

SUMMARY

Patients with Body Dysmorphic Disorder (BDD) often present themselves to the dermatologist with suspected skin problems or with mild skin disorders, which the patient himself considers to be much more serious. They are convinced to suffer from acne, excessive pores and /or other unevenness and they often want isotretinoin, laser treatment or skincreams. There can be serious compulsive rituals and avoidance behavior, sometimes resulting in serious (social) dysfunction. Collaboration between dermatology and psychiatry is then crucial. Recognition of the disorder by the dermatologist and referral for psychiatric treatment is important. Also, the dermatologist can play an important role in psychiatric treatment when it comes to taking the complaints seriously and in reducing compulsive behavior.

KEYWORDS

body dysmorphic disorder (BDD) – psychodermatologie – obsessive-compulsive disorder

Belangenverstrengeling: geen gemeld

CORRESPONDENTIEADRES

Marthe van der Pol

E-mail: m.m.vanderpol@amsterdamumc.nl