

Een stoornis in de lichaamsbeleving, ook wel Body Dysmorphic Disorder (BDD) genoemd, is een intrigerende kwestie. Wie eraan lijdt meent dat één of meer lichaamsdelen afstote-

lijk zijn, terwijl buitenstaanders meestal niets opvalt. In dit artikel wordt allereerst in het kort beschreven wat er

*Sandra Mulkens en
Anita Jansen*

Wetenschap

Als je neus maar goed zit Body Dysmorphic Disorder: selectieve aandacht of esthetiek?

Mensen met Body Dysmorphic Disorder (BDD) ofwel een 'stoornis in de lichaamsbeleving' zijn gepreoccupeerd met een vermeende onvolkomenheid in het uiterlijk. Als er al een geringe lichamelijke afwijking aanwezig is, dan is de ongerustheid van de betrokkene duidelijk overdreven.

Althans, een buitenstaander vindt het overdreven; de patiënt is overtuigd van zijn lelijkheid en lijdt daar zeer onder. Volgens de DSM-IV (APA, 1994) is er sprake van BDD als de persoon gepreoccupeerd is met de vermeende lichamelijke onvolkomenheid, als hij beperkt wordt in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren en als er geen andere stoornis aanwezig is die de symptomen verklaart (zoals bijvoorbeeld een eetstoornis).

De bovenbedoelde preoccupaties hebben vaak betrekking op één of meerdere aspecten van het uiterlijk. Vaak zijn dit goed zichtbare delen van het lichaam, zoals onderdelen van het gezicht en hoofd: de neus, oren, ogen, huid, kin, haar en lippen of mond. Ze zijn – volgens de BDD-er – bijvoorbeeld te groot of te klein, niet symmetrisch genoeg, te vlekkelig of puisterig, te ver ingevallen, te bleek of te dun. Maar het zijn niet altijd de frequent zichtbare onderdelen van het lichaam die leiden tot grote problemen: ook andere lichaamsdelen, zoals bijvoorbeeld spiermassa of geslachtskenmerken kunnen het onderwerp van zorg zijn. De BDD-er vindt zichzelf bijvoorbeeld niet gespierd genoeg en zijn geslacht is te klein of te krom (Albertini & Phillips, 1999). Duidelijk moet zijn dat het bij BDD niet eenvoudigweg om min of meer normale ontevredenheid gaat: iemand met BDD is van mening dat het betreffende lichaamsdeel zeer onaantrekkelijk, misvormd, of walgelijk is, hij of zij beschrijft zichzelf als afstotelijk of wanstaltig lelijk (Phillips, 2001).

BDD-ers besteden veel tijd, zo'n drie tot acht uur per dag (Phillips, 1996), aan het denken over hun onvolkomenheden, het bekijken en onderzoeken ervan in spiegel, etalages of reflecterende ramen en het ondernemen van pogingen om de zogenaamde misvormingen te verbergen, camoufleren of zelfs te veranderen (Veale, 2000; Veale & Riley, 2001). De stoornis is tijdrovend en chronisch van aard. Het niveau van

bekend is over de stoornis, daarna wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag wat er mis is met BDD-patiënten: hebben ze nou gelijk of niet? Uit deze zoektocht vloeien weer nieuwe onderzoeksvragen voort.

sociaal functioneren kan overigens erg verschillen: sommige mensen functioneren redelijk, anderen raken ernstig geïsoleerd en ontwikkelen een secundaire depressie of doen een (al dan niet geslaagde) suïcidepoging (Cororve & Gleaves, 2001).

BDD hoort in de DSM-IV (APA, 1994) thuis bij de somatoforme stoornissen. Vanwege de hoge mate van preoccupatie met het vermeende defect en het frequente checkgedrag in spiegels, doet BDD echter sterk denken aan de obsessief-compulsieve stoornis (OCD) (Wilhelm, Otto, Zucker & Pollack, 1997). BDD wordt ook wel een OCD-spectrumstoornis genoemd vanwege deze gelijkenis. Daarnaast lijkt BDD veel op sociale fobie, want bij beide speelt angst voor negatieve evaluatie een grote rol. Bovendien zijn sociaal-fobici net als BDD'ers vaak sociaal geïsoleerd; omdat ze hevige angst in sociale situaties ervaren gaan ze die situaties vermijden (Phillips, McElroy, Keck, Pope & Hudson, 1993). BDD wordt ook wel geassocieerd met psychotische stoornissen als er sprake is van duidelijke waan-overtuigingen met betrekking tot de lichamelijke defecten. In zo'n geval wordt er gesproken van de waanstoornis, somatisch subtype. De wanen hebben meestal betrekking op anderen die speciale aandacht aan het defect zouden besteden; zij zouden bijvoorbeeld intens staren naar het defect van de patiënt. Het is ingewikkeld de waanvariant te onderscheiden van de variant zonder wanen; de stoornis heeft sowieso iets 'waanachtigs'. Sommige auteurs suggereren dat BDD zonder wanen en BDD met wanen eigenlijk betrekking hebben op dezelfde stoornis die varieert in intensiteit. Hoe intenser, hoe waanachtiger (Wilhelm & Neziroglu, 2002). Ook de comorbiditeit tussen BDD en andere psychische stoornissen is groot; zo komt BDD vaak voor bij patiënten met een depressieve stoornis (Perugi et al., 1998; Phillips, Nierenberg, Brendel & Fava, 1996), bij sociaal-fobici (Brawman Mintzer et al., 1995; Wilhelm et al., 1997) en bij patiënten met obsessief-compulsieve stoornis (Brawman Mintzer et al., 1995; Wilhelm et al., 1997). De stoornis begint doorgaans tijdens de adolescentie en het is nog onduidelijk of BDD in gelijke mate bij mannen en vrou-

wen voorkomt, hoewel recente overzichtsartikelen suggereren dat de verdeling ongeveer gelijk is (Wilhelm & Neziroglu, 2002).

BDD is in de literatuur al met allerlei namen beschreven, zoals dysmorphofobie of ingebeelde lelijkheid, maar heeft eigenlijk nog maar bar weinig wetenschappelijke aandacht gekregen. Dat komt wellicht doordat hulpverleners het beeld niet altijd herkennen en patiënten met deze stoornis niet snel uit zichzelf bij een hulpverlenende instantie voor geestelijke gezondheidszorg aankloppen, omdat zij zich veelal schamen voor het (vermeende) defect (Phillips, 1998). Bovendien is naar schatting 50% van de mensen met BDD behept met de hierboven vermelde waanachtige variant van de stoornis (Phillips, McElroy, Keck, Hudson & Pope, 1994), waardoor er helemaal geen ziekte-inzicht bestaat en dus ook de gang naar een instantie voor geestelijke gezondheidszorg niet gemaakt wordt. Waarschijnlijker komen zij bij een plastisch chirurg, dermatoloog of tandarts terecht. Ze willen immers hun onvolkomenheden veranderen (Phillips, Grant, Sinislachi & Albertini, 2001).

Het is dus zeer goed mogelijk dat BDD wordt ondergediagnosticeerd, dat het vaker voorkomt dan wij weten. Toch zijn er pogingen gedaan om het aantal mensen dat aan BDD lijdt in kaart te brengen. Hoewel ontevredenheid met het uiterlijk eerder regel is dan uitzondering, stelden Otto, Wilhelm, Cohen en Harlow (2001) een puntprevalentie van 0.7% vast voor de stoornis BDD bij een steekproef onder de Amerikaanse vrouwelijke bevolking. Dit cijfer komt overeen met bevindingen uit een Italiaans bevolkingsonderzoek onder vrouwen (Faravelli et al., 1997). Niettemin werd er ook een prevalentiecijfer van 13% gerapporteerd door Biby (1998). In dit onderzoek werden echter geen gestandaardiseerde screeningsmethoden voor BDD gebruikt, waardoor het cijfer mogelijk een overschatting is. Onder patiënten die plastische chirurgie willen ondergaan wordt het aantal BDD-patiënten geschat op 6 tot 15% (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whitaker, 1998; Ishigooka et al., 1998). In een dermatologische setting voldeed 12% aan de kenmerken van BDD (Phillips, Dufresne, Wilkel & Vittorio, 2000).

Sinds kort bemoeien wetenschappers zich meer met BDD. Er zijn recent enkele interessante empirische studies verschenen en in dit artikel bespreken wij met name een fris idee over wat er nu precies met BDD'ers aan de hand is. We bieden daarbij geen uitputtend overzicht van alle mogelijke verklaringen, omdat zo'n overzicht bij gebrek aan voldoende empirisch onderzoek en theorievorming saai, tentatief en onvolledig zou zijn. Liever stellen we hier een prikkelende vraag centraal, namelijk of er bij BDD'ers nu wel of niet iets aan de hand is. Het is duidelijk dat deze mensen lijden onder een groot probleem, maar wat is nu precies het probleem? Gaat het om een perceptiestoornis of is er misschien wel iets heel anders aan de hand? Zien zij dingen die wij niet zien, of zien zij dingen die wij ook zien? Beantwoording van deze vraag kan grote gevolgen hebben voor de behandeling van deze stoornis, en biedt uiteraard vele aanknopingspunten voor verder onderzoek. We zullen daarmee afsluiten.

Intrigerende vraag

De vraag die ons – en wellicht ook de lezer – het meest intrigeert, is de volgende: is er werkelijk iets mis met het uiterlijk van BDD-patiënten of zit het probleem veeleer tussen hun oren (om precies te zijn *in hun ogen*)? De DSM-IV-criteria suggereren dat er niets lichamelijks aan de hand is, en dat het gaat om een preoccupatie met een *vermeend* defect of een overdreven ongerustheid bij een geringe lichamelijke afwijking. Het schijnt zo te zijn dat behandelaars en diagnostici meestal niet direct iets afwijkends waarnemen aan de BDD'er. Gaat het hier om een perceptiestoornis of hebben BDD'ers het bij het rechte eind?

BDD-patiënten lijden aan een perceptiestoornis

Een mogelijkheid is dat BDD'ers lijden aan een visuele perceptiestoornis. Dat wil zeggen: ze zien dingen die er niet zijn of ze zien de dingen anders dan ze in werkelijkheid zijn. In de literatuur over eetstoornissen is dit idee ook veelvuldig aan de orde. Zo luidt de veronderstelling dat patiënten met anorexia nervosa aan een visuele-perceptiestoornis lijden omdat zij zichzelf consequent te dik vinden, terwijl zij in werkelijkheid extreem mager zijn. Studies waarin patiënten met anorexia nervosa hun lichaamsomvang en andere objecten moesten schatten met behulp van allerlei meettechnieken, tonen dat er geen sprake is van een stoornis in de visuele perceptie van patiënten met anorexia nervosa (Skrzypek & Wehmeier, 2001). Hun negatieve lichaamsbeeld wordt tegenwoordig steeds vaker toegeschreven aan een intense ontevredenheid met lichaamsvormen, die overigens uitstekend waargenomen kunnen worden (zie bijvoorbeeld Jansen, 1998).

Hoe zit dat dan bij BDD-patiënten? Er is nauwelijks onderzoek verricht naar de perceptuele vermogens van deze groep en de kundigheid waarmee zij hun eigen lichaam kunnen inschatten, op een studie van Jerome (1980) na. In dit onderzoek werden twintig patiënten die op een wachtlijst stonden voor een neuscorrectie vergeleken met een controlegroep die bestond uit stafleden van het ziekenhuis. De auteur concludeert dat de patiënten voldeden aan het hoofdcriterium van BDD omdat zij veel ontevredener waren over het eigen uiterlijk dan de controlegroep, terwijl observatoren geen bijzonderheden waarnamen. Jerome's onderzoek was van een hartverwarmende eenvoud. Hij liet alle proefpersonen de grootte en vorm van hun neus schatten. Wat bleek? De patiënten deden dit veel beter dan de controlepersonen, zij waren veel accurater! Deze bevinding lijkt te ondersteunen dat mensen met een ontevredenheid over het lichaam juist *geen* spoken zien, maar dat hun idee een kern van waarheid bevat. Ze schatten de grootte of vorm van het lichaamsdeel waar ze ontevreden over zijn juist heel goed in en lijden dus niet aan een perceptiestoornis.

Hebben BDD-patiënten dan gelijk?

Hoewel het hier maar om een kleine studie gaat, suggereren de bevindingen dat BDD-patiënten gelijk hebben. Zij beoorde-

len zichzelf in elk geval realistisch. De vraag is echter of er ook werkelijk iets *mis* is aan hun gezicht of lichaam. Is dat het geval, dan lijden BDD'ers niet aan een stoornis maar hebben zij een nauwkeurige, doch uiterst reële kijk op hun lichaam.

Maar ook dat bleek niet het geval. Hoewel ze hun eigen lichaamsmaten beter konden inschatten dan mensen zonder BDD, viel het buitenstaanders niet op dat er met hen iets vreemds aan de hand zou zijn. In de genoemde studie van Jerome (1980) viel een panel objectieve beoordelaars helemaal niets op aan de neus van de patiënten: zij beoordeelden de neuzen van patiënten en controlepersonen gelijkmatig op een maat van 'misvormdheid', namelijk in het minimale bereik. De patiënten, die zo accuraat waren in de schatting van de vorm en grootte van hun eigen neus, vonden hun neus erg lelijk, terwijl de controlepersonen die hun neus minder nauwkeurig inschatten vonden dat ze zelf een prachtneus hadden.

Jerome (1980) deed nog een experiment. Hij bestudeerde de mate van overeenstemming onder vijftig plastisch chirurgen over de aanwezigheid van een minimale misvorming van de neus bij tien patiënten. Vijf van die tien patiënten waren in vooronderzoek 'normaal' bevonden door een tweetal plastisch chirurgen en een viertal onafhankelijke beoordelaars, terwijl de andere vijf juist door dit panel goedgekeurd waren voor neuscorrectie. Het panel van vijftig plastisch chirurgen bereikte geen hogere overeenstemming over de aanwezigheid van een minimale afwijking aan de neus dan op kansniveau verwacht zou worden. Let wel, het ging hier om de mensen die in aanmerking kwamen voor de neuscorrectie. Interessant is dat het panel een hogere mate van overeenstemming bereikte dan volgens kans verwacht werd bij de groep die vooraf 'normaal qua neus' bevonden werd. De bevindingen tonen allereerst dat het vaststellen van minimale misvormingen van het uiterlijk vrij onbetrouwbaar is, en dat de overeenstemming zelfs binnen een groep van professionals die dezelfde opleiding hebben genoten en hetzelfde beroep uitoefenen, ver te zoeken is. Ook tonen de bevindingen dat er onder de plastisch chirurgen grotere overeenstemming is over 'normale' neuzen dan over misvormde neuzen. Een normale neus is kennelijk beter te herkennen, terwijl een misvormde neus niet zonder meer zichtbaar is. Ofschoon het beoordelen van schoonheid een tamelijk subjectieve aangelegenheid lijkt (wie zijn wij om te bepalen dat er *niets* schort aan de BDD-patiënt?), zijn er talrijke studies waarin objectieve kenmerken van schoonheid werden geïdentificeerd. Symmetrie en middelmaat zijn bijvoorbeeld kenmerken die mensen in allerlei culturen het meest aantrekkelijk vinden (bijvoorbeeld Rhodes et al., 2001).

Toch willen we de BDD-patiënt niet zonder meer gelijk geven. Blijft het niet merkwaardig dat de meeste mensen de afwijking van de BDD-patiënt op het eerste gezicht niet in de gaten hebben? En is het niet even curieus dat mensen met duidelijke en voor iedereen zichtbare afwijkingen lang niet allemaal aan BDD lijden (Veale et al., 1996)? Hoe dan ook, het lijkt er veel op dat een (reële) afwijking niet voldoende is voor het ontwikkelen van een BDD-achtige preoccupatie.

Selectieve aandacht

Een cognitieve verklaring is mogelijk meer op haar plaats. Wellicht is er inderdaad iets (kleins) mis met BDD'ers, en kunnen alleen zij en uiterst opmerkelijke waarnemers dat goed zien. Hun vermogen om (kleine) oneffenheden of asymmetrie te ontdekken zou grandioos kunnen zijn. De hypothese luidt dat, na de ontdekking van een oneffenheid, BDD-patiënten de neiging hebben om heel selectief veel aandacht te schenken aan het onaantrekkelijke lichaamsdeel (Veale et al., 1996). Het zou daarbij zoals gezegd om kleinigheden gaan, die in de snelheid waarmee mensen elkaar zoal bekijken, niet gezien worden.

Om die reden zouden BDD-patiënten zo goed kunnen zijn in het beoordelen van het eigen gezicht: zij ontdekken een geringe afwijking, besteden daar veel aandacht aan en bestuderen het afwijkende lichaamsdeel langdurig in de spiegel. Dit maakt hen wellicht tot zeer geofende, accurate beoordelaars. Na hun neusoperaties bleken Jerome's patiënten inderdaad niet meer zo goed te zijn in het accuraat schatten van de vorm en grootte van hun eigen neus (Jerome, 1992). Doordat de neus na de operatie een tijdlang in verband zat ingepakt, kwam er van spiegelstaren niet zoveel meer terecht, aldus de auteur, en dat zou kunnen verklaren waarom het beoordelingsvermogen verminderde.

Het bovenstaande in overweging nemend, lijkt het erop dat BDD-patiënten niet ernstig misvormd zijn, zoals zij zelf menen. De verwachting luidt dat zij inderdaad een minimale afwijking hebben, die anderen niet zo opvalt maar henzelf wel – wellicht doordat ze er zo vaak en langdurig naar kijken. BDD'ers hebben dus misschien wel een klein beetje gelijk, maar hun bombarie hierover staat wellicht niet in verhouding tot de ernst van de oneffenheid.

Het belang van schoonheid

BDD is geen perceptiestoornis. Ook is de ernst van de reactie van BDD'ers op een eventuele kleine afwijking overtrokken. In een model voor het ontstaan en de instandhouding van BDD moet dan ook verklaard worden waarom de ene persoon emotioneel wel goed is aangepast aan een duidelijk lichamelijke afwijking (zoals een litteken van een brandwond of wijnvlek in het gezicht) terwijl een andere persoon met een minimale neusafwijking hieronder extreem lijdt (Veale et al., 1996). Naast het selectief richten van de aandacht op het vermeende defect lijkt er nog een andere cognitieve factor een rol te spelen: het belang van schoonheid.

De overdreven ongerustheid over een eventuele geringe afwijking impliceert dat het belang dat BDD'ers aan een perfect uiterlijk hechten, nogal groot is. Harris (1982) stelde in dit verband de term 'estheticeit' voor, een begrip waarmee de gevoeligheid voor het waarnemen van schoonheid bedoeld wordt. De auteur vergelijkt estheticeit met muzikaliteit – de eigenschap om muziek op waarde te schatten. Het zou kunnen zijn dat de mate waarin mensen deze eigenschap bezitten, meevarieert met de mate waarin ze een kleine afwijking

onoverkomelijk vinden of niet.

Ook Veale en collega's (1996) suggereren dat BDD-patiënten een verhoogde mate van esthetische bezittingen, overigens net als plastisch chirurgen en sommige kunstenaars. Die hypothese noemen de auteurs tegelijkertijd moeilijk toetsbaar, omdat er nog geen objectieve maat van het begrip 'esthetische' bestaat. Wel onderzochten Veale en collega's (in druk) of BDD-patiënten vaker dan vergelijkbare groepen psychiatrische patiënten een opleiding of beroep in de kunst- of vormgevingsbranche hadden. Het bleek dat 20% van de BDD-patiënten in hun onderzoek inderdaad deze achtergrond bezat, vergeleken met 4% van de depressieve groep, 3% van de obsessieve-compulsieve groep en 0% van de groep met een posttraumatische stressstoornis. De auteurs denken dat, aangezien BDD zich geleidelijk ontwikkelt tijdens de adolescentie, de kunstopleiding hieraan een bijdrage kan leveren. Maar het zou natuurlijk ook zo kunnen zijn dat BDD-patiënten selectief interesse hebben in esthetica en daarom kiezen voor esthetische beroepen. Hoe dan ook, ze hebben veel last van hun streven naar schoonheid.

Behandeling van BDD

Als BDD'ers in de geestelijke gezondheidszorg terechtkomen, zijn zij vooralsnog het best geholpen met cognitieve gedragstherapie (Bouman, 1998) of met een serotonine-heropname-remitter (bijvoorbeeld clomipramine; Hollander et al., 1999). Alvorens te starten met een cognitief-gedragstherapeutische behandeling is het zaak dat de BDD'er hiervoor gemotiveerd is. Aangezien BDD'ers in eerste instantie hun defect willen herstellen zullen zij niet snel heil zien in een psychologische aanpak. Hieraan dient dus tijd te worden besteed, bijvoorbeeld door uitleg te geven over de stoornis (Bouman, 1998). De eigenlijke cognitieve gedragstherapie voor BDD omvat meestal een taxatiefase waarin de problematiek wordt nagegaan met behulp van een gedachtedagboek. De patiënt beschrijft situaties waarin hij/zij last heeft van zijn/haar lichamelijke tekortkoming, wat de gedachten precies zijn (over het defect) en de bijbehorende gevoelens. De (disfunctionele) cognities kunnen worden uitgedaagd door middel van de socratische dialoog; de therapeut stelt vragen over de gedachten/bewering en laat de patiënt bewijzen voor en tegen de bewering noemen. Vervolgens kunnen disfunctionele cognities ook in de praktijk getoetst worden door middel van gedragsexperimenten. Een patiënt kan bijvoorbeeld in levensechte situaties uitzoeken of het waar is dat iedereen altijd naar zijn neus kijkt.

Naast cognitieve technieken is de gedragstherapeutische techniek exposure in vivo met responspreventie een zeer bruikbare en effectieve. Dit betreft bijvoorbeeld het openlijk tonen van de onvolkomenheid (zoals bijvoorbeeld met blote neus in sociale situaties treden die voorheen vanwege de neus vermeden werden), terwijl de responspreventie het nalaten van controlegedragingen zoals (veelvuldig) in de spiegel kijken behelst (Veale et al., 1996).

Werk aan de winkel

Concluderend lijkt het erop dat BDD-patiënten al dan niet een minimale lichamelijke afwijking bezitten én veel belang hechten aan perfectie/symmetrie/schoonheid; dat zij met veel zelfgerichte aandacht in de spiegel dit belang van schoonheid en perfectie enerzijds onderstrepen en anderzijds zodoende de stoornis in stand houden. Maar veel meer weten we eigenlijk ook niet van deze intrigerende stoornis, die toch bij 1% van de bevolking lijkt voor te komen. Er ligt dus nog een volle onderzoeksagenda op de plank.

Allereerst moet er maar eens definitief uitgezocht worden wat er nu precies met het lichaam van deze mensen aan de hand is. Is er objectief inderdaad een minimale afwijking waar te nemen? Wat is het verschil tussen mensen met BDD en andere mensen met een kleine of grotere lichamelijke afwijking, die zich daar niet door uit het lood laten slaan?

Vervolgens zouden we moeten nagaan hoe goed mensen eigenlijk zijn in het beoordelen van hun eigen schoonheid. Kunnen BDD'ers dit inderdaad heel goed en zijn ze daarin beter dan andere mensen? En hoe zit het met die esthetische van BDD'ers; is dat te meten en valt er iets aan te doen?

Ook is toetsing van de selectieve-aandachtshypothese urgent. Verwordt een geringe afwijking tot BDD als er overvloedige aandacht aan de geobserveerde afwijking wordt geschonken? Uren in de spiegel kijken kost misschien niet alleen maar tijd. Misschien verdwijnt hierdoor het hele gezicht en blijft er alleen een neus over? De neus wordt 'uitvergroot' door het lange kijken en niet door een of andere perceptiestoornis. Maar hoe zit dat met ambtenaar Kovaljov, die in Sjostakovitsj' opera *De neus* op een ochtend wakker wordt en merkt dat zijn neus er vandoor is? Als diagnostici nou eens heel lang naar de patiënt keken alvorens een diagnose te stellen, zou BDD dan nog wel bestaan?

Mw dr. S. Mulkens is psychotherapeut en gezondheidszorg-psycholoog. Zij is als universitair docent verbonden aan de Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: <s.mulkens@psychology.unimaas.nl>.

Mw prof.dr. A. Jansen is als hoogleraar Psychologie van Eetstoornissen verbonden aan dezelfde capaciteitsgroep.

Literatuur

- Albertini, R.S. & Phillips, K.A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 453-459.
- Biby, E.L. (1998). The relation between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 489-499.
- Bouman, T.K. (1998). Spiegeltje, spiegeltje aan de wand... Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder). *Gedragstherapie*, 31, 249-271.
- Brawman Mintzer, O., Lydiard, R.B., Phillips, K.A., Morton, A., Czepowicz, V., Emmanuel, N., Villareal, G., Johnson, M. & Ballenger, J.C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1665-1667.
- Cororve, M.B. & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-970.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiuzzi, L., Drei, C. & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Harris, D.L. (1982). The symptomatology of abnormal appearance: an anecdotal survey. *British Journal of Plastic Surgery*, 35, 312-323.
- Hollander, E., Allen, A., Kwon, J., Aronowitz, B., Schmeidler, J., Wong, C. & Simeon, D. (1999). Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1033-1039.
- Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., Fukuyama, Y., Murasaki, M. & Miura, S. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 283-287.
- Jansen, A. (1998). Lichaamsbeeldtherapie. In A. Jansen & A. Meijboom, (red.), *Behandlungsstrategieën bij bulimia nervosa*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, reeks Cure & Care Development.
- Jerome, L. (1980). *A study of the perception of body-image in patients requesting cosmetic rhinoplasty*. University of Manchester, Manchester.
- Jerome, L. (1992). Body dysmorphic disorder: a controlled study of patients requesting cosmetic rhinoplasty. *American Journal of Psychiatry*, 149, 577.
- Otto, M.W., Wilhelm, S., Cohen, L.S. & Harlow, B.L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2061-2063.
- Perugi, G., Akiskal, H.S., Lattanzi, L., Cecconi, D., Mastrocinque, C., Patronelli, A., Vignoli, S. & Bemi, E. (1998). The high prevalence of 'soft' bipolar (II) features in atypical depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 63-71.
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror. Recognizing and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K.A. (1998). Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (4, Suppl A), A33-A48.
- Phillips, K.A. (2001). Body dysmorphic disorder. In K.A. Phillips (Ed.), *Somatoform and factitious disorders* (Vol. 20, p. 67-94). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Phillips, K.A., Dufresne, R.G., Jr., Wilkel, C.S. & Vittorio, C. C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42, 436-441.
- Phillips, K.A., Grant, J., Sinislahti, J. & Albertini, R.S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504-510.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., Hudson, J.I. & Pope, H.G., Jr. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 179-186.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Jr., Pope, H.G., Jr. & Hudson, J.I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K.A., Nierenberg, A.A., Brendel, G. & Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 125-129.
- Rhodes, G., Yoshikawa, S., Clark, A., Lee, K., McKay, R. & Akamatsu, S. (2001). Attractiveness of facial averageness and symmetry in non-Western cultures: in search of biologically based standards of beauty. *Perception*, 30, 611-625.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J. & Whitaker, L.A. (1998). Body image dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101, 1644-1649.
- Skrzypek, S. & Wehmeier, P.M. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221.
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and 'div' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.
- Veale, D., Ennis, M. & Lambrou, C. (in druk). Body Dysmorphic Disorder: a possible association with an occupation or education in art and design. *American Journal of Psychiatry*.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717-729.
- Veale, D. & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1381-1393.
- Wilhelm, S. & F. Neziroglu (2002). Cognitive Theory of Body Dysmorphic Disorder. In R. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (p. 203-214). Oxford: Pergamon, Elsevier Science Ltd.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Zucker, B.G. & Pollack, M.H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 499-502.

Summary

Body Dysmorphic Disorder

S. Mulkens, A. Jansen

Body Dysmorphic Disorder is an intriguing disturbance. Research into the etiology, maintaining mechanisms and treatment of the disorder is scarcely out of the egg. Individuals who suffer from it are characterized by the idea that one or more of their bodily features are disfigured, whereas outsiders most often don't notice anything strange. In this article we will first describe what is known about this disorder. After that, we will try to find an answer to the question as to what is wrong with BDD patients: do they suffer from a perceptual disorder? Or are they right and do others simply not observe them properly? Are they just too aesthetic? Or is there something else? New research questions result from this search.