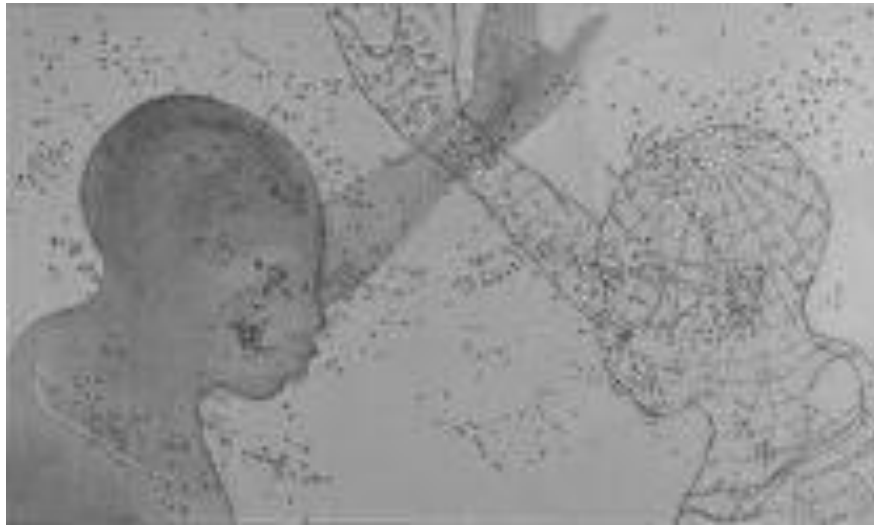


Het effect van lichaamsexposure op positief beleefde lichaamsdelen bij Body Dysmorphic Disorder



Master opleiding Psychomotorische therapie

Hogeschool Windesheim

Auteur: Simone Slaghekke

Begeleiding: Mia Scheffers

Datum: 20 januari 2012

Samenvatting

De lichaamswaardering bepaalt voor een groot deel de tevredenheid over het eigen lichaam. Een grote ontevredenheid heeft een lage zelfwaardering tot gevolg. Hieruit kan een stoornis in de lichaamsbeleving ontstaan zoals Body Dysmorphic Disorder (BDD). BDD-patiënten kijken in spiegels naar negatief beleefde lichaamsdelen wat leidt tot meer ontevredenheid en een grotere preoccupatie met het uiterlijk. In dit onderzoek is gekeken of lichaamsexposure op positief beleefde lichaamsdelen bij BDD een positief effect heeft op de negatieve lichaamsbeleving. Door patiënten herhaaldelijk voor de spiegel te laten staan, kan dit gezien worden als lichaamsexposure met desensitisatie. De patiënt leert kijken naar het eigen lichaam waardoor de angst om voor de spiegel te staan daalt.

In dit onderzoek is specifiek gekeken naar de lichaamswaardering en BDD-gedrag zoals bodychecking en vermijding met behulp van een interview en vragenlijsten die voor en na afloop van de interventie zijn ingevuld. Voor het meten van de lichaamswaardering zijn de vragenlijsten Body Cathexis Scale (BCS) en Mijn Uiterlijk vragenlijst (MUV) gebruikt. Voor het meten van BDD gedrag is gebruik gemaakt van de vragenlijst Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) en het interview Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale voor Body Dysmorphic Disorder (BDD-Y-BOCS). Volwassen mannen en vrouwen met BDD (N=7) hebben 10 wekelijkse sessies lichaamsexposure gevolgd volgens een (aangepast) protocol van Rekkers (2005). Uit de resultaten blijkt dat er een verbetering te zien is ten aanzien van de lichaamswaardering. Uit de BCS blijkt onder andere dat patiënten zichzelf van matig ontevreden naar iets meer dan neutraal waarderen. Het onderzoek toont daarnaast aan dat het effect op BDD-gedrag positief is. Vermijding en bodychecking namen af na behandeling. De kleine onderzoekspopulatie en het ontbreken van een controlegroep maakt dat de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Dit onderzoek kan opgevat worden als een pilot voor vervolgonderzoek waarin het protocol bij een grotere onderzoekspopulatie, specifiek bij BDD wordt onderzocht. Met dit onderzoek is een eerste stap gezet in de ontwikkeling van een nieuwe wetenschappelijk onderbouwde behandelmethode voor BDD.

1. Inleiding

Een negatieve lichaamsbeleving speelt een essentiële rol bij de ontwikkeling van diverse klinische stoornissen waaronder Body Dysmorphic Disorder. BDD is een stoornis in de lichaamsbeleving. Rekkers en Schoemaker (2002) beschrijven lichaamsbeleving als een dynamisch en complex concept, bestaande uit fysiologische, cognitieve, affectieve en sociale componenten. Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2001) valt BDD onder de somatoforme stoornissen. Het belangrijkste kenmerk is de preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk. Patiënten denken dat één of meer lichaamsdelen afwijkend en/of afstotelijk zijn, terwijl een buitenstaander meestal niets opvalt (Mulken & Jansen, 2003). Patiënten zijn moeilijk te overtuigen van hun irrealistische gedachten waardoor het bij een aantal een waanachtig karakter krijgt (Baardman, 1989). Preoccupatie met het uiterlijk heeft tot gevolg dat patiënten zich sterk fixeren op hun uiterlijk, dwangmatig gedrag vertonen en vaak zijn er ernstige verstoringen op sociaal en beroepsmatig gebied (Bouman, 2005; Phillips, 1997). Dwangmatig gedrag komt voor in de vorm van vermijden, controleren, geruststelling vragen en de wens naar cosmetische ingrepen. De functie van dit gedrag is het verminderen van angst, het ongemak en de onzekerheid. Vaak lukt dit niet waardoor de angst juist toeneemt en het vermijdingsgedrag in stand wordt gehouden. Vermijdingsgedrag is heel divers. Het kan bestaan uit het niet willen kijken in spiegels, het vermijden van de omgang met andere mensen of het verbergen of veranderen van vermeende onvolkomenheden (Denys & de Geus, 2007). Bij BDD komen ook overmatige uiterlijke manipulaties en controleren voor zoals veelvuldig en langdurig in spiegels kijken (spiegelchecken). Dit neemt vaak meerdere uren per dag in beslag (Veale, 2000; Veale & Riley, 2001). Een derde van de BDD-patiënten doet een suïcide poging wat laat zien hoe ernstig deze psychiatrische ziekte is. BDD-patiënten hebben een hoge lichaamsbeeldvalentie. Dit houdt in dat voor de mate van zelfwaardering het lichaamsbeeld van belang is (Mulken, Krezel, Merckelback & Jansen, 2006). Lichaamsbeeld wordt door Emck (2007) beschreven als de wijze waarop een persoon zijn of haar lichaam waarneemt en de mate waarin deze waarneming overeenstemt met de realiteit. Bij de behandeling van een stoornis in de lichaamsbeleving is het daarom van essentieel belang om de lichaamsbeleving te beïnvloeden. Gezien de ernst van de stoornis, met veel lijden en psychosociaal disfunctioneren, hebben BDD patiënten belang bij een goede behandeling.

In vergelijking met andere stoornissen in de lichaamsbeleving zoals eetstoornissen, is er veel minder onderzoek gedaan naar BDD (Veale, 2004). Er is een grote symptomatische overlap tussen BDD en eetstoornissen, in het bijzonder Anorexia Nervosa (AN). Daarom wordt er voor dit onderzoek tevens

gebruik gemaakt van literatuur over AN. Een belangrijke overeenkomst tussen AN en BDD is de verstoorde lichaamsbeleving. Volgens Rosen (1990) spelen drie symptomen een rol bij de verstoorde lichaamsbeleving bij AN. Deze symptomen worden als uitgangspunt meegenomen in dit onderzoek doordat de meetinstrumenten hierop aansluiten. Het eerste is de *verstoorde perceptie* waarbij de gestoorde waarneming van de lichaamsomvang een rol speelt (zoals de overtuiging dat lichaamsdelen veel te groot zijn). Het tweede symptoom is de *negatieve lichaamsbeleving* waarbij het gaat om de ontevredenheid met bepaalde lichaamsdelen wat leidt tot negatieve cognities. De *stoornis in gedrag* is het laatste symptoom waarbij het gaat om vermijding (zoals ontwijken van spiegels), obsessief gedrag (zoals spiegelchecken) of compensatoir gedrag (bijvoorbeeld sociaal wenselijk gedrag). Naast deze symptomatische overeenkomsten tussen BDD en AN hechten beide stoornissen een verhoogde betekenis aan gewicht of uiterlijk voor hun zelfwaardering (Mulken, Krezel, Merckelback & Jansen, 2006). Er zijn ook verschillen. Hrabosky, Cash, Veale, Neziroglu, Soll & Garner et al. (2009) stellen dat patiënten met eetstoornissen een grotere preoccupatie hebben met gewicht, taille en buik. Bij patiënten met BDD is de preoccupatie meer gericht op verschillende lichaamsdelen zoals de haren, neus en huid en minder op gewicht. BDD patiënten hebben een negatievere zelfevaluatie, vermijden meer en functioneren slechter dan patiënten met AN. Een ander verschil is dat AN zich manifesteert als een opvallende lichamelijke afwijking door de sterke magerte. Bij patiënten met BDD is niets opvallends te zien aan het uiterlijk. Een laatste verschil is dat er bijna 10 keer meer vrouwen aan AN lijden dan mannen, terwijl de geslachtsverhouding bij BDD ongeveer 1:1 is (Denys & de Geus, 2007). Door de overeenkomsten tussen beide ziektebeelden zijn mogelijk de behandelingen voor eetstoornissen tevens effectief voor BDD.

Uit onderzoek bij mensen met eetstoornissen blijkt dat het verwerven van een realistische lichaamsbeleving een belangrijk herstelcriterium is (Rekkers, 2005). Daarnaast blijkt dat de kans op terugval bij patiënten met AN met een verstoorde lichaamsbeleving groot is als aan het einde van de therapie blijkt dat patiënten nog veel moeite hebben het eigen lichaam te aanvaarden, blijven verlangen naar een ideaalbeeld of een sterke negatieve lichaamsbeleving behouden (Probst, 2002). Uit experimenteel onderzoek (Jansen, Nederkoorn & Mulken, 2005) blijkt dat patiënten met eetstoornissen de neiging hebben om selectief veel aandacht te schenken aan het (ingebeelde) lelijke lichaamsdeel en nauwelijks hun aandacht vestigen op wat mooi is aan zichzelf. Wanneer patiënten naar het lichaam van een ander kijken, ligt de focus vooral op lichaamsdelen die mooier zijn bij de ander. Proefpersonen uit de controlegroep (zonder eetstoornis) deden precies het tegenovergestelde. De selectieve aandacht werd

voornamelijk gericht op hun mooie lichaamsdelen en bij het kijken naar andere mensen lag de focus met name op wat minder mooi is bij ander. Na de lichaamsexposure was er geen verandering in stemming terwijl bij patiënten met een eetstoornis een duidelijke daling in stemming was. Jansen et al. (2005) suggereren dat een positieve aandachtsbias (selectieve aandacht voor positief beleefde lichaamsdelen) bij mensen met een eetstoornis ontbreekt. Op basis van het onderzoek van Jansen heeft Rekkers een protocol ontwikkeld (Rekkers, 2005), waarbij de lichaamsexposure juist gericht is op het kijken naar lichaamsdelen die positief beleefd worden. Dit heeft tot doel het ontwikkelen van een positieve aandachtsbias voor het eigen lichaam. In het protocol wordt gebruik gemaakt van spiegelexposure. Door patiënten herhaaldelijk voor de spiegel te laten staan, kan dit gezien worden als lichaamsexposure met desensitisatie (Key, George, Beattie, Stammers, Lacey & Waller, 2002). De patiënt leert kijken naar het eigen lichaam waardoor de angst om voor de spiegel te staan daalt. Vanwege de overlap tussen AN en BDD is het interessant nader onderzoek te doen of de behandeling lichaamsexposure op positief beleefde lichaamsdelen effectief is bij BDD. Het protocol is voor dit onderzoek gewijzigd zodat het geschikt is voor BDD. De wijzigingen staan beschreven bij het hoofdstuk methode.

Dit onderzoek richt zich op de volgende vraagstellingen:

1. Heeft het (aangepaste) behandelprotocol 'Lichaamsexposure ter versterking van de positieve lichaamsbeleving' (Rekkers, 2005) een positief effect op de negatieve lichaamsbeleving, specifiek de lichaamswaardering bij patiënten met BDD?
2. Welk effect heeft de behandeling op BDD-gedrag, in het bijzonder op vermijdingsgedrag en bodychecking?

Daarbij wordt verwacht dat:

1. Een positief effect optreedt ten aanzien van de negatieve lichaamsbeleving specifiek de lichaamswaardering.
2. Lichaamsexposure zal het BDD-gedrag, in het bijzonder vermijdingsgedrag en bodychecking, doen afnemen.

2. Methode

2.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoeksgroep bestond uit 7 volwassenen waarvan twee mannen en vijf vrouwen met BDD. Overige AS I of AS II problematiek werd niet geregistreerd in dit onderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit mannen en vrouwen ouder dan 18 jaar, woonachtig in Nederland. Vier patiënten waren destijds fulltime student, drie patiënten hadden een baan. Voldoende kennis van de Nederlandse taal was van belang voor het invullen van de vragenlijsten. De patiënten moesten bereid zijn om lichaamsgericht te werken en dagelijks huiswerkopdrachten te doen. Patiënten melden zich ambulant aan voor behandeling van BDD bij de Zorglijn Angststoornissen van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (AMC). De psychiater verzorgde de intake door middel van een interview en het afnemen van vragenlijsten waarbij de diagnose BDD volgens de DSM-IV-TR (APA, 2001) werd gesteld. Patiënten kwamen standaard in aanmerking voor de tweedaagse groepsbehandeling tenzij er bijzonderheden waren waardoor ze niet aan de groep deel konden nemen zoals persoonlijke omstandigheden als werk en studie. Patiënten die niet deelnamen aan de groepsbehandeling werden geïndiceerd voor individuele lichaamsexposure.

2.2 Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van vier meetinstrumenten, drie vragenlijsten en één interview. De volgende meetinstrumenten werden in dit onderzoek gebruikt:

1. *BDD-Y-BOCS*

Deze is ontwikkeld door (Phillips, Hollander, Rasmussen, Aronowitz, DeCaria & Goodman, 1997) en in het Nederlands vertaald (Bouman & Van Rood, 2001). De BDD Y-BOCS is een aangepaste versie van de Yale- Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). De validiteit en betrouwbaarheid van het Amerikaanse BDD-Y-BOCS-interview zijn onderzocht bij 125 patiënten met BDD (Philips et al., 1997). De interne consistentie bleek goed (Cronbach's Alpha = 0,80). De BDD-Y-BOCS stelt de ernst van de stoornis in de lichaamsbeleving vast door middel van een gestructureerd interview. De Nederlandse vertaling door Van Rood en Bouman (2007), onderzocht bij 30 BDD patiënten, is ook valide en betrouwbaar verklaard (Cronbach's Alpha = 0,88). Het interview bestaat uit 12 vragen en heeft betrekking op de situatie van de afgelopen week. Item 1 tot en met 5 betreffen de mate van preoccupatie met het uiterlijk. De items 6 tot en met 10 hebben betrekking op het aan BDD-gerelateerde gedrag. Als laatste

zijn twee vragen toegevoegd 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 maximaal haalbare score is 48. Deze vragenlijst wordt door de psychiater voor en na afloop van de spiegelexposure afgenomen. De score wordt als meetpunt gebruikt voor en na de behandeling. Het afnemen van dit interview kost ongeveer 30-45 minuten. Deze vragenlijst haakt volgens de indeling van Rosen (1990) aan op de symptomen *Perceptie* en *gedrag*. Zie *BDD-Y-BOCS* in bijlage 5.

2. De *Body Cathexis Schaal (BCS)* is ontwikkeld door Secord en Jourard (1953). De BCS meet een subdimensie van lichaamsbeleving, namelijk de lichaamswaardering. De BCS is in het Nederlands vertaald en aangepast door Baardman en De Jong (1984). Recent hebben Basten en Dorhout (2006) onderzoek gedaan naar een 40-item BCS-lijst die internationaal veel gebruikt wordt. De resultaten daarvan geven aan dat de 40-item BCS een betrouwbaar en valide instrument is. De vragenlijst bestaat uit Deel A: 40 lichaamsdelen en -functies waarbij op een 5-punts Likertschaal de mate van (on)tevredenheid per item kan worden aangegeven. De schaal loopt van 1='zeer tevreden' tot 5='zeer ontevreden'. Deel B: wordt op dezelfde manier gescoord als bij Deel A maar bestaat uit één vraag waarop aangegeven wordt hoe het lichaam in het algemeen wordt gewaardeerd. Hoe hoger de gemiddelde itemscore, hoe hoger de mate van lichaamswaardering. Bij aanvang en aan het eind van de behandeling in dit onderzoek vullen patiënten de 40-item BCS in. Deze vragenlijst haakt volgens de indeling van Rosen (1990) aan op het symptoom *negatieve lichaamsbeleving*, specifiek de lichaamswaardering.

3. *Mijn Uiterlijk Vragenlijst (MUV)*. Ontwikkeld door Bouman (1999) als zelfbeoordelingsinstrument voor BDD. Het is bedoeld om de mate van lichaamsontevredenheid en daaraan gerelateerde BDD gedragingen vast te stellen. De MUV is vergelijkbaar met de BCS en vormt een goede aanvulling. Het verschil met de BCS is dat de MUV geen lichaamsfuncties (zoals soepelheid, nachtrust en energieniveau) vermeld maar specifiek vraagt naar het meest ontevreden lichaamsdeel en de reden hiervoor. Ook wordt BDD-gedrag inzichtelijk door het uitvragen van onder andere vermijdingsgedrag en checkgedrag. Een ander verschil is dat hoe lager de gemiddelde score is, hoe hoger de mate van lichaamstevredenheid.

De lijst bestaat uit twee onderdelen. Deel 1 meet de mate van ontevredenheid met betrekking tot 31 verschillende lichaamsdelen (zoals huid, mond en lichaamsbeharing) op een 5-punts Likertschaal (1='erg tevreden' tot 5='erg ontevreden'). Hoe hoger de itemscore hoe lager de lichaamstevredenheid. Deel 2 (vraag 6-21) bevat 18-items die betrekking hebben op specifieke BDD-gedragingen. De frequentie van de

in de vragen genoemde gedragingen wordt aangegeven op een 5-punts Likertschaal (1= 'nooit' tot 5= 'altijd'). Hoe hoger de gemiddelde itemscore hoe ernstiger het BDD gedrag. Twee vragen informeren naar artsbezoek vanwege de ontevredenheid over het uiterlijk, en worden gescoord op een 4-punts Likertschaal (1='nul keer' tot 4= 'meer dan 5 keer'). De antwoorden op deze twee vragen worden niet gebruikt bij het vaststellen van de scores op de onderdelen Lichaamsontevredenheid (Deel 1) en Gedragingen (Deel 2). Het afnemen van de lijst kost gemiddeld 5-7 minuten. De interne consistentie blijkt uit een grote steekproef (N=467) van BDD-patiënten, studenten en de algemene bevolking uitstekend (Cronbachs Alpha deel 1= 0,90, deel 2=0,88) Onderzoek naar de validiteitsaspecten van de MUV is in een afrondende fase (Denys & Vulink, 2011). De ingevulde lijst wordt net als de BCS tevens gebruikt voor het opstellen van de spiegelhiërarchie. Deze vragenlijst haakt volgens de indeling van Rosen (1990) aan op de symptomen *negatieve lichaamsbeleving* specifiek de lichaamswaardering en gedrag.

4. *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*. Ontwikkeld door Rosen, Reiter, en Orosan, (1995) en met toestemming van de auteurs in het Nederlands vertaald door Mulkens en Kerzel (2003). De BDDE is een semi-gestructureerd interview en door Mulkens en Kerzel (2003) omgevormd tot een vragenlijst. De BDDE onderzoekt specifiek de verstoorde lichaamsbeleving. Het meet de stoornis in het gedrag zoals vermijdingsgedrag en bodychecking. Ook wordt het verband tussen overgewaardeerde ideeën en het belang van het uiterlijk en zelfwaardering duidelijk. De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen. In deel 1 van de lijst wordt aan de patiënt gevraagd om maximaal vijf lichaamsdelen aan te kruisen waar de patiënt de afgelopen maand een afkeer van had of niet helemaal tevreden over was met daarbij de reden. Vervolgens mag de patiënt deze vijf lichaamsdelen rangschikken van 1= 'meest ontevreden' tot 5= 'minst ontevreden'. In deel 2 wordt gevraagd hoe vaak de patiënt bepaalde methodes heeft toegepast om het lichaamsdeel dat op nummer 1 staat te veranderen of te verbeteren. In deel 3 worden 26 vragen gesteld over vermijdingsgedrag en bodychecking met betrekking tot het lichaamsdeel dat in deel 1 op nummer 1 werd gescoord als 'meest ontevreden'. De patiënt omcirkelt het meest passende antwoord van 0 t/m 6 of ja/nee met betrekking tot de afgelopen maand. Voor het onderzoek wordt het gemiddelde genomen van de vragen van deel 3 zodat het effect van de behandeling op BDD gedrag, specifiek vermijding en checkgedrag gemeten kan worden. De validiteit, interne consistentie (Cronbach's Alpha = 0,94 (Littleton, Axsom & Pury, 2005) en test-hertestbetrouwbaarheid ($r=0,90$) (Rosen & Reiter, 1995) van de Amerikaanse versie zijn bevredigend. De (criterium) validiteit blijkt uit het onderscheiden van BDD-patiënten met een algemene populatie. De interne consistentie van de

Nederlandse versie is onderzocht bij 209 studenten en 135 patiënten. De betrouwbaarheid bleek zeer hoog (Cronbach's Alpha respectievelijk 0.91 en 0.92) (Mulken & Kerzel, 2003). Het invullen van deze vragenlijst duur 12.4 minuten (Littelton et al., 2005). Deze vragenlijst haakt volgens de indeling van Rosen (1990) aan op de symptomen *perceptie* en *gedrag*.

2.3 Onderzoeksprocedure

Patiënten die geïnccludeerd zijn voor dit onderzoek zijn ingestroomd vanaf juli tot en met november 2011. Het aantal dat deelgenomen heeft is zeven patiënten. De algemene diagnostiek is afgenomen door de psychiater. In deze intake wordt duidelijk wat het BDD check- en vermijdingsgedrag is door het afnemen van een interview en de BDD Y-BOCS. Patiënten werden ongeveer drie maanden voor de lichaamsexposure ingesteld op een Serotonineheropnameremmer (SSRI), Citalopram. SSRI's zijn de belangrijkste en meest onderzochte psychofarmaca gebruikt in de medicamenteuze behandeling van BDD. In veel gevallen laat het op alle items van de BDD-Y-BOCS een verbetering zien (Denys & Vulink, 2011). Voor het instellen op medicatie werd de BDD-Y-BOCS afgenomen. Dit gebeurde nogmaals voor en na afloop van de lichaamsexposure. De meting van de BDD-YBOCS vlak vóór de lichaamsexposure werd meegenomen in dit onderzoek. Patiënten zijn dan ingesteld op een optimale dosering zodat dit verder geen invloed heeft op het onderzoek. Na de algemene diagnostiek volgde er een intake bij de Psychomotorisch therapeut (PMT). De psychomotorisch therapeut vroeg schriftelijk toestemming voor het onderzoek middels een informed consent formulier dat toegevoegd is in de bijlage. Wanneer de patiënt wilde deelnemen, volgde de intake die twee sessies in beslag nam. De MUV, BCS en de BDDE werden in de eerste intakesessie afgenomen, in de tweede intakesessie werd er volgens protocol een anamnese van de lichaamsbeleving afgenomen door het tekenen van een levenslijn, een tijdsbalk. Dit houdt in dat de patiënt een horizontale lijn op een groot stuk papier tekent van 0 tot en met de huidige leeftijd en de grootste 'life-events' (hoogte- en dieptepunten) die bepalend zijn geweest voor zijn/haar persoonlijke ontwikkeling. Boven de lijn is een hoogtepunt, onder de lijn zijn dieptepunten. Dit mag op eigen (creatieve) invulling. Vervolgens kon het aangepaste protocol van Rekkers (bijlage) vanaf sessie 1 van start gaan. Patiënten kregen één keer per week lichaamsexposure voor de duur van ongeveer 10 sessies gegeven door een psychomotorisch therapeut (tevens onderzoeker). Het onderzoek vond plaats in een kleine sportzaal in het gebouw van Psychomotorische therapie op het AMC. Na afloop van het protocol vulde de patiënt op het AMC nogmaals de MUV, BCS en de BDDE in. De psychiater nam de BDD-Y-BOCS af.

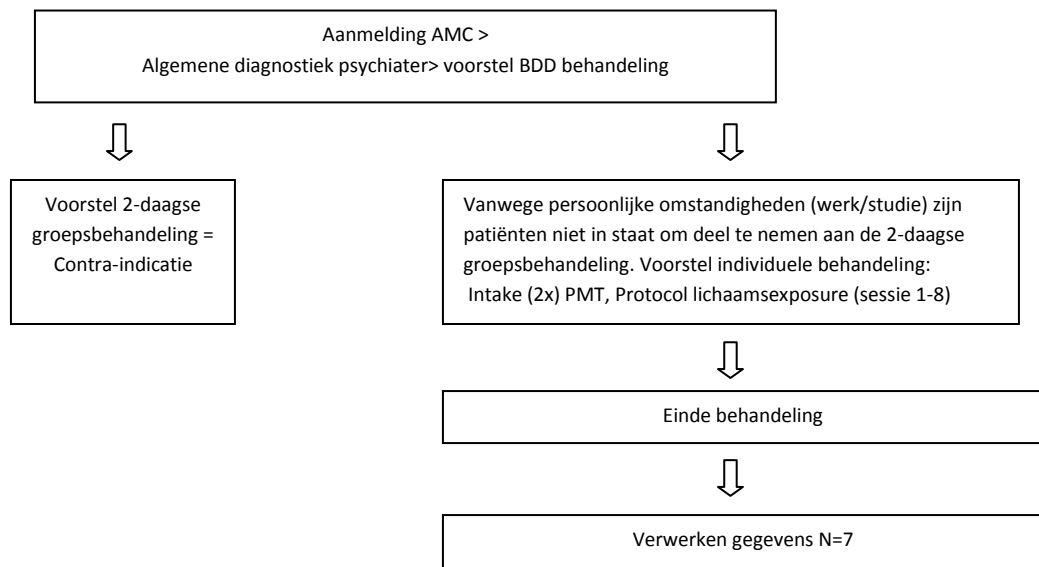
Behandelprotocol positieve lichaamsexposure, ontwikkeld door Rekkers, 2005.

Uitgangspunten

- Leren focussen op positief beleefde lichaamsdelen.
- Geen confrontatie met negatief beleefde lichaamsdelen.
- Leren om zichzelf anders te vergelijken met anderen (heteroconfrontatie).
- Exposure met behulp van een passpiegel.

Het protocol van Rekkers is aangepast voor dit onderzoek. De intake is ingekort van drie tot vier bijeenkomsten naar twee sessies. De reden hiervoor is dat een aantal elementen in het protocol specifiek zijn voor eetstoornissen zoals de quiz over gezonde voeding en gezond bewegen en screening van lichamelijke klachten en de bepaling van de Body Mass Index (BMI). In de behandeling is het gebruik van een weegschaal met bijpassende positieve zinnen verwijderd. Ook is er vanwege de beperkte tijd voor het verrichten van het onderzoek geen gebruik gemaakt van video-opnames en zijn patiënten wekelijks gezien in plaats van eens in de twee weken. Het aangepast protocol ziet er als volgt uit:

- Intake (2 sessies);
- Rationale werkwijze (1 sessie);
- Exposure zonder spiegel (1 sessie);
- Exposure met spiegel, foto's & heteroconfrontatie (4/5 sessies);
- Invullen vragenlijsten (1 sessie);
- Evaluatie (1 sessie).



Figuur 1: Onderzoeksmethode in stroomdiagram. In dit stroomdiagram is grafisch de onderzoeksmethode aangegeven.

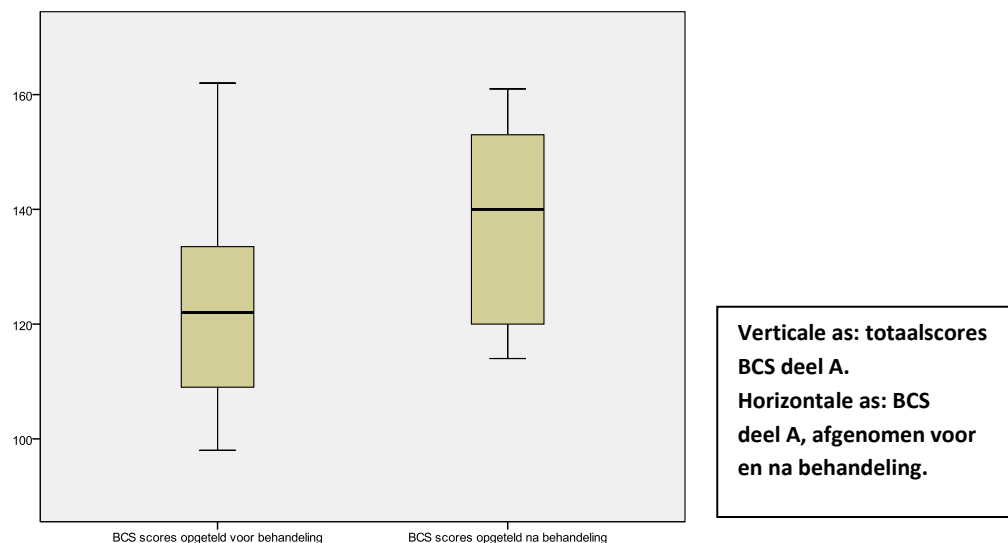
2.4 Dataverwerking en statistische analyse

Het effect van het spiegelprotocol werd gemeten met behulp van een pre-experimenteel ontwerp. Er werd een voor- en nameting uitgevoerd door middel van zelfrapportage en interview in de vorm van vragenlijsten. De resultaten zijn gepresenteerd met een Boxplot. Voor het toetsen op verschillen werd gebruik gemaakt van parametrische en non-parametrische technieken, afhankelijk van het feit of er voldaan werd aan een normale verdeling. Bij een normale verdeling werd gebruik gemaakt van een T-test.

Voor het beoordelen of er een verbetering is opgetreden op de negatieve lichaamsbeleving, specifiek de lichaamswaardering, werden 31 onderdelen van deel 1 van de MUV, de 40 onderdelen van deel A en deel B van de BCS vóór en na behandeling met elkaar vergeleken. Om te beoordelen of er een verbetering is opgetreden ten aanzien van vermijding- en checkgedrag werden de lijsten MUV deel 2 (vraag 6-21) en BDDE deel 3 (vraag 1-26) vóór en na behandeling met elkaar vergeleken. Als laatste werd de totaalscore van de BDD-Y-BOCS voor en na behandeling met elkaar vergeleken om te beoordelen of er een verbetering is opgetreden in de ernst van de stoornis in de lichaamsbeleving.

3. Resultaten

3.1 Grafische weergave BCS deel A



Figuur 3.1: De Boxplot laat de totaalscores van de BCS voor en na behandeling zien. De totaalscores bestaan uit 40 onderdelen van de BCS deel A. Het meet de lichaamswaardering bij N=7.

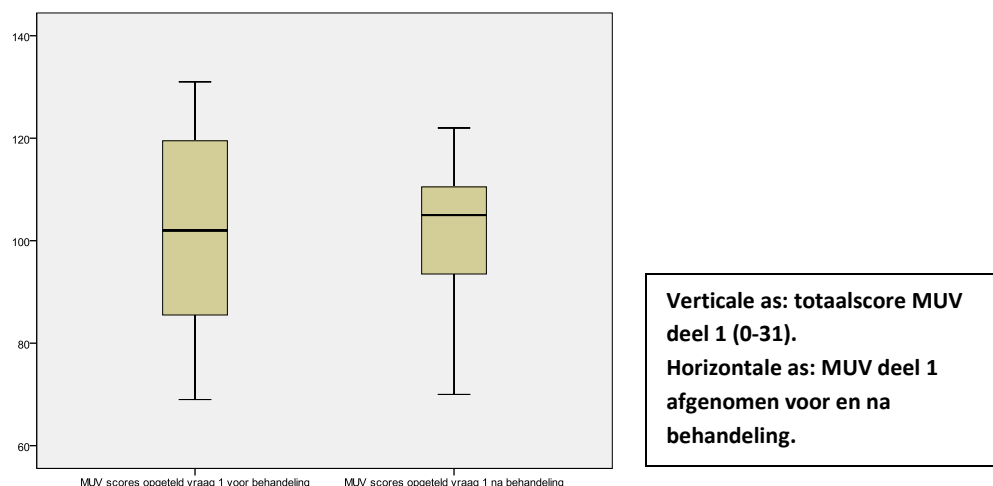
De Boxplot in figuur 3.1 laat zien dat na behandeling de middelste 50% van de scores lag tussen 109 en 132. Voor behandeling was dat tussen de 120 en 151. De mediaan is toegenomen van 122 naar 140.

Voor behandeling waren de uiterste scores 98 en 162. Na behandeling waren de uiterste scores 114 en 161. Verder is de gemiddelde score toegenomen van 123,86 naar 137,29, terwijl de standaarddeviatie is afgenomen van 21,97 tot 19,41. De gemiddelde score op de BCS deel A liet bij mannen een stijging zien van 114,50 naar 147,50, terwijl deze bij vrouwen is toegenomen van 127,60 naar 133,20.

Om te toetsen of de stijging van het gemiddelde van de scores van deel A van de BCS ook significant is of op toeval berust, werd een T-test gedaan. Eén van de eisen voor een T-test is dat sprake moet zijn van een normale verdeling. Daarvoor is de Kolmogorov-Smirnov toets gedaan, een non-parametrische techniek. Deze gaf een waarde van 1,00 en 0,97 voor en na behandeling, zodat sprake is van een normale verdeling. Uit de T-test bleek dat het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen met behulp van deel A van de BCS voor en na behandeling significant was bij een overschrijdingskans van 0,14 ($t = -1,70$).

Deel B van de BCS meet de algemene lichaamswaardering bij $N=7$. Volgens SPSS was de gemiddelde score voor behandeling 2,29 en na behandeling 3,29 op een 5-punts Likertschaal. De standaarddeviatie is gedaald van 1,38 naar 0,95. Uit de Kolmogorov-Smirnov test bleek dat de waarde 0,76 en 0,42 was voor en na behandeling en dat er sprake was van een normale verdeling. Volgens de T-test was het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen met behulp van deel B van de vragenlijst BCS voor en na behandeling significant bij een overschrijdingskans van 0,16 ($t = -1,62$).

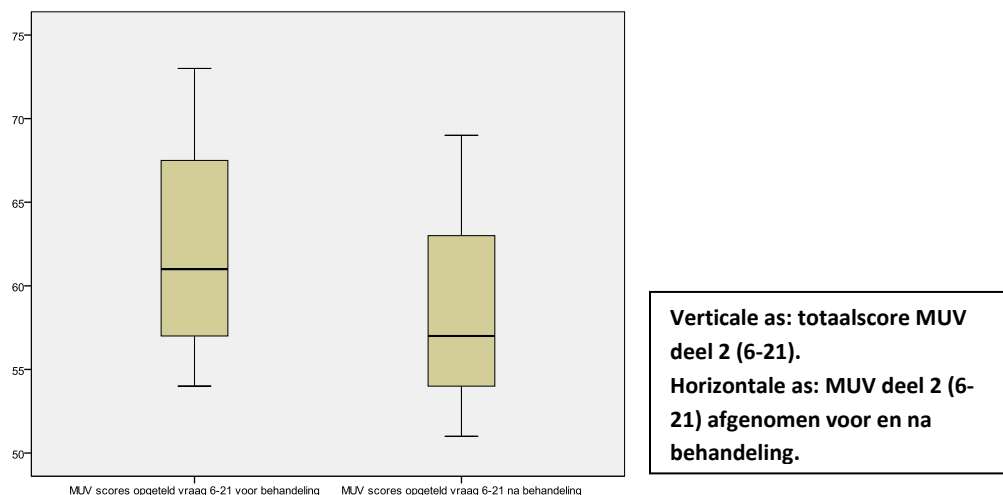
3.2 Grafische weergave MUV deel 1 (0-31)



Figuur 3.2: De Boxplot laat de totaalscores zien van de MUV deel 1 bestaande uit 32 onderdelen. Het meet de lichaamswaardering voor en na behandeling bij $N=7$.

De Boxplot in figuur 3.2 laat zien dat bij deel 1 van de vragenlijst de mediaan van de MUV licht is toegenomen van 102 naar 105. De Box van de Boxplot was na behandeling kleiner. De middelste 50% van de scores lag voor behandeling tussen de 85 en 119. Na behandeling lag de middelste 50% van de scores tussen 94 en 110. Verder is de gemiddelde score gedaald van 101,71 naar 100,71 en de standaarddeviatie van 23,00 naar 17,94. De daling van het gemiddelde is derhalve minimaal. Uit de Kolmogorov-Smirnov test bleek dat de waarde 1,00 en 0,71 was voor en na behandeling en dat er sprake was van een normale verdeling. Volgens de T-test was het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen met behulp van deel 1 van de MUV voor en na behandeling significant bij een overschrijdingskans van 0,81 ($t = 0,26$).

Grafische weergave MUV deel 2 (vraag 6-21)

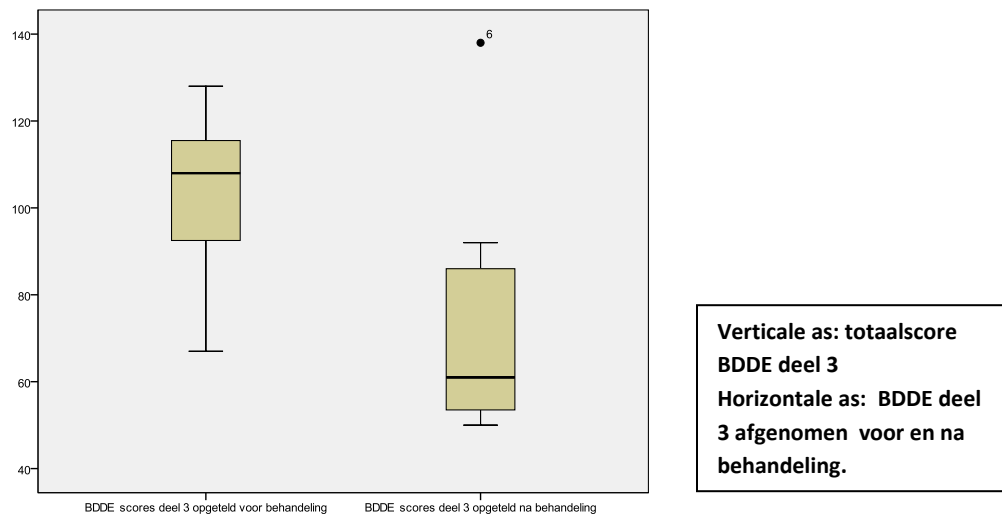


Figuur 3.2.1: De Boxplot laat de totaalscores zien van de MUV deel 2 (6-21). Het meet het BDD-gedrag voor en na behandeling bij N=7.

In figuur 3.2.1 is zichtbaar dat de mediaan van de scores op vraag 6 tot en met 21 van de vragenlijst MUV is afgenomen van 61 naar 57. De Box van de Boxplot was na behandeling iets kleiner. De middelste 50% van de scores lag voor behandeling tussen de 57 en 68. Na behandeling lag de middelste 50% van de scores tussen 53 en 63. Verder is de gemiddelde score gedaald van 62,43 naar 58,71 en de standaarddeviatie van 7,09 naar 6,47.

Eén van de eisen voor een T-test is dat er sprake moet zijn van een normale verdeling. Uit de Kolmogorov-Smirnov test bleek dat de waarde 1,00 en 0,98 was voor en na behandeling en dat er sprake was van een normale verdeling. Volgens de T-test was het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen met behulp van vraag 6 tot en met 21 van de vragenlijst MUV voor en na behandeling significant bij een overschrijdingskans van 0,10 ($t = 1,93$).

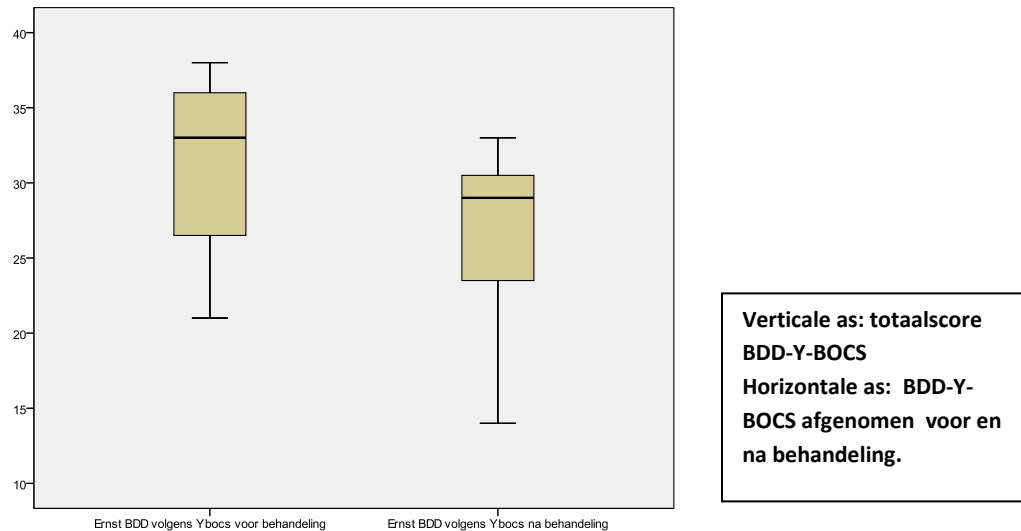
3.2.2 Grafische weergave BDDE deel 3



Figuur 3.2.2: De Boxplot laat de totaalscores zien van de BDDE Deel 3. Het meet het vermijdingsgedrag en bodychecking voor en na behandeling bij N=7.

In figuur 3.2.1 is zichtbaar dat de mediaan van de scores van deel 3 van de BDDE na behandeling is gedaald van 108 naar 61. De Box van de Boxplot is groter geworden. De middelste 50% van de scores lag voor behandeling tussen de 93 en 116. Na behandeling lag de middelste 50% van de scores tussen 53 en 86. Ook was er een extreme waarde van 138 (outlier) zichtbaar, respondent 6. Verder is de gemiddelde score gedaald van 102,71 naar 75,43 en de standaarddeviatie is gestegen van 21,62 naar 31,70. Eén van de eisen voor een T-test is dat er sprake moet zijn van een normale verdeling. Uit de Kolmogorov-Smirnov test bleek dat de waarde van 0,82 en 0,78 voor en na behandeling was en er sprake was van een normale verdeling. Volgens de T-test was het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen met behulp van deel 3 van de BDDE voor en na behandeling significant bij een overschrijdingskans van 0,03 ($t = 2,96$).

3.4 Grafische weergave totaalscore BDD-Y-BOCS



Figuur 3.4 De Boxplot laat de totaalscores zien van de BDD-Y-BOCS. Het meet de ernst van de BDD voor en na behandeling bij N=7.

In figuur 3.4 is zichtbaar dat de mediaan is gedaald van 33 naar 29. De Box van de Boxplot is iets kleiner geworden na behandeling. De middelste 50% van de scores lag voor behandeling tussen de 26 en 36. Na behandeling lag de middelste 50% van de scores tussen 23 en 31. Verder is het gemiddelde van de BDD-Y-BOCS gedaald van 31,00 naar 26,29 en de standaarddeviatie is gelijk gebleven op 6,63.

Uit de Kolmogorov-Smirnov toets bleek een waarde van 0,97 en 0,85 voor en na behandeling, zodat sprake was van een normale verdeling. Uit de T-test bleek dat het verschil in gemiddelde tussen de BDD-Y-BOCS voor en na behandeling significant was bij een overschrijdingskans van 0,17 ($t = 1,58$).

4. Discussie en conclusie

4.1 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek richtte zich op twee vragen te weten:

1. Heeft het (aangepaste) behandelprotocol 'Lichaamsexposure ter versterking van de positieve lichaamsbeleving' (Rekkers, 2005) een positief effect op de negatieve lichaamsbeleving, specifiek de lichaamswaardering bij patiënten met BDD?
2. Welk effect heeft de behandeling op BDD gedrag, in het bijzonder vermijdingsgedrag en bodychecking?

Ten aanzien van de eerste vraag blijkt uit dit onderzoek dat er een verbetering zichtbaar is op het tweede symptoom van Rosen, de negatieve lichaamsbeleving, specifiek de lichaamswaardering bij patiënten met BDD.

Dat is te zien aan de resultaten van de vragenlijsten BCS en MUV deel 2. De gemiddelde score op de BCS deel A is toegenomen van 123,86 naar 137,29, terwijl de standaarddeviatie is afgenomen van 21,97 tot 19,41. Bij nader inzien blijkt de verbetering het sterkst bij mannen. De gemiddelde score op de BCS deel A laat bij mannen een stijging zien van 114,50 naar 147,50, terwijl deze bij vrouwen is toegenomen van 127,60 naar 133,20. Een vergelijking met de gemiddelde scores die mensen zonder BDD hebben (man:3,9 en vrouw: 3,6), laat zien dat de gemiddelde scores van BDD-patiënten (man: 3,7 en vrouw: 3,3 gecorrigeerd voor 40 vragen) erg dicht bij die van mensen zonder BDD is komen te liggen.

Bij deel B van de BCS, dat de algemene lichaamswaardering meet, is een gemiddelde score voor behandeling behaald van 2,29 en na behandeling 3,29 op een 5-punts Likertschaal. Dat betekent dat BDD-patiënten hun eigen lichaam waarderen van matig ontevreden naar iets meer dan neutraal. Dit is een grote stap, omdat men van de negatieve kant van de schaal (ontevreden) naar de positieve kant van de schaal (tevreden) is gegaan. De standaarddeviatie van BCS Deel B is gedaald van 1,38 naar 0,95, wat aantoont dat de verbetering breder wordt gedragen, omdat de scores immers dicht bij het gemiddelde liggen. Op de MUV deel 1, dat ook de lichaamswaardering meet, is de gemiddelde score gedaald van 101,71 naar 100,71 en de standaarddeviatie van 23,00 naar 17,94. De daling van het gemiddelde is minimaal, zodat op grond van de MUV geen positief effect door de behandeling is gemeten.

Aandachtspunt bij het voorgaande is de uitslag van de significantietoets bij elke vergelijking van gemiddeldes. Bij een streng significantieniveau van 5% moet worden geconcludeerd dat de verschillen niet significant waren. Gezien de kleine onderzoeksgroep zijn de verschillen mogelijk wel relevant,

vandaar dat ook grotere overschrijdingskansen, zoals bijvoorbeeld bij de BCS waarbij $p = 0,14$, vermeld zijn. Echter, er bestaat dus een kans dat deze resultaten op toeval berusten.

Het gemiddelde van de BDD-Y-BOCS, dat de ernst van de stoornis in de negatieve lichaamsbeleving meet en volgens de indeling van Rosen aanhaakt op perceptie en gedrag, is gedaald van 31,00 naar 26,29. Het verschil in gemiddelde voor en na behandeling is significant bij een overschrijdingskans van 0,17. De BDD-Y-BOCS wordt ook gebruikt om het effect van de behandeling te meten wat laat zien dat de behandeling redelijk effectief is geweest door een daling van 4,5 punten bij een gemiddelde score van 31. Dat is een daling van 15,2%.

Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag blijkt uit dit onderzoek dat de interventie een positief effect heeft gehad op BDD-gedrag.

De MUV, BDDE en BDD-Y-BOCS meten volgens Rosen het derde symptoom, stoornis in gedrag. De gemiddelde score op de MUV (vraag 6-21) wat het BDD-gedrag (vermijding en checking) bepaalt, is gedaald van 62,43 naar 58,71 en de standaarddeviatie van 7,09 naar 6,47. Het verschil in gemiddelde voor en na behandeling is significant bij een overschrijdingskans van 0,12. De BDDE-vragenlijst deel 3 laat een significante verbetering zien. De gemiddelde score is gedaald van 102,71 naar 75,43 en de standaarddeviatie is gestegen van 21,62 naar 31,70. Het verschil in gemiddelde tussen de twee metingen voor en na behandeling is significant. De BDD-Y-BOCS meet naast de ernst van de BDD-klachten ook het vermijdings- en checkgedrag van de patiënt. Zoals bij de eerste vraagstelling beschreven laat de BDD-Y-BOCS een verbetering zien.

De hypothesen waren ten eerste dat er een positief effect optreedt ten aanzien van de negatieve lichaamsbeleving specifiek de lichaamswaardering. Ten tweede dat lichaamsexposure het BDD-gedrag, in het bijzonder vermijdingsgedrag en bodychecking zal doen afnemen. Gezien de onderzoeksresultaten en bovenstaande antwoorden op de onderzoeksvragen kan gesteld worden dat de hypothesen bevestigd kunnen worden.

De conclusie die uit dit onderzoek getrokken kan worden is dat de aangepaste module 'Lichaamsexposure ter versterking van de positieve lichaamsbeleving' een positief effect heeft op de negatieve lichaamsbeleving bij BDD-patiënten. Kijkend naar de symptomatische indeling van Rosen die een rol spelen bij de verstoorde lichaamsbeleving kan gesteld worden dat twee van de drie symptomen, de negatieve lichaamsbeleving en de stoornis in gedrag na behandeling een verbetering laten zien. De

meeste verschillen bleken echter niet significant op een 5% niveau.

Uit klinische ervaring is gebleken dat het gevaar bestaat dat BDD-patiënten zo goed focussen op positieve lichaamsdelen, dat soms ook negatieve kenmerken zichtbaar worden. Het is voorgekomen dat patiënten om die reden een bepaald lichaamsdeel niet meer wilden spiegelen. Het verplaatsen van de preoccupatie komt vaker voor bij BDD en is een 'gevaar' bij spiegelexposure. Uit literatuur over eetstoornissen is niet bekend dat dit herkenbaar is bij AN. Een directieve benadering is helpend door patiënten terug te laten focussen op het positieve. Daarnaast had een aantal patiënten een zeer laag spanningsniveau voor de spiegel waardoor spiegelexposure minder effect had. Dichterbij het probleemgebied steeg de spanning iets meer. Waarschijnlijk is het effectiever om meer lichaamsdelen rondom het probleemgebied in de hiërarchielijst te plaatsen zodat de spanningsboog ervaren wordt en desensitisatie plaatsvindt.

Een ander punt is dat het protocol niet alle aspecten van BDD-gedrag in zijn totaliteit aanpakt zoals het afbouwen van camouflage, het verhullen van zogenaamde misvormingen of het vermijden van bepaalde plekken. Ook het uitdagen van gedachten is van belang omdat overtuigingen bij BDD-patiënten hardnekkig zijn. Het protocol lichaamsexposure is daarom een goede aanvulling op andere therapieën zoals Exposure met responspreventie, Cognitieve gedragstherapie, Psychomotorische therapie en Psycho-educatie.

4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt is de voor- en nameting van het onderzoek, omdat duidelijk wordt wat het effect is van de behandeling. Het is een test- hertestmethode wat de methode betrouwbaar maakt. Ook is het gebruik van meerdere vragenlijsten die hetzelfde begrip, de lichaamswaardering en BDD-gedrag meten, zinvol geweest. De validiteit van de vragenlijsten is uit eerdere onderzoeken vastgesteld.

Het gehele protocol is aangeboden door één therapeut en vond plaats in dezelfde ruimte waardoor er minder externe factoren van invloed zijn geweest op de resultaten. De vragenlijsten zijn op het AMC ingevuld. Ook de keuze voor een individueel behandelaanbod is goed geweest omdat het protocol gestructureerd gevolgd kon worden. Een andere onderzoeker kan precies hetzelfde protocol aanbieden. Deze punten hebben een positieve invloed gehad op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Een ander sterk punt is de relevantie van het onderzoek. Het is van groot belang dat er gekeken wordt naar nieuwe behandelmethoden voor BDD omdat er beperkt onderzoek is gedaan. Met deze pilot kan er bijgedragen worden aan wetenschappelijke kennis over lichaamsexposure bij BDD.

Een zwak punt van dit onderzoek is de kleine onderzoekspopulatie en het ontbreken van een

controlegroep. Er kunnen daarom geen betrouwbare uitspraken gedaan worden over de gehele onderzoekspopulatie. Daarnaast vormen externe factoren zoals tussentijdse gebeurtenissen en stemming op het moment van invullen van de vragenlijsten een zwak punt. Bij een negatieve stemming zal de lichaamswaardering waarschijnlijk lager zijn. Dit geldt met name voor een kleine onderzoekspopulatie wat ook te zien was bij de outlier in figuur 3.2.2. Het werven van deze specifieke doelgroep en het verrichten van dit onderzoek kostte bovendien veel tijd. De beschikbare tijd was kort waardoor het moeilijk was om een tijdsbegroting te maken.

4.3 Suggesties voor verder onderzoek

Het is zinvol om dit onderzoek te verrichten met een grotere populatie BDD-patiënten en te werken met een controlegroep zodat het bereikte effect met meer zekerheid toe kan worden geschreven aan de behandelmethode.

Daarnaast is het interessant om het effect van het protocol te vergelijken bij spiegelcheckers en spiegelvermijders. Spiegelvermijders ervaren waarschijnlijk meer spanning voor de spiegel waardoor het exposure effect met desensitisatie groter is. Ook het verschil in geslacht kan relevante informatie opleveren. Mannen lijken vaker gepreoccupeerd te zijn met lichaamsbouw. Dit bemoeilijkt het spiegelen van positieve lichaamsdelen omdat het lastiger is om niet te kijken naar het vermeende defect. Als laatste toevoeging lijkt het mij interessant om vragenlijsten aan te bieden die meerdere subdimensies van lichaamsbeleving onderzoeken (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006) zoals de lichaamsattitude die gemeten kan worden met de Lichaamsattitude Schaal (LAS) van Baardman (1989) of het lichaamsbewustzijn Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) van Tophoff (2003). Door meerdere subdimensies van lichaamsbeleving te onderzoeken wordt zichtbaar op welke subdimensies het protocol een positief effect heeft. Een behandel aanbod kan hierop afgestemd worden wat ten goede komt aan de behandeling specifiek bij BDD.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Baardman, I. (1989). *Ingebeelde lelijkheid*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Baardman, I. & De Jong, J. G. (1984). Het meten van lichaamswaardering. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 28-41.
- Basten, M.G.J., & Dorhout, M. (2006). *De Body-Cathexis Schaal, betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering*. Onderzoeksverslag. Amsterdam: Faculteit de Bewegingswetenschappen Vrije Universiteit Amsterdam.
- Bouman, T.K. (1999). Mijn Uiterlijk. Een zelfbeoordelvingsvragenlijst om lichaamsontevredenheid te meten. Rijksuniversiteit Groningen.
- Bouman, T.K. & Rood, Y.R. van (2001). Nederlandse geautoriseerde vertaling van Body Dysmorphic Disorder Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (BDD Y-BOCS); oorspronkelijke versie Philips, K.A., 1997. <http://www.lumc.nl/rep/cod/redirect/3010/algemeen/publicaties.html>.
- Bouman, T.K. (2005). Preoccupatie met het uiterlijk. *Directieve Therapie*, 25, 141-150.
- Bosscher, R., Rekkers, M., & Scheffers, M. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-30.
- Denys, D., & de Geus, F. (2007). *Handboek obsessieve-compulsieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom, 14, 212-223.
- Denys, D., & Vulink, N. (2011). *Body Dysmorphic Disorder*. Assen: Van Gorcum.
- Emck, C., Hammink, M. N. & Bosscher, R. J. (2007). *Psymot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: 't Web.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vogeley, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137-144.
- Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A., Garner, D.M. et al. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*, 6, 155-163.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for beautiful and ugly body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183-196.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body Image Treatment within an Inpatient Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process. *Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Littleton, H.L., Axson, D. & Pury, C.L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behav.Res.Ther.*, 43, 229-241.
- Mulken, S., & Jansen, A. (2003). Als je neus maar goed zit. Body Dysmorphic Disorder: Selectieve aandacht of esthetiek? *De Psycholoog*, 3, 3-7.

- Mulkens, S. & Krezel, C. (2003). Nederlandse geautoriseerde vertaling van de Body Dysmorphic Disorder Examination-Self Report (BDDE-SR); oorspronkelijke versie Reiter & Rosen, 1994.
<http://www.eetonderzoek.nl>.
- Mulkens, S., Krezel, C., Merckelback, H., & Jansen, A. (2006). Mooi, maar ontevreden over psychische stoornissen en cosmetische chirurgie. *MGv*, 61, 34-47.
- Phillips, K.A., (1997). Connection between Obsessive Compulsive disorder and body dysmorphic disorder. In J.A. den Boer & H.G.M. Westenberg (Red.), *Focus on Obsessive Compulsive spectrum disorders*. Amsterdam: Synthesis.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R. DeCaria, C., & Goodman, W.K. (1997). A severity rating 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.
- Probst, M. (2002). Lichaamsbeleving. In: W. Vandereycken., & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp.233-248). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rekkers, M. E. (2005). Opvallen of afvallen? Spiegel- en video-exposure ter versterking van positieve lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen. In: J. de Lange & R. J. Bosscher (red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk*. (pp 25-41). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- 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.
- Rosen, J.C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. In: T.F. Cash., & T. Pruzinsky (red.), *Body Images* (pp. 272-295). New York: The Guilford Press.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 77-84.
- Scheffers, M., Rekkers, M., & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-30.
- Secourd, P.F. & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Tophoff, M. (2003). Chan Buddhism: *Implications of awareness and mindfulness training for managerial functioning*. (Academisch Proefschrift). Destelbergen: Cartim.
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218-221.
- Veale, D., & Riley (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.
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural therapy model of Body dysmorphic disorder. *Body Image* 1, 113-125.

3.2 Behandelprotocol voor lichaamsexposure gericht op versterken van positieve lichaamsbeleving

Het behandelprotocol bestaat uit tien bijeenkomsten met een frequentie van één keer per twee weken. Het behandelprotocol is ontwikkeld voor een individuele (ambulante) behandeling, maar kan ook groepsgericht binnen een (dag)klinische setting worden aangeboden. Het protocol kan direct na een intakefase of na een motivatietraject worden gestart.

Een motivatietraject kan noodzakelijk zijn om eerst de ambivalentie of zelfs het hardnekkige verzet van een eetstoornispatiënt tegen verandering te bewerken (Spaans & Bloks, 2002). Voor herstel is het belangrijk dat de patiënt gemotiveerd is voor verandering. Motivatie blijkt uit de mate waarin de patiënt ziektebesef heeft, zich daar zorgen over maakt, de intentie tot verandering heeft en optimistisch is over verandering en het eigen vermogen daartoe.

Intake

De intake bestaat doorgaans uit drie tot vier bijeenkomsten, afhankelijk van de beschikbaarheid van informatie. Indien van toepassing, worden behandelgegevens uit voorgaande behandelingen opgevraagd. Tijdens de intakefase wordt de mate van verstoordheid van de lichaamsbeleving gemeten. Daarnaast wordt bekeken of een motivatietraject noodzakelijk is. Vaste onderdelen van de intakefase zijn:

- invullen van vragenlijsten over lichaamsbeleving;²
- screening lichamelijke klachten en bepaling van de Body Mass Index (BMI);
- quiz over gezonde voeding en gezond bewegen;
- registratie body-checking en bewegingspatroon;

- psycho-educatie over gezond bewegingsgedrag en lichaamsbeleving;
- anamnese lichaamsbeleving.

De screening van lichamelijke klachten gebeurt aan de hand van een checklist waarop lichamelijke klachten staan die een gevolg kunnen zijn van anorexia nervosa of boulimia nervosa. Als er naar aanleiding van deze screening of naar aanleiding van de BMI reden tot zorg is, volgt verwijzing naar de huisarts voor medisch onderzoek. De quiz over voeding en bewegen bestaat uit gedeeltelijk zelf ontwikkelde en gedeeltelijk al bestaande vragen (Meerum ter Wogt-Reijnders, 2001). Hierbij wordt op speelse wijze de kennis van de patiënt over voeding en lichamelijke gevolgen van een ongezond eet- en bewegingspatroon getest. De registratie van *body-checking* (obsessieel controleren van het lichaam of bepaalde lichaamsdelen) en *bewegingspatroon* vindt plaats aan de hand van een registratieformulier. Indien nodig vult de patiënt dit registratieformulier gedurende een afgesproken aantal dagen of weken in. Standaard wordt gedurende de intakefase een anamnese van de lichaamsbeleving afgenomen. Daarbij wordt aan de patiënt gevraagd een grafiek te maken over het verloop van de lichaamsbeleving gedurende het leven. Ten slotte wordt naar aanleiding van het bewegingspatroon, de mate van *body-checking* en de verkregen informatie over de lichaamsbeleving voorlichting gegeven over gezond bewegingsgedrag en lichaamsbeleving.

Daarnaast krijgt de patiënt ook nog schriftelijk voorlichtingsmateriaal over het onder-

zoek van Jansen et al. (2005) om thuis nog eens na te lezen. De sessie wordt afgesloten met de eerder beschreven *kleurenweegschaal*. Dit is meestal een heftig moment. Van tevoren wordt niet verteld dat de weegschaal alleen kleuren bevat en geen getallen. Na aanvankelijke schrik, aarzeling en/of weerstand reageert de patiënt vaak met een mengeling van wantrouwen, verwarring, verrassing en opluchting. Het wantrouwen gaat bijvoorbeeld over het idee dat de therapeut stiekem weet welk gewicht bij welke kleur hoort. De verwarring, verrassing en/of opluchting zijn goede ingangen om automatische negatieve cognities en bijbehorende gevoelens ter discussie te stellen.

Sessie 1

Deze sessie is grotendeels **educatief** van karakter. Er wordt uitleg gegeven over de werking en het belang van exposure en besproken dat de komende negen sessies gewerkt gaat worden met lichaams-exposure. De lichaams-exposure wordt gedaan met een spiegel en in een latere fase met een video. Daarbij wordt verteld dat huiswerk een belangrijk onderdeel is van de lichaams-exposure. Aan het eind van iedere bijeenkomst zal de patiënt opdrachten krijgen om thuis mee te oefenen. Vervolgens wordt aan de hand van de rationale een uitgebreide onderbouwing gegeven voor de gehanteerde methode van lichaams-exposure tijdens de komende sessies.

Huiswerk

Het huiswerk bestaat uit het lezen van het schriftelijk voorlichtingsmateriaal en het dagelijks oefenen met het denken aan een positieve uitspraak over het eigen lichaam. Deze positieve uitspraak is tijdens de sessie uitgereikt en staat vermeld op een strook papier waarvan de kleur correspondeert met de kleur die de kleurenweegschaal heeft aangegeven.

Sessie 2

In deze sessie worden zes tot acht lichaamsdelen geselecteerd om tijdens de exposure mee aan het werk te gaan. Dit zullen lichaamsdelen zijn die relatief gezien de hoogste waardering hebben gekregen op de BCS.

Van de geselecteerde lichaamsdelen wordt een **aparte hiërarchielijst** gemaakt waarbij wordt uitgegaan van het gegeven: hoe hoger op de lijst des te minder negatieve gedachten en afkeer het lichaamsdeel oproept en des te makkelijker het daardoor is ernaar te kijken. Vervolgens wordt het stappenplan om met deze lichaamsdelen aan de slag te gaan doorgenomen. Met stappenplan wordt bedoeld: de opbouw van de lichaams-exposure ten aanzien van de geselecteerde lichaamsdelen (bijvoorbeeld de volgorde en de hoeveelheid van lichaamsdelen per sessie) en de volgorde van het gebruik van de spiegel en de video gedurende de komende sessies.

Vervolgens wordt in deze sessie begonnen met een **korte oefening**. De patiënt krijgt de opdracht om zonder spiegel erbij het lichaamsdeel dat boven aan de hiërarchielijst staat drie minuten lang zo positief mogelijk te beschrijven. De sessie wordt afgesloten met de kleurenweegschaal.

Huiswerk

Oefenen met positief beschrijven van het lichaamsdeel waarmee lichaams-exposure is gedaan in deze sessie. Dagelijks oefenen met het denken aan een positieve uitspraak over het eigen lichaam. Deze uitspraak staat op een strook papier waarvan de kleur correspondeert met de kleur die de kleurenweegschaal heeft aangegeven.

Sessies 3 t/m 5

Met behulp van de spiegel vindt lichaams-exposure plaats volgens het stappenplan.

De patiënt wordt gevraagd de aandacht voor de spiegel selectief te richten op het uitgekozen lichaamsdeel. Tegelijkertijd krijgt de patiënt de opdracht dit lichaamsdeel zo positief mogelijk te beschrijven. Relativerende, negatieve en/of neutrale beschrijvingen worden door de therapeut gecorrigeerd.

Elke sessie wordt weer afgesloten met de kleurenweegschaal.

Huiswerk

Oefenen met het positief beschrijven van het lichaamsdeel dat in de sessie centraal stond, met en zonder spiegel. Dagelijks oefenen met een positieve uitspraak over het eigen lichaam (kleurenweegschaal).

Sessies 6 t/m 9

Naast lichaamsexposure met de spiegel wordt ook de video ingezet. (Voor verdere inhoud zie beschrijving boven van sessie 3 t/m 5).

Ook wordt lichaamsexposure ingezet door middel van heteroconfrontatie. De patiënt wordt gevraagd om met foto's (bijvoorbeeld een collage maken) of videobeelden de aandacht te richten op lichaamsdelen van anderen die als lelijker dan die van zichzelf worden beoordeeld.

Elke sessie wordt wederom afgesloten met de kleurenweegschaal. Aan het eind van sessie 9 wordt aan de patiënt gevraagd om de vragenlijsten over lichaamsbeleving nog een keer in te vullen.

Huiswerk

Oefenen met kijken in een spiegel en positief beschrijven van het lichaamsdeel dat in de sessie centraal stond. Dagelijks oefenen met positieve uitspraak over het eigen lichaam (kleurenweegschaal). Oefenen met anders kijken naar anderen in van tevoren uitgekozen situaties.

Sessie 10: Evaluatie

Daarbij worden de uitkomsten van de vragenlijsten met betrekking tot lichaamsbeleving uitgebreid vergeleken en besproken.

Daarbij worden de uitkomsten van de vragenlijsten met betrekking tot lichaamsbeleving uitgebreid vergeleken en besproken.

Bijlage 2: Aangepast protocol

Aangepast protocol lichaamsexposure op positief beleefde lichaamsdelen

Intake

- Intake 1

Kennismaking

Vragenlijsten invullen en doornemen

MUV	Mijn Uiterlijk vragenlijst (hiërarchie)
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BCS	Body Cathexis Scale (hiërarchie)

Uitvragen spiegelchecken of vermijden.

- Intake 2

Anamnese lichaamsbeleving -> tekenen van een levenslijn met de belangrijkste life-events en dit bespreken.

Sessie 1

- Uitleg (lichaams) exposure
- Bespreken gebruik van spiegel, foto's en huiswerk
- Elke week opdrachten mee om thuis te oefenen
- Rationale voor de methode lichaamsexposure
- Meegeven schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Onderzoek A. Jansen (2006).
 - Huiswerk: Lezen schriftelijk voorlichtingsmateriaal.

Sessie 2

- Selectie 6 tot 8 lichaamsdelen uit de BCS en MUV vragenlijst.

Deze hebben de hoogste waardering gekregen. Hoe hoger op de hiërarchielijst des te minder negatieve gedachten en afkeer van het lichaamsdeel en dus makkelijker om er naar te kijken. Spiegelen van makkelijk naar moeilijk.
- Vervolgens wordt er gekeken naar de volgorde van de lichaamsdelen en hoeveel lichaamsdelen (max. 2) er per sessie worden gespiegeld.
- Korte oefening: *zonder* spiegel het lichaamsdeel dat bovenaan de hiërarchie staat beschrijven volgens de spiegelregels (3 minuten). Subjective Units of Distress (SUD)Scoren op een tienpuntsschaal, 0 is geen spanning, 10 is maximaal. Op drie momenten wordt de SUD gemeten, voor - tijdens - na het spiegelen om te meten hoe hoog de spanning of angst is. Belangrijk dat de angst/spanning daalt in het kader van desensitisatie. De angst om in de spiegel te kijken dooft uit gedurende de sessie.
 - Huiswerk: Oefenen met positief beschrijven van het lichaamsdeel waarmee lichaamsexposure is gedaan in deze sessie.

Sessie 3 t/m 5

- Met behulp van een passpiegel vindt lichaamsexposure plaats volgens de hiërarchie.
- Houd als begeleider de SUD bij! Voor, tijdens en na afloop wordt de hoogte van de spanning gevraagd.
- Pt moet zich houden aan de spiegelregels:
 1. Focussen op het gekozen lichaamsdeel
 2. Geen verkleinwoorden
 3. Positief! Geen verkleinwoorden, relativerende en/of neutrale beschrijvingen.
 - Huiswerk: Oefenen met positief beschrijven van het lichaamsdeel wat centraal stond, met en zonder spiegel.

Sessie 6 en 7

- Spiegelen van het hele lichaam volgens de hiërarchie.
- Exposure m.b.v. heteroconfrontatie. Anders leren kijken naar anderen.

Stukje soap laten zien. Patiënt beschrijft wat aan zijn uiterlijk positiever is dan bij de acteur.

Toepassen in dagelijkse leven. Wat is mooier aan mijzelf?
- Introductie foto's. Patiënt neemt foto's van zichzelf mee en beschrijft deze positief.
 - Huiswerk:
 - Oefenen met spiegelen, lichaamsdeel wat centraal stond en van afgelopen sessies.
 - In uitgekozen situaties oefenen met anders kijken naar de ander.
 - Collage maken van foto's uit tijdschriften. Bij elke foto aanwijzen wat mooier is aan jezelf en beschrijven volgens de spiegelregels. Focus blijft bij de uitgekozen punten hiërarchie.

Sessie 8

Wederom invullen van de vragenlijsten!

Sessie 9

Evaluatie.

Vergelijking vragenlijsten.

Bijlage 3: Informed consent

Amsterdam, juli 2011

Geachte mevrouw/mijnheer,

U bent op onze polikliniek aangemeld wegens Body Dysmorphic Disorder. In onze instelling loopt een onderzoek waaraan wij u willen vragen mee te werken. In deze brief willen wij u informatie geven over het doel van het onderzoek, de te gebruiken onderzoeksprocedure en de voor- en nadelen ervan. Met behulp van deze informatie kunt u beslissen of u aan het onderzoek wilt deelnemen.

Achtergrondinformatie

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is een stoornis in de lichaamsbeleving. Het is een chronische en ernstige psychiatrische stoornis waar volgens recent onderzoek tussen 3-8 % van de Nederlandse populatie aan lijdt.

BDD is een stoornis die relatief nog maar weinig onderzocht is. Wat tot nu toe uit onderzoek naar voren komt is dat de meest effectieve benadering voor behandeling de combinatie is tussen antidepressiva en cognitieve gedragstherapie. Onder cognitieve gedragstherapie valt exposure therapie waarbij de patiënt blootgesteld wordt aan situaties die angst oproepen in plaats van te vermijden. Het doel van exposure is dat u minder gevoelig wordt voor angstige situaties en uw angsten probeert te overwinnen.

Binnen psychomotorische therapie (PMT) wordt veelvuldig gebruik gemaakt van exposure door middel van spiegel- en/of videoconfrontatie om de verstoorde lichaamsbeleving gunstig te beïnvloeden.

Wanneer deze oefeningen herhaaldelijk worden uitgevoerd leert en went u te kijken naar uw eigen lichaam zodat u minder angst en spanning ervaart.

Klassieke spiegeltechnieken waren voornamelijk gericht op negatief beleefde lichaamsdelen waarbij geprobeerd werd om een realistischer en minder negatief lichaamsbeeld te bewerkstelligen.

Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit te betwijfelen valt omdat negatieve gevoelens na spiegelexposure toenamen. De stemming daalde drastisch.

Uit experimenteel onderzoek blijkt dat patiënten met eetstoornissen voornamelijk kijken naar negatieve lichaamsdelen en nauwelijks hun aandacht vestigen op wat mooi is aan zichzelf. Bij het vergelijken met andere vrouwen focussen vrouwen met eetstoornissen op wat mooier is bij de ander. Vrouwen zonder eetstoornissen deden het omgekeerde, ze zien bij zichzelf voornamelijk de mooie lichaamsdelen. Bij het vergelijken met andere vrouwen zien ze de negatieve lichaamsdelen. Op deze manier houden vrouwen zonder eetstoornissen zichzelf 'gezond'. Hieruit wordt geconcludeerd dat behandeling erop gericht zou moeten zijn op het ontwikkelen van een positieve aandachtsbias, een zogenaamde 'roze bril'.

Op basis van dit onderzoek is een protocol ontwikkeld waarbij een (spiegel)techniek wordt toegepast door het kijken naar positief beleefde lichaamsdelen. Hierbij wordt u getraind om de aandacht te richten op mooie lichaamsdelen zodat de stemming gelijk blijft.

Het onderzoek waarvoor uw medewerking wordt gevraagd

Omdat er een grote overlap is tussen BDD en eetstoornissen en voorgaande onderzoeken gericht waren op eetstoornissen is het zinvol om nader onderzoek te doen naar het effect van het protocol spiegelexposure op positief beleefde lichaamsdelen specifiek bij BDD.

De gang van zaken tijdens het onderzoek

Na de intake met uw arts wordt er gekeken of u in aanmerking komt voor individuele spiegelexposure. U wordt bij de PMT gevraagd om voorafgaand aan de behandeling drie vragenlijsten in te vullen die te maken hebben met de lichaams(on)tevredenheid (MUV), de lichaamswaardering (BCS) en het vermijdingsgedrag (BDDE). Aan het einde van de behandeling wordt u nogmaals gevraagd om dezelfde vragenlijsten in te vullen. Het protocol neemt 12 wekelijkse sessies in beslag. Er wordt gebruik gemaakt van spiegelexposure, foto's of videobeelden. Er wordt gevraagd of u thuis opdrachten wilt maken en of u een grote spiegel aan wilt schaffen.

Voordelen en nadelen

Meedoen aan de studie betekent dat u een bijdrage levert aan de verdere ontwikkeling van een effectieve behandelmethode bij BDD. Dit zou kunnen opleveren dat wij beter begrijpen hoe en met welke behandeling we klachten van de stoornis in de lichaamsbeleving beter kunnen behandelen.

Wij verwachten niet dat dit onderzoek voor u nadelen zal hebben.

Vrijwilligheid van deelname

U bent geheel vrij om al of niet aan dit onderzoek mee te doen. Verder heeft u altijd het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname aan het onderzoek. Een beslissing om uw medewerking te beëindigen zal geen nadelige gevolgen hebben op uw verdere behandeling en geen invloed hebben op de zorg en aandacht waarop u in ons ziekenhuis recht hebt.

Bedenktijd

Wij adviseren u voldoende tijd te nemen om erover na te denken of u aan dit onderzoek wilt meewerken. Ook zult u er wellicht met anderen over willen praten. Hiervoor krijgt u uiteraard de gelegenheid.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

De gegevens die in het kader van dit onderzoek over u verzameld worden, zullen vertrouwelijk worden behandeld. De gegevens worden op aparte formulieren ingevuld, waarop alleen een nummer en voor het onderzoek van belang zijnde gegevens staan.

In publicaties zal uw naam niet terug te vinden zijn. Wanneer het nodig is om de juistheid van de genoteerde gegevens te controleren, kunnen de ingevulde formulieren door daartoe bevoegde buitenstaanders vergeleken worden met de gegevens in uw ziekenhuisdossier. Dit kunnen vertegenwoordigers van overheidsinstanties (bijvoorbeeld de Inspectie voor de gezondheidszorg) of bevoegde inspecteurs van een buitenlandse overheid zijn. Ook de leden van de medisch-ethische toetsingscommissie hebben recht op inzage. Zij kunnen hiervan gebruik maken om de kwaliteit van het onderzoek na te gaan.

Als u instemt met deelname, geeft u tegelijk toestemming tot deze vertrouwelijke inzage in uw medische gegevens.

Verzekering

Voor eventuele schade die het gevolg is van het onderzoek is in overeenstemming met de wettelijke vereisten een verzekering afgesloten. Indien u meent schade te hebben opgelopen, dan kunt u hierover ook contact opnemen met uw arts. Voor verdere informatie over de verzekering verwijzen wij u naar de desbetreffende bijlage.

Het contactadres van de verzekeringsmaatschappij is:

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centramed B.A., Postbus 191, 2270 AD Voorburg.

Nadere informatie

Mocht u na het lezen van deze brief, voor of tijdens de onderzoeksperiode, nog nadere informatie willen ontvangen of komen er nog vragen bij u op dan kunt u altijd contact opnemen met de uitvoerder van het onderzoek, Simone Slaghekke psychomotorisch therapeut, telefonisch te bereiken via 020-8913875.

Ondertekening informed consent

Als u besluit mee te werken, dan zullen wij u vragen een formulier te ondertekenen. Hiermee bevestigt u uw voornemen om aan het onderzoek mee te werken. U blijft de vrijheid behouden om wegens voor u relevante redenen uw medewerking te stoppen.

De behandelend arts zal het formulier eveneens ondertekenen en bevestigt daarmee dat hij u heeft geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief met bijlage(n) heeft overhandigd en bereid is om waar mogelijk in te gaan op nog opkomende vragen.

Verklaring tot deelname aan het onderzoek

Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie:

Het effect van lichaamsexposure op positief beleefde lichaamsdelen bij Body Dysmorphic Disorder

Ik heb kennis genomen van de informatiebrief over het onderzoek. Er is mij uitgelegd wat het doel en de opzet van deze studie zijn. Ik heb voldoende tijd gehad om mijn deelname te overdenken en vragen te kunnen stellen over deelname aan dit onderzoek. Ik begrijp dat deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment mijn toestemming in kan trekken.

Ik stem in met deelname aan het onderzoek, wat inhoudt dat ik zal deelnemen aan individuele lichaamsexposure bij BDD. Ook geef ik hierbij toestemming om mij in de toekomst opnieuw te benaderen voor deelname aan onderzoek.

Naam deelnemer:.....

Geboortedatum:.....

Datum:.....Plaats:.....

Handtekening:.....

Ik verklaar bovengenoemde deelnemer adequaat te hebben geïnformeerd (zowel mondeling als schriftelijk middels de informatiebrief) over de inhoud het onderzoek en de mogelijke nadelige gevolgen. De gegeven informatie heb ik hierbij afgestemd op de persoonlijke situatie van de deelnemer.

Naam onderzoeker:.....

Datum:Plaats:

Handtekening:.....

Bijlage 4: Verzekeringsverklaring

U bent gevraagd deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. Overeenkomstig de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen heeft de AMC Medical Research B.V. voor medisch-wetenschappelijk onderzoek een verzekering afgesloten die door het onderzoek veroorzaakte schade door dood of letsel van de proefpersoon dekt.

- Dit betreft schade die zich tijdens of binnen vier jaar na de deelname aan onderzoek openbaart en gemeld is binnen 4 jaar na beëindiging van de deelname aan het onderzoek.
- Het bedrag waarvoor de verzekering is afgesloten bedraagt € 450.000 per proefpersoon, met een maximum van €3.500.000 voor het gehele onderzoek en € 5.000.000 voor schade ten gevolge van medisch-wetenschappelijk onderzoek die per verzekeringsjaar wordt gemeld.

De verzekering biedt dekking voor schade:

- voor schade tengevolge van de verwezenlijking van de aan deelname aan het wetenschappelijk onderzoek verbonden risico's waarover men niet schriftelijk is ingelicht;
- voor schade tengevolge van de verwezenlijking van de risico's waarover de deelnemer wél is ingelicht, maar die zich in ernstiger mate voordoet dan is voorzien;
- voor schade tengevolge van de verwezenlijking van de risico's waarover de deelnemer wél is ingelicht, maar die zeer onwaarschijnlijk werd geacht.

De verzekering biedt geen dekking voor schade:

- voor schade die het gevolg is van het uitblijven van een vermindering van de gezondheidsproblemen van de proefpersoon, dan wel het gevolg is van de verdere verslechtering van de gezondheidsproblemen, indien de deelname aan het wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt in het kader van de behandeling van die gezondheidsproblemen;
- voor schade door aantasting van de gezondheid van de proefpersoon waarvan aannemelijk is dat deze zich ook zou hebben geopenbaard wanneer de proefpersoon niet aan het onderzoek had deelgenomen;
- voor schade tengevolge van deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek waarbij in de kring van beroepsgenoten gebruikelijke handelingen op het gebied van de geneeskunst met elkaar worden vergeleken en aannemelijk is dat de schade het gevolg is van de toegepaste handelingen;
- voor schade die zich bij een nakomeling van de proefpersoon openbaart als gevolg van een nadelige inwerking van het onderzoek op de proefpersoon of de nakomeling;
- voor schade die het gevolg is van het niet of niet volledig opvolgen van aanwijzingen en instructies door de proefpersoon, indien de proefpersoon daartoe althans in staat is.

De verzekering dekt uitsluitend de schade van natuurlijke personen.

De dekking van specifieke schades en kosten is tot bepaalde bedragen beperkt.

Om aanspraak te kunnen maken op schadevergoeding dient de proefpersoon in geval van vermeende schade als gevolg van het onderzoek dit te melden aan:

naam verzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Centramed B.A.

adres verzekeraar: Postbus 191, 2270 AD Voorburg.

polisnummer: 620.872.806

Voorts wordt de proefpersoon verzocht dienaangaande contact op te nemen met prof. dr. D.A.J.P Denys (020-8913649)

YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS) voor BODY DYSMORPHIC DISORDER

Algemene Instructie en Interview

Oorspronkelijke versie:

Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., DeCaria, C., & Goodman, W.K. (1997). A severity rating scale of body dysmorphic disorders: Development, reliability and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 17-22.

Nederlandse bewerking en vertaling met toestemming van de auteur:

Dr. T.K. Bouman (Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen)

Dr. Y.R. van Rood (Leids Universitair Medisch Centrum)

2001 BDD Y-BOCS / 1

Algemene instructie

Dit interview is een vertaling van de BDD Y-BOCS ontwikkeld door Phillips et al. (1997) welke weer een variant is van de oorspronkelijk Y-BOCS voor patiënten met een obsessief compulsieve stoornis. Het interview heeft tot doel de ernst en de aard van de symptomen van patiënten met *Body Dysmorphic Disorder* (BDD) te meten. Body Dysmorphic Disorder wordt gedefinieerd als een preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid of kleine afwijking aan het uiterlijk, zoals dunner wordend haar of een grote neus. Het betreft een semi-gestructureerd interview, waarbij de interviewer de items in de aangegeven volgorde dient af te nemen en de vragen dient te stellen zoals zij staan weergegeven. Het staat de interviewer vrij om aanvullende vragen te stellen ter verduidelijking. In het algemeen is een *score* afhankelijk van wat de patiënt zegt, maar de uiteindelijke score is gebaseerd op het klinisch oordeel van de interviewer. De score kan worden genoteerd op het bijgevoegde scoreformulier. De vragen hebben steeds betrekking op de periode van *de afgelopen week tot het moment van het interview*. De scores moeten een weergave zijn van het gemiddeld aantal keren dat elk item in de afgelopen week is voorgekomen.

Extra informatie door anderen (bijvoorbeeld echtgeno(o)te(e) of ouder(s) wordt alleen betrokken bij de beoordeling door de interviewer als deze van mening is dat:

1. dergelijke informatie van wezenlijk belang is voor het vaststellen van de ernst van de symptomen, en
 2. dezelfde informant iedere keer dat de BDD Y-BOCS wordt afgenomen aanwezig is waardoor men verzekerd is van een consistente wekelijkse rapportage.
- Alvorens te beginnen met het interview, geeft de interviewer eerst een omschrijving van "BDDgedachten" en "BDD-handelingen":

"Ik zal u eerst uitleggen waar dit interview over gaat. Het interview gaat over de gedachten en handelingen die verband houden met de ontevredenheid of onzekerheid over uw uiterlijk."

GEDACHTEN:

"BDD-gedachten zijn akelige ideeën, gedachten, beelden of neigingen die regelmatig bij u opkomen. Het kan zijn dat ze tegen uw wil lijken op te treden. Ze kunnen weerzinwekkend voor u zijn, het kan zijn dat u ze zinloos vindt, of dat u vindt dat ze niet bij u horen. Een voorbeeld is de steeds terugkerende gedachte dat uw buik er niet goed uitziet".

HANDELINGEN:

"Daarnaast zijn er handelingen of gedragingen waarvoor u een aandrang voelt om ze uit te voeren, hoewel u weet dat het onzinnig of overdreven is. Het kan zijn dat u zich soms probeert te verzetten tegen het uitvoeren van de handelingen, maar dit blijkt moeilijk te zijn. Het kan ook zijn dat u zich net zo lang gespannen of ongemakkelijk voelt totdat u de handelingen helemaal heeft uitgevoerd. Een voorbeeld is dat u steeds de behoefte voelt om in de spiegel te kijken en uw buik te controleren. De meeste handelingen zijn duidelijk waar te nemen, maar sommige zijn onzichtbaar omdat ze in het hoofd plaatsvinden, zoals stilzwijgend controleren, of iedere keer wanneer u een akelige gedachte heeft gehad een bepaald zinnetje of woord tegen uzelf zeggen."

Het dient na deze uitleg duidelijk te zijn dat de patiënt de omschrijvingen begrijpt.

"Dan zal ik nu beginnen met het stellen van de vragen. In totaal gaat het over 12 onderwerpen. Ik zal beginnen met een aantal vragen over uw gedachten."

De interviewer start vervolgens met het interview.

Omcirkel voor elk item het getal met het bijbehorende antwoord dat het beste de patiënt karakteriseert gedurende **de afgelopen week**. BDD Y-BOCS / 2

1. Hoeveelheid tijd die besteed wordt aan gedachten over de lichamelijke onvolkomenheid

*"Hoeveel tijd kosten uw **GEDACHTEN** (bijbehorende gedragingen niet inbegrepen) over de onvolkomenheid in uw uiterlijk (zoals uw gezicht, neus, haar, huid, borsten, of handen?)"*
of
"Hoeveel tijd kost het (besteedt u aan het) denken over de afwijking of onvolkomenheid in uw uiterlijk (zoals uw gezicht, neus, haar, huid, borsten, of handen?)"

0 = GEEN

1 = LICHT (< 1 uur per dag)

2 = MATIG (1 - 3 uur per dag)

3 = ERNSTIG (3 - 8 uur per dag)

4 = EXTREEM (> 8 uur per dag)

2. Hinder door gedachten over de lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoe erg hinderen uw **GEDACHTEN** u in uw omgang met anderen of in uw dagelijkse bezigheden? Zijn er dingen die u nalaat of die u niet kunt doen vanwege deze gedachten?"*

0 = GEEN

1 = LICHT: lichte hinder in sociale of beroepsmatige activiteiten, maar het algemeen functioneren is niet verminderd.

2 = MATIG: duidelijke mate van hinder in sociaal of beroepsmatig functioneren, maar nog wel hanteerbaar

3 = ERNSTIG: veroorzaakt aanzienlijke beperking in sociaal en beroepsmatig functioneren.

4 = EXTREEM: onmogelijk om sociaal en beroepsmatig te functioneren

3. Spanning vanwege gedachten over de lichamelijke onvolkomenheid.

*Hoeveel spanning veroorzaken uw **GEDACHTEN** over de onvolkomenheid in uw uiterlijk?*
(Scoor storende gevoelens of angst die door deze gedachten worden veroorzaakt, niet algemene angst of gespannenheid in verband met andere symptomen).

0 = GEEN

1 = LICHT, niet zo storend

2 = MATIG en storend maar nog wel hanteerbaar

3 = ERNSTIG en heel storend

4 = EXTREEM en invaliderend lijden

4. Verzet tegen gedachten over de lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoeveel moeite doet u om zich tegen deze **GEDACHTEN** te verzetten? Hoe vaak probeert u de gedachten te negeren of uw aandacht ergens anders op te richten als deze in u opkomen?"*

(Scoor alleen pogingen tot verzet, NIET het succes of falen om deze ook daadwerkelijk onder controle te krijgen. De hoeveelheid verzet die de patiënt biedt, hoeft niet samen te hangen met de mogelijkheid deze onder controle te krijgen.)

0 = DOET ALTIJD MOEITE: doet altijd moeite zich tegen deze gedachten te verzetten of de klachten zijn zo beperkt dat verzetten niet nodig is

1 = DOET MEESTAL MOEITE: doet meestal moeite zich tegen de gedachten te verzetten

2 = DOET SOMS MOEITE: doet soms moeite zich tegen de gedachten te verzetten

3 = GEEFT TOE MET TEGENZIN geeft toe aan de gedachten zonder zich te verzetten maar met enige tegenzin

4 = GEEFT ZICH GEWILLIG EN VOLLEDIG OVER: geeft zich gewillig en volledig over aan al dergelijke gedachten zonder zich te verzetten

BDD Y-BOCS / 3

5. Mate van controle over gedachten met betrekking tot de lichamelijke onvolkomenheid

*"Hoeveel controle heeft u over uw **GEDACHTEN** over uw lichamelijke onvolkomenheid? Hoe succesvol bent u in het stoppen of afwenden van deze gedachten? (of, hoe goed slaagt u erin om deze gedachten te stoppen of aan iets anders te denken?)"*

0 = VOLLEDIGE CONTROLE: of geen noodzaak tot beheersing omdat er nauwelijks gedachten zijn.

1 = VEEL CONTROLE: meestal in staat deze gedachten met enige inspanning en concentratie te stoppen of af te wenden (of aan iets anders te denken)

2 = MATIGE CONTROLE: soms in staat deze gedachten te stoppen of af te wenden (of, aan iets anders te denken).

3 = WEINIG CONTROLE: zelden succesvol in het stoppen van gedachten; kan alleen met moeite aandacht afwenden (of, aan iets anders denken).

4 = GEEN CONTROLE: wordt ervaren als geheel onvrijwillig; zelden in staat om zelfs maar even de aandacht af te wenden (of aan iets anders te denken)
"NU VOLGEN ENKELE VRAGEN OVER UW GEDRAG."

6. Tijd besteed aan activiteiten gerelateerd aan de lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoeveel tijd besteedt u aan **ACTIVITEITEN** die te maken hebben met uw bezorgdheid of ontevredenheid over uw uiterlijk of lichamelijke onvolkomenheid?"*

(Bijvoorbeeld --maar niet beperkt tot-- controleren in de spiegel, proberen de onvolkomenheid te verbergen, het raadplegen van plastisch chirurg of huidarts, of het ondergaan van operaties om het defect te corrigeren)?

Lees de lijst met activiteiten voor en ga na welke van toepassing zijn

- in spiegels kijken of in andere glimmende oppervlakten
- kleren herschikken of speciale kleren uitkiezen
- uiterlijke verzorging, zoals borstelen, poetsen, en schoonmaken
- make-up gebruiken
- camoufleren met kleding of andere dingen
- nauwkeurig het uiterlijk van anderen observeren of het eigen uiterlijk vergelijken met dat van anderen
- anderen vragen naar hun mening over uw uiterlijk
- plukken aan de huid, epileren en dergelijke
- betasten of aanraken van de plek
- andere activiteiten

0 = GEEN

1 = LICHT (< 1 uur per dag)

2 = MATIG (1 - 3 uur per dag)

3 = ERNSTIG (3 - 8 uur per dag)

4 = EXTREEM (> 8 uur per dag)

7. Hinder door activiteiten gerelateerd aan de lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoe erg hinderen bovengenoemde **ACTIVITEITEN** u in uw omgang met anderen of in uw werkzaamheden?"*

0 = GEEN

1 = LICHT: lichte hinder in sociale en beroepsmatige activiteiten maar algemeen functioneren is niet verminderd

2 = MATIG: duidelijke hinder in sociaal of beroepsmatig functioneren

3 = ERNSTIG: veroorzaakt aanzienlijke vermindering in sociaal of beroepsmatig functioneren

4 = EXTREEM: invaliderend

BDD Y-BOCS / 4

8. Spanning door gedragingen die verband houden met lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoe zou u zich voelen als u deze **ACTIVITEITEN** niet kon uitvoeren? (pauzeer) Hoe gespannen zou u dan worden?"*

0 = NIET

1 = LICHT: alleen lichte mate van spanning als het gedrag niet uitgevoerd wordt of lichte spanning tijdens het uitvoeren van het gedrag

2 = MATIG: vertelt dat de spanning zal stijgen maar wel hanteerbaar zal blijven als het gedrag niet uitgevoerd zou worden of dat de spanning toeneemt maar wel hanteerbaar blijft tijdens het uitvoeren van het gedrag

3 = ERNSTIG: duidelijk aanwezig en een heel verontrustende toename van spanning als het gedrag wordt onderbroken, of duidelijk aanwezige en verontrustende toename van spanning tijdens het uitvoeren van het gedrag.

4 = EXTREEM: invaliderende spanning bij elke ingreep die erop gericht is de activiteit te wijzigen, of invaliderende spanning tijdens het uitvoeren van het gedrag dat gerelateerd is aan de lichamelijke onvolkomenheid

9. Verzet tegen gedragingen die verband houden met de lichamelijke onvolkomenheid.

*"Hoeveel moeite doet u om zich tegen deze **ACTIVITEITEN** te verzetten?"*

(Hoeveel verzet de patiënt biedt, hoeft niet samen te hangen met zijn/haar mogelijkheid deze onder controle te krijgen.)

0 = DOET ALTIJD MOEITE: doet altijd moeite zich tegen deze gedragingen te verzetten of de klachten zijn zo beperkt dat verzetten niet nodig is

1 = DOET MEESTAL MOEITE: doet meestal moeite zich te verzetten

2 = DOET SOMS MOEITE: doet soms moeite zich te verzetten

3 = GEEFT TOE MET TEGENZIN: geeft toe aan de gedragingen zonder zich te verzetten

maar met enige tegenzin

4 = GEEFT ZICH VOLLEDIG EN GEWILLIG OVER: geeft zich gewillig en volledig over aan al dergelijke gedragingen zonder zich te verzetten

10. Mate van controle over de gedragingen die verband houden met de lichamelijke onvolkomenheid.

"Hoe sterk is de aanvechting of drang om deze handelingen uit te voeren?" (pauzeer) "Hoeveel controle heeft u over deze handelingen?"

0 = VOLLEDIGE CONTROLE: of controle is niet noodzakelijk omdat symptomen licht zijn.

1 = VEEL CONTROLE: aanvechting of drang het gedrag uit te voeren, maar meestal in staat er vrijwillig controle over uit te oefenen.

2 = MATIGE CONTROLE: sterke aanvechting of drang om het gedrag uit te voeren; kan het slechts met moeite weerstaan.

3 = WEINIG CONTROLE: hele sterke aanvechting of drang om het gedrag uit te voeren; moet helemaal uitgevoerd worden; kan het slechts met moeite uitstellen

4 = GEEN CONTROLE: aanvechting of drang om het gedrag uit te voeren; het gedrag wordt als totaal onvrijwillig ervaren; nauwelijks in staat om de activiteit zelfs maar voor een kort moment uit te stellen. BDD Y-BOCS / 5

ADDITIONELE ITEMS

"TENSLOTTE NOG TWEE VRAGEN"

11. Inzicht

"Is het mogelijk dat uw lichamelijke onvolkomenheid minder opvalt of minder lelijk is dan u denkt dat het is?"

"Hoe overtuigd bent u ervan dat [lichaamsdeel] zo onaantrekkelijk is als u denkt?"

"Kan iemand u ervan overtuigen dat het er niet zo erg uit ziet als u denkt dat het eruit ziet?"

0 = UITSTEKEND INZICHT: volledig rationeel.

1 = GOED INZICHT: erkent gemakkelijk de absurditeit of onredelijkheid van gedachten of handelingen, maar lijkt niet compleet overtuigd dat er (naast de spanning) niets is om zich zorgen over te maken.

2 = REDELIJK INZICHT: geeft met tegenzin toe dat de gedachten of gedragingen onredelijk lijken, maar twijfelt; kan bepaalde onrealistische angsten hebben, maar geen vaste overtuigingen.

3 = SLECHT INZICHT: houdt vol dat gedachten en handelingen niet onredelijk zijn.

4 = GEEN INZICHT, WAAN: absoluut overtuigd dat zorgen en gedrag redelijk zijn, en ongevoelig voor bewijzen van het tegendeel.

12. Vermijding

"Vermijdt u het om dingen te doen, om ergens heen te gaan, of bij anderen te zijn vanwege uw gedachten of gedragingen die te maken hebben met uw lichamelijke onvolkomenheid?"

Zo ja, vraag dan:

"Hoe sterk vermijdt u?"

(Scoor de mate waarin de patiënt welbewust probeert dingen te vermijden.)

0 = GEEN OPZETTELIJKE VERMIJDING

1 = LICHT: minimale vermijding

2 = MATIG: enige vermijding is duidelijk aanwezig

3 = ERNSTIG: veel vermijding

4 = EXTREEM: zeer uitgebreide vermijding; bijna alle activiteiten worden vermeden

"Dit waren alle vragen en hiermee beëindigen we het interview. Ik dank u voor uw medewerking."

Bijlage 6: Met dank aan:

- Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam
- Pelle de Koning, psychiater AMC
- Mariska Mantione, psycholoog AMC
- Mia Scheffers, onderzoekscoach Master opleiding PMT
- Michel Welman, partner