

Body dysmorphic disorder

INLEIDING

Body dysmorphic disorder (BDD) is het obsessief bezig zijn met het uiterlijk, terwijl er voor een ander weinig tot geen afwijkingen te zien zijn. Pas in de negentiende eeuw kwam er in de psychiatrie aandacht voor stoornissen in de lichaamsbeleving, die voor het eerst in 1891 als aandoening werden beschreven door Morselli. Hij definieerde 'dysmorphophobia' als de angst voor misvorming die uiteindelijk tot wanhoop leidt. In 1903 beschreef Janet het obsessieve karakter. In de DSM-III is 'dysmorphofobie' voor het eerst opgenomen als een atypische somatoforme stoornis. De DSM-IV (2000) omschreef BDD als een somatoforme stoornis.¹ In de DSM-5 (2013) is BDD, vanwege de klinische en neurobiologische overeenkomsten met de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), geschaard onder de 'obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen'.² BDD komt veel voor en wordt nog onvoldoende herkend. Deze nascholing geeft een actueel overzicht van de symptomen, prevalentie, diagnostiek, etiologie en behandeling van BDD in de dagelijkse praktijk.

Casus

Mevrouw A, een vrouw van 24 jaar, meldt zich op uw spreekuur met klachten van acne. Ze vindt haar huid lelijk en onregelmatig. Sinds haar puberteit heeft ze last van acne en de klachten zijn de laatste jaren verder toegenomen. Het kost haar uren per dag om haar huid zo te verzorgen en te voorzien van make-up dat ze überhaupt de deur uit kan.

Samenvatting

Klatte JL, Vulink NC, Kemperman PMJH. Body dysmorphic disorder. *Huisarts Wet* 2016;59(1):20-3.

Body dysmorphic disorder (BDD) is een psychiatrische aandoening waarbij de patiënt obsessief bezig is met een minimaal of niet bestaand defect van het uiterlijk. Deze patiënten zijn gepreoccupeerd met een afwijking van bijvoorbeeld de huid, het haar of de neus, terwijl een ander de afwijking niet of nauwelijks ziet. De preoccupatie kan ernstig lijden en suicidaliteit tot gevolg hebben. De patiënten komen meestal bij een dermatoloog of plastisch chirurg terecht, die deze stoornis vaak niet herkent. Invasieve interventies (operatief ingrijpen, laserbehandelingen) kunnen echter een negatieve uitkomst hebben. Het stellen van enkele screenende vragen kan de kans op detectie van BDD vergroten. Selectieve serotonineheropnameremmers of cognitieve gedragstherapie zijn effectief gebleken als behandeling. Vroege herkenning en juiste verwijzing zijn daarom belangrijk, een multidisciplinaire aanpak kan hierbij zinvol zijn.

Ze durft zich niet meer op haar werk te vertonen en schaamt zich hevig. Ze is ervan overtuigd dat collega's haar op haar werk aanstaren en er onderling opmerkingen over maken. Ze is hierdoor somber en heeft doodsgedachten. Ze is al eens bij een dermatoloog geweest, maar verschillende behandelingen resulteerden anamnestic niet in vermindering van de klachten. Mevrouw wil opnieuw een verwijzing, maar naar een andere dermatoloog. Bij doorvragen blijkt dat de patiënte tot veertig keer per dag in de spiegel of spiegelende oppervlakken (auto- en winkelruiten) kijkt. Ze voelt meermaals per dag aan haar huid om te voelen of er onregelmatigheden zijn. Verder vergelijkt ze haar huid met die van celebrities in tijdschriften en op tv of met mensen op straat. Ook vraagt ze meermaals per dag geruststelling aan haar vriend of ouders en vermijdt ze het om mensen recht aan te kijken, zodat ze niet met afkeurende blikken zal worden geconfronteerd.

KLINIEK

Het belangrijkste symptoom bij BDD is de obsessie met of waanachtige overtuiging van een beperkt of vermeend defect van het uiterlijk. In werkelijkheid is de afwijking voor een ander nauwelijks of niet waarneembaar. De meestvoorkomende preoccupaties betreffen de huid, het haar of de neus, maar het kan om elk ander lichaamsdeel gaan [tabel 1].³ Een deel van de patiënten heeft ziekte-inzicht, maar meestal is dit afwezig en is er sprake van een waan. Ongeveer 40% van de patiënten met BDD denkt gedurende 3 tot 8 uur per dag actief aan het betreffende lichaamsdeel en 25% langer dan 8 uur per dag.⁴ Compulsief gedrag als kijken in de spiegel, overmatig krabben aan de huid (*skin-picking*) en camoufleren komt voor bij 90% van de patiënten met BDD. Ander veelvoorkomend repetitief gedrag is overmatige lichaamsverzorging, de huid bruinen en excessief sporten.⁴ Sommige patiënten vermijden alle spiegels en reflecterende oppervlakten, maar er zijn ook patiënten die hun uiterlijk compulsief urenlang in de spiegel controleren. De relatie tussen gedachten en repetitieve gedragingen bij BDD is vergelijkbaar met die tussen dwanggedachten (obsessies) en dwanghandelingen (compulsies) bij OCS. BDD-symptomen leiden tot beperkingen in het sociaal functioneren en een slechte kwaliteit van leven. Zo worden werk, relaties en andere sociale situaties vermeden omdat een patiënt met BDD

De Kern

- Body dysmorphic disorder (BDD) is een psychiatrische aandoening die zonder de juiste behandeling ernstig lijden kan veroorzaken.
- Patiënten raken geobsedeerd met een vermeend of minimaal defect van de huid, het haar of de neus.
- Aan de hand van een paar simpele vragen kan screening plaatsvinden om de huidige onderdiagnostiek te voorkomen.
- Behandeling met selectieve serotonineheropnameremmers en cognitieve gedragstherapie laat een goede respons zien bij BDD.

Tabel 1 De meestvoorkomende preoccupaties³

Lichaamsdeel	Percentage	Voorbeelden
Huid	80%	Littekens, acne, pigmentaties
Haar	57,5%	Haarverlies, overmatig gezichts- of lichaamshaar
Neus	39%	Vorm of grootte

bang is dat anderen hem lelijk vinden of zullen uitlachen. Dit kan leiden tot een ernstige depressie, werkloosheid of schooluitval.⁵ Van de patiënten met BDD heeft ongeveer 80% suïcidale gedachten en heeft een kwart een suïcidepoging gedaan.⁶

PREVALENTIE

BDD komt relatief veel voor. De gerapporteerde prevalentie in de algemene populatie varieert van 0,7 tot 2,4%. In een studentenpopulatie heeft men een duidelijk hogere prevalentie gevonden van 4 tot 28%, waarbij ook patiënten met eetstoornissen zijn betrokken.^{5,7,8} Het aantal gevallen in de eerste lijn is niet bekend. Patiënten komen voor behandeling van de vermeende stoornis voornamelijk bij de somatisch specialist terecht. Bij een vragenlijstonderzoek naar het voorkomen van BDD in een Nederlands academisch ziekenhuis was de prevalentie 8,5% op de polikliniek dermatologie, 3,2% bij de plastische chirurgie en 10% bij de kaakchirurgie.^{9,10} In internationale onderzoeken liggen deze cijfers hoger.¹¹ De variatie in prevalentie is deels te verklaren door verschillen in methodologie en populaties. Er is geen verschil in het voorkomen tussen mannen en vrouwen.⁹ BDD komt zowel voor bij kinderen van vijf, als bij ouderen van tachtig jaar. Deze aandoening zien we het meest tijdens de adolescentie en de gemiddelde ziekteduur is zestien jaar. Comorbiditeit is er voornamelijk met middelenmisbruik, depressie, sociale fobie en obsessieve-compulsieve stoornissen [tabel 2]. Ruim de helft van de patiënten heeft daarnaast een persoonlijkheidsstoornis.³

Diagnostiek

Huisartsen en medisch specialisten zijn er vaak niet van op de hoogte dat deze problematiek bij een patiënt speelt. Dit komt doordat patiënten er uit schaamte niet over spreken of doordat artsen de aandoening niet herkennen. Screenen of er bij een patiënt sprake is van BDD kan aan de hand van de symptomen in [tabel 3] – er bestaat bijvoorbeeld een buitensporige bezorgdheid over het uiterlijk en er is sprake van overdreven camoufleren. Wanneer een patiënt een of meer van deze symptomen vertoont, worden de klachten duidelijker door het stellen van een aantal screenende vragen [tabel 4]. Bijvoorbeeld: “Wordt u in beslag genomen door de bezorgdheid over uw uiterlijk?”

Tabel 2 Comorbiditeit bij BDD^{3,5,9}

Depressie	31-93%
Sociale angststoornis	11-43%
Middelenmisbruik	40%
Obsessieve-compulsieve stoornis	34-39%
Persoonlijkheidsstoornis	56,8%
Geen psychiatrische comorbiditeit	± 40%

Tabel 3 Diagnostiek BDD: checklist aanwijzingen voor BDD^{5,11}

Buitensporige bezorgdheid over het uiterlijk
Beperking in het functioneren
Skin-picking
Overdreven camoufleren
Gedragsstoornissen, zoals continu vragen om bevestiging van anderen over het uiterlijk, of buitensporige verzorging
Het idee dat anderen bijzondere aandacht voor je uiterlijk hebben
Ontevreden met een somatische behandeling
Ongebruikelijke of buitensporige verzoeken om cosmetische behandeling
Het geloof dat een cosmetische behandeling het leven zal veranderen of alle problemen zal oplossen

Uit deze vragen kan blijken in hoeverre de stoornis stress en angst veroorzaakt en of deze het sociaal functioneren van de patiënt beperkt.¹⁰ [Tabel 4] beschrijft tevens de bijpassende DSM-5-criteria. De DSM-5 beschrijft BDD als een van de obsessieve-compulsieve en gerelateerde stoornissen, samen met de obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis), trichotillomanie (haartrekstoornis), skin-picking (huidpukstoornis) en verzamelwoede. Het voldoen aan de DSM-5-criteria of de aanwezigheid van ernstige klachten in combinatie met beperkingen in het sociaal functioneren is reden om een patiënt door te verwijzen voor behandeling. Soms is verwijzing naar een psychiater een te grote stap en kan verwijzing naar een psychodermatologiespreekuur uitkomst bieden. Het is belangrijk dat de huisarts de ernst van het lijden erkent – discussie over het wel of niet bestaan van een (ernstig) defect is doorgaans niet constructief.

ETIOLOGIE

De neurobiologische achtergrond van BDD is nog niet geheel opgehelderd. Zowel het serotonerge als het dopaminerge systeem zou bij deze aandoening betrokken zijn. Een gunstig effect van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij patiënten met BDD wijst op betrokkenheid van het serotonerge systeem. Ook heeft men een verergering van de BDD-symptomen gezien bij een tryptofaandepletie (voorloper van serotonine). De betreffende onderzoeken laten echter alleen een indirect bewijs zien voor de relatie tussen het serotonerge systeem en BDD. Welke rol serotonine in de pathogenese van

Abstract

Klatte JL, Vulink NC, Kemperman PMJH. Body dysmorphic disorder. *Huisarts Wet* 2016;59(1):20-3.

Body dysmorphic disorder (BDD) is a mental disorder by which the patient is obsessed with a perceived or minor defect in appearance, usually affecting the skin, hair, or nose, a defect hardly or not seen by others. This obsession can cause severe suffering and suicidality. Most patients consult a dermatologist or plastic surgeon; however, BDD often goes unrecognized. Invasive interventions, such as surgery or laser therapy, can have a negative outcome. The likelihood of detecting BDD is greatly increased by asking patients a few screening questions. Treatment with selective serotonin reuptake inhibitors or cognitive behavioural therapy has proven effective. For this reason, early recognition of BDD and adequate referral are important, and in this respect a multidisciplinary approach may be useful.

Tabel 4 Screenende vragenlijst, diagnostiek BDD^{5,11}

Vragen	DSM-criterium
1. Bent u heel bezorgd over uw uiterlijk, in het bijzonder met betrekking tot de aandoening waarvoor u komt?	Een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk
2. Wordt u door die bezorgdheid over uw uiterlijk in beslag genomen? Dat wil zeggen: denkt u hier veel aan en is het moeilijk voor u om er niet aan te denken?	Preoccupatie met de onvolkomenheid
3. Heeft uw afwijking in belangrijke mate uw school/studie, uw baan of uw algemeen functioneren beïnvloed?	Beperkingen in het algemeen functioneren
4. Heeft uw afwijking u veel spanning, kwelling of pijn bezorgd? Hoeveel?	Preoccupatie veroorzaakt significant lijden
5. Heeft uw afwijking in belangrijke mate uw sociale leven beïnvloed?	Beperkingen in de sociale omgang

BDD speelt, is nog niet bekend.¹² Bevindingen afkomstig uit neuropsychologisch onderzoek suggereren dat patiënten met BDD zich te veel op details of visuele stimuli concentreren. Dit komt overeen met de klinische bevinding dat patiënten met BDD zich overmatig concentreren op kleine details van het uiterlijk, wat leidt tot obsessies met minimale of niet bestaande gebreken aan het uiterlijk.^{4,12}

Een observationeel onderzoek naar genetische factoren liet zien dat 8% van de patiënten met BDD een eerstegraads-familieelid heeft met BDD.¹³ Een ander onderzoek toonde aan dat 7% van de patiënten met BDD een eerstegraadsfamilieelid heeft met OCD. Deze onderzoeken wijzen erop dat erfelijke en genetische factoren en rol kunnen spelen bij het ontstaan van BDD en dat er een gedeelde erfelijkheid is voor BDD en OCD.¹²

BEHANDELING

Patiënten met BDD komen meestal bij de somatisch specialist terecht, aangezien ze sterk overtuigd zijn van de ernst van hun vermeende defect en aandringen op een somatische behandeling. De specialist herkent de aandoening vaak niet en de patiënt kan grote druk uitoefenen om hoe dan ook een behandeling te krijgen. Zelden gaat een patiënt zelf op zoek naar psychiatrische hulp. Het effect van de cosmetische behandeling van de klacht is vaak teleurstellend. Een groot deel van de patiënten, 68 tot 81%, gaat op zoek naar een volgende niet-psychiatrische behandeling uit ontevredenheid over de eerste behandeling.¹⁴

Medicamenteuze behandeling

Behandeling met medicatie is geïndiceerd voor patiënten die volledig aan de DSM-criteria voldoen, bij wie de klachten ernstig genoeg zijn en als ze suïcidaal zijn. De SSRI's fluoxetine en clomipramine zijn de meest onderzochte medicijnen voor BDD. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat SSRI's een gunstig effect hebben, met een gemiddelde respons van 63%.¹⁵⁻²⁰

Tabel 5 Gemiddelde effectieve doseringen van SSRI's bij BDD^{4,5}

Medicatie	Gemiddelde dosering
Citalopram	50 mg per dag
Clomipramine	140 mg per dag
Escitalopram	30 mg per dag
Fluoxetine	60 mg per dag
Fluvoxamine	> 200 mg per dag

Effect van SSRI's en behandelduur

Een behandeling met SSRI's heeft als effect dat obsessies en compulsies minder vaak voorkomen, dat patiënten meer afstand kunnen nemen van obsessies en dwanghandelingen, en dat ze het gevoel krijgen dat ze het compulsieve gedrag beter kunnen controleren. Daarnaast nemen angst- en stemmingsklachten af.^{14,20} Bij de bestaande onderzoeken kregen de patiënten een relatief hoge dosis van het middel. Meer onderzoek moet uitwijzen wat de beste dosering is. Ook zijn SSRI's nog niet met elkaar vergeleken. [Tabel 5] geeft een overzicht van de voor BDD effectieve SSRI's en de gemiddelde voorgeschreven doseringen.^{5,14,21} Het advies is een minimale behandelperiode van twaalf weken om het effect vast te stellen. Indien er na die periode geen effect zichtbaar is, kan men overgaan op een andere SSRI. Het verschilt per individu welke SSRI het gewenste effect behaalt. Omdat de symptomen na het staken met SSRI's vaak terugkomen is het belangrijk om patiënten telkens weer te motiveren om het medicament te blijven gebruiken.^{20,21} Bij patiënten met minder ernstige symptomen en patiënten die elke verwijzing weigeren, kan de huisarts zelf behandeling met SSRI's introduceren.

Niet-medicamenteuze behandeling

Cognitieve gedragstherapie laat bij BDD een goede respons zien en richt zich vooral op de symptomen. Onderzoek liet een significante verbetering zien bij cognitieve herstructurering, *exposure*, responspreventie en psycho-educatie. Cognitieve gedragstherapie wordt individueel en in groepen gegeven; beide vormen blijken effectief te zijn.^{20,22}

Tips voor huisartsen

Wanneer de patiënt de drempel voor verwijzing naar de psychiater of psychodermatologie te hoog vindt, kan de huisarts ook overwegen de patiënt zelf te behandelen, al dan niet samen met de POH-ggz. Onderstaande tips kunnen hierbij helpen.

- Vertel de patiënt dat hij of zij een probleem heeft met het lichaamsbeeld dat past bij BDD, en dat het een goed behandelbare aandoening is die veel mensen hebben.
- Keur de zorgen over het uiterlijk niet af. Bedenk dat deze patiënten enorm lijden en dat afkeuren of negeren van de zorgen het lijden in veel gevallen zal vergroten. Leg uit dat de overmatige zorgen worden veroorzaakt door het probleem met het eigen lichaamsbeeld.

- Patiënten met BDD denken dat het beeld dat zij van hun uiterlijk hebben normaal is. Het is daarom zinloos om te proberen patiënten ervan te overtuigen dat hun denkbeelden irrationeel of ingebeeld zijn. Overweeg om te vertellen dat uw beeld van hun uiterlijk verschilt van dat van hen, maar probeer ze niet van uw gelijk te overtuigen.
- In het geval van skin-picking is het zinloos om simpelweg te adviseren om ermee te stoppen, want dat zal de patiënt alleen maar meer frustreren. Het is een dwanghandeling waarover de patiënt weinig controle heeft. Het kan helpen om te vertellen dat het een symptoom is van BDD en dat het behandelbaar is.
- Veel patiënten zullen aandringen op verwijzing voor cosmetische behandeling, terwijl de resultaten van chirurgische behandeling vaak onbevredigend zijn. U kunt vertellen dat uit onderzoek is gebleken dat de resultaten van chirurgische behandeling bij BDD meestal teleurstellend zijn en de zorgen over de vermeende afwijking zelfs kunnen vergroten.

BESCHOUWING

Uit de hoge prevalentie van patiënten met BDD die bij de dermatoloog of plastisch chirurg een cosmetische behandeling krijgen, blijkt dat het belangrijk is om de opsporing van deze aandoening te verbeteren. De huisarts en de medisch specialist spelen hierbij een belangrijke rol. Uit onderzoek blijkt echter ook dat van de patiënten die wel een psychiatrische behandeling krijgen slechts 20% daarmee doorgaat. Dit kan echter per behandelcentrum verschillen.²³ De uitdaging ligt dus niet alleen in het screenen, maar ook in het motiveren voor een psychiatrisch behandeltraject. Wanneer de patiënt verwijzing naar de psychiater een te grote stap vindt, kan behandeling door een multidisciplinair team, al dan niet in de vorm van een psychodermatologisch spreekuur, uitkomst bieden.²⁴ Wanneer ook de drempel hiervoor te hoog is, kunnen huisartsen overwegen om de patiënt zelf te behandelen, op basis van de eerdergenoemde adviezen.

CONCLUSIE

De body dysmorphic disorder is een veelvoorkomende psychiatrische aandoening, die zonder behandeling een chronisch beloop heeft en tot ernstig lijden en disfunctioneren kan leiden. Patiënten met BDD komen vooral bij de dermatoloog, plastisch chirurg of kaakchirurg terecht. Meestal herkennen artsen de aandoening echter niet en krijgen patiënten een cosmetische behandeling. Patiënten met BDD hebben baat bij een medicamenteuze behandeling met SSRI's en/of gespecialiseerde cognitieve gedragstherapie. Het is belangrijk dat men BDD vroegtijdig herkent en patiënten adequaat doorverwijst. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij zinvol. ■

LITERATUUR

- 1 Van de Koolwijk-van Bentum AM, Wilmink FW. 'Niet om aan te zien' Ontstaansgeschiedenis en plaatsbepaling van de stoornis in de lichaamsbeleving. *Tijdschr Psychiatrie* 2002;44:677-86.
- 2 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
- 3 Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46:317-25.
- 4 Bjornsson AS, Didie ED, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:221-32.
- 5 Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care* 2002;29:99-111.
- 6 Phillips KA. Suicidality in body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry* 2007;14:58-66.
- 7 Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics* 2002;43:486-90.
- 8 Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-9.
- 9 Vulink NC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CA, Westenberg HG, Denys D. Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken dermatologie en plastische chirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:97-100.
- 10 Vulink NC, Rosenberg A, Plooi JM, Koole R, Bergé SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac surg* 2008;37:985-91.
- 11 Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology Patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:436-41.
- 12 Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body dysmorphic disorder: neurobiologic features and an updated model. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* 2013;42:184-91.
- 13 Bienvenu O, Samuels J, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000;48:287-93.
- 14 Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body image* 2008;5:13-27.
- 15 Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein DF. Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *Am J Psychiatry* 1989;146:768-70.
- 16 Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:165-71.
- 17 Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:715-20.
- 18 Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:177-9.
- 19 Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:381-8.
- 20 Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD005332.
- 21 Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician* 2008;78:217-22.
- 22 Vulink NC, Denys D. Body dysmorphic disorder (stoornis in de lichaamsbeleving). *Tijdschr Psychiatrie* 2005;47:21-7.
- 23 Hundscheid T, Van der Hulst RR, BP Rutten, Leue C. Stoornis in de lichaamsbeleving bij patiënten binnen de cosmetische chirurgie. *Tijdschr Psychiatrie* 2014;56:514-22.
- 24 Evers AW, Crijns MB, Kemperman PM. Een inkijk in de psychodermatologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A5659.