



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Knippen en peuteren. Geluk en wijsheid in een cognitieve behandeling van dysmorphofobie

Else de Haan*

Samenvatting

Voor de behandeling van dysmorphofobie zijn twee werkzame methoden bekend. Het ontbreekt therapeuten echter aan duidelijke criteria op grond waarvan zij voor de ene of de andere methode moeten kiezen. Daarbij komt dat een patiënt met een dysmorphofobie van zijn 'lelijkheid' verlost wil worden en daarom niet snel overtuigd is van het nut van psychotherapie. Bij de behandeling van een patiënte die vond dat haar gezicht ontsierd werd door pukkels, speelden beide problemen. Via trial and error werd een effectieve behandelmethode gevonden. In de beschouwing wordt de vraag besproken waarom deze methode effect had. Ook wordt de vraag gesteld of met cognitieve therapie altijd een rationelere manier van denken moet worden beoogd.

Inleiding

Een patiënt met een dysmorphofobie (*body dysmorphic disorder*) wendt zich meestal niet in eerste instantie tot een psychotherapeut om zijn problemen te verhelpen. De meeste patiënten zijn voor hun bezoek aan de psychotherapeut al bij verschillende artsen geweest, meestal een dermatoloog of een plastisch chirurg. Hun gang naar de psychotherapeut is dan ook vaak niet helemaal van harte. Zij willen van hun 'lelijkheid' verlost worden en kunnen zich (terecht) niet voorstellen wat een psychotherapeut daaraan kan verhelpen. Een patiënt met een dysmorphofobie is ervan overtuigd dat hij of zij er vreselijk uitziet. Zijn neus is niet goed, of zijn huid of zijn haar. Vaak gaat het om kleine nauwelijks opvallende afwijkingen, zoals een enkel pukkeltje, of een iets te grote neus. Anderen valt niets op, maar de patiënt wordt beheerst door de overtuiging een vreselijk uiterlijk te hebben, waardoor een normaal leven niet mogelijk is. Veel patiënten vermijden sociale situaties om zich maar niet te hoeven vertonen, gaan niet meer naar school of naar hun werk om dezelfde reden. Hun dag is gevuld met controles, pogingen het gebrek te verdoezelen met bijvoorbeeld grote hoeveelheden make-up, en doktersbezoek (Hollander & Aronowitz, 1999).

Uit een overzicht van vijftig patiënten met een dysmorphofobie (Veale et al., 1996a) blijkt dat een kwart van de patiënten met een dysmorphofobie één of meer operaties heeft ondergaan. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat het merendeel van de patiënten problemen heeft met het gezicht (86%). Van hen is bijna de helft ontevreden over de neus, ruim een derde over het haar en nog eens een derde over de huid.

* DR. E. DE HAAN is psycholoog/psychotherapeut, verbonden aan De Argonaut, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Postbus 12474, 1100 AL Amsterdam. Tel: 020 5667357. E-mail: E.deHaan@amc.uva.nl.

Hoewel de dysmorfofobie in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wordt beschreven bij de somatoforme stoornissen, wordt deze door verschillende auteurs opgevat als een stoornis uit het spectrum van de obsessieve-compulsieve stoornissen (Hollander & Phillips, 1993). Deze stoornis zou, met andere woorden, op een dwangstoornis lijken. Er zijn (dwang)gedachten over de lichamelijke afwijking of het lelijke voorkomen, er kunnen controlehandelingen zijn, zoals voortdurend in de spiegel kijken en om geruststelling vragen, en er is vermijdingsgedrag. Uit onderzoek waarbij patiënten met een dwangstoornis vergeleken worden met patiënten met een dysmorfofobie, blijken beide groepen vergelijkbare scores te hebben op een vragenlijst die dwangsymptomatologie meet (Y-BOCS, Goodman e.a., 1989a; Goodman e.a., 1989b). De intensiteit van de obsessies en de dwanghandelingen zijn vergelijkbaar evenals, vreemd genoeg, de mate waarin er weerstand aan wordt geboden en de mate van controle (Phillips et al., 1998). Hoewel de klinische impressie is dat patiënten met een dysmorfofobie hun dwanggedachten en controlehandelingen, anders dan patiënten met een dwangstoornis, egosyntoon beleven, wordt dit in dit onderzoek niet bevestigd. Vanwege de gelijkenis wordt dysmorfofobie behandeld met technieken die ook voor de behandeling van een obsessieve-compulsieve stoornis worden gebruikt: *exposure* en responspreventie en cognitieve technieken. De patiënt moet worden blootgesteld aan de stimuli die controles en geruststellingsvragen oproepen, of die vermeden worden. Zo kan de patiënt de opdracht krijgen zich onder de mensen te begeven zonder make-up, zonder controles en zonder geruststelling te vragen (McKay et al., 1997). Bij *exposure in vivo* concentreert de patiënt zich op dat deel van zijn lichaam of gezicht waar hij zo over inziet en overdrijft de lelijkheid ervan. Ook kan hij zich voorstellen hoe anderen er opmerkingen over maken (McKay et al., 1997). Daarnaast wordt cognitieve therapie toegepast. Hier ligt de nadruk op het veranderen van de cognities van de patiënt zoals: 'Ik ben lelijk, ik ben alleen iets waard als ik perfect ben', enzovoort. Uit gecontroleerd onderzoek blijkt dat deze behandeling significant positieve resultaten heeft op de klachten (Veale et al., 1996b).

Het is begrijpelijk dat een patiënt niet meteen enthousiast is voor een behandeling die hem niet van zijn gebrek of zijn lelijkheid zal afhelpen, maar die er nog een schepje bovenop zal doen met *exposure* en responspreventie-oefeningen, en waarbij hem geleerd gaat worden dat zijn *gedachten* niet in orde zijn in plaats van zijn neus of zijn haar. De kans is groot dat de therapeut te maken krijgt met een 'ongemotiveerde' patiënt. Patiënten komen vaak ook niet geheel uit eigen wil, maar worden gestuurd door hun huisarts of door gezinsleden. Zij gaan naar de psychotherapeut omdat er geen andere oplossing is.

In dit artikel wordt de behandeling van een patiënte met zo'n dysmorfofobie beschreven. Zij had een aantal vergeefse behandelingen achter de rug, waaronder een bezoek aan de dermatoloog. Zij was niet erg geporteerd voor een behandeling waarbij haar 'afwijking' bleef bestaan en zij slechts anders leerde denken of haar afwijking leerde te aanvaarden. Zij ging naar de psychotherapeut omdat ze nergens anders heen kon. Bij haar behandeling speelde een tweede probleem: de beslissing over de te volgen behandelstrategie. Dit probleem is niet specifiek voor dysmorfofobie, maar speelt bij alle klachten waarvoor meerdere werkzame strategieën beschreven zijn. Als we bijvoorbeeld te maken hebben met een angstige patiënt die veel vermijdt, beginnen we dan met *exposure* in verband met het vermijdingsgedrag, of met cognitieve therapie omdat de patiënt in rampenscenario's denkt? Tot nu toe is er nauwelijks iets bekend

over individuele bijzonderheden en daarop toegesneden behandelstrategieën. Naar twee behandelstrategieën voor de dwangstoornis is veel onderzoek gedaan: exposure met responspreventie en cognitieve therapie. Maar ook daar is niet duidelijk voor wie welke strategie het meest geschikt is (Van Oppen et al., 1995). Hetzelfde geldt voor de behandeling van andere stoornissen. Hoewel we weten dat er individuele verschillen zijn en dat de ene therapievorm de ene patiënt meer aanspreekt dan de andere, hebben we voor beslissingen hierover niets anders dan onze intuïtie (en natuurlijk de wens van de patiënt). Dit betekent helaas dat dit nogal eens mis gaat. Bij de hier beschreven patiënte gebeurde dat ook.

De geringe motivatie van de patiënte en de problemen bij het vaststellen van de juiste behandelstrategie werden ten slotte tot ieders tevredenheid opgelost. Hoe dat gebeurde valt in het volgende te lezen. In de beschouwing zal een poging worden gedaan te verklaren waarom eerdere behandelingen niet lukten.

Janna, voorgeschiedenis

Janna is 25 jaar. Sinds vijf jaar is zij extreem bezorgd om haar uiterlijk. De problemen zijn begonnen toen het haar tijdens een vakantie opviel dat ze meer pukkels had dan de vriendinnen met wie ze de reis ondernam. Zij begon met het uitknijpen van de pukkels en het wegkrabben van de korstjes die ontstonden na het uitknijpen. Sindsdien bleef zij op de huid van haar gezicht letten, totdat dit een obsessioneel karakter kreeg. Zij bleef knijpen en peuteren zodra ze een pukkeltje of korstje zag. Dit veroorzaakte na verloop van tijd steeds meer littekens, hetgeen de obsessies rond haar gezicht nog verder deed toenemen.

Haar vriend bleef haar door dik en dun steunen, maar kon weinig verandering in de situatie brengen. Hij putte zich uit in geruststellingen en vertelde haar vaak dat hij haar mooi vond, maar dit overtuigde haar niet. Haar ouders steunden haar in eerste instantie. Zij stelden haar gerust en ving haar op als ze in paniek was. Maar na verloop van tijd gaven zij hun inspanningen op. Ze hadden te veel drama's met haar meegemaakt, terwijl ze zich toch al niet in haar probleem konden verplaatsen. Zij namen haar kwalijk dat ze om niets haar leven zo verpestte en haar relatie op het spel zette, en staakten hun steun.

De huisarts stuurde Janna naar een dermatoloog. Ze had gehoopt dat deze haar voorgoed van iedere pukkel en andere oneffenheid zou afhelpen. Dit bleek niet het geval. Een behandeling bij de Riagg en een behandeling in een particuliere praktijk daarna hadden evenmin succes. Ondertussen namen de klachten in hevigheid toe. Janna werd depressief en had geregeld aanvallen, waarbij zij volledig in paniek raakte en niet meer tot bedaren te brengen was. Zij werkte maanden niet (ze is secretaresse op een groot advocatenkantoor). Haar gezicht was lange tijd gehavend door het voortdurende geknijp en gepeuter. Zij werd aangemeld voor opname, maar niet aangenomen. Hierna werd ze naar een andere Riagg verwezen (ze was inmiddels verhuisd). Zij werd toegewezen aan een gedragstherapeut. Die gaf haar de opdracht om alle keren dat ze aan haar gezicht peuterde of kneep te registreren. Vervolgens stelde hij een straf- en beloningsprogramma in: voor iedere keer dat ze kneep of peuterde diende zij een gulden in een potje te stoppen, ten bate van een goed doel. Als ze niet gepeuterd of geknepen had, mocht ze het gespaarde bedrag gebruiken om er te zijner tijd iets moois van te kopen. Dit is een zelfcontrole-techniek (Hoogduin, 1980). Janna had er echter geen baat bij. Het vooruitzicht geld te moeten storten of iets moois te kunnen kopen, had geen enkele betekenis vergeleken met de bezorgdheid om haar uiterlijk en al helemaal niet als ze in een knijp- en peutersessie verviel. Niets, vond ze, kon haar weerhouden van controles en van

knijpen en peuteren, want niets was belangrijker dan dat. Na een jaar therapie ging Janna op zoek naar de volgende therapeut. Zij kwam bij de auteur van dit artikel terecht.

Situatie bij aanmelding

Janna controleert vrijwel de hele dag of zij pukkeltjes, korstjes of andere oneffenheden op haar gezicht heeft. Zij controleert door met haar vingers aan haar gezicht te voelen. Zodra ze een oneffenheid bemerkt gaat ze naar de spiegel voor nadere inspectie. Pukkeltjes en korstjes probeert ze te verwijderen, ook al weet ze dat dit alleen nog maar meer oneffenheden en rode plekken zal opleveren. Wanneer ze eenmaal met knijpen en peuteren is begonnen kan ze niet meer ophouden, ook al weet ze heel goed dat hiermee het probleem alleen maar groter zal worden. De knijp- en peutersessies ontaarden meestal in drama's. Janna raakt in paniek, ze krijgt huilbuien, roept tegen haar vriend dat ze er niet uitziet, durft het huis niet meer uit en is niet te kalmeren. Aan haar gezicht is overigens niets opvallends te zien. Slechts bij nauwkeurige inspectie, van dichtbij, zijn oneffenheden en littekentjes te ontdekken. Waar moet de behandeling zich nu op richten? Welk aspect van Janna's probleem is het belangrijkste? Janna heeft egosyntone obsessies. De gedachten 'Ik heb een pukkel' en 'Ik zie er niet uit', spoken geregeld door haar hoofd. Deze akelige gedachten kan zij alleen uitschakelen door controleren (voelen of naar de spiegel gaan). Als er bij zo'n controle niets aan de hand blijkt te zijn, is het probleem opgelost. Dit komt echter zelden voor. Bij de scrupuleuze controles van Janna komt er altijd wel een ongerechtigheid aan het licht die vervolgens zo hardhandig wordt aangepakt dat er alleen nog maar meer ongerechtigheden ontstaan. Moeten we het controleren en vooral het knijpen nu opvatten als dwanghandelingen die onprettig zijn, maar waarvan het resultaat in ieder geval voor korte tijd positief is (afname van angst en bezorgdheid dat ze er niet uitziet)? Dit zou juist zijn als het controleren de belangrijkste klacht was. Helaas is dit niet zo. Meestal zijn de controles slechts de eerste stap naar langdurige knijp- en peutersessies. De vraag is nu of het knijpen en peuteren dwanghandelingen zijn (akelig, maar met een prettig gevolg), of dranghandelingen (prettig, maar met een akelig gevolg). Hoewel Janna het knijpen haat en er geen enkel plezier aan zegt te beleven, valt het knijpen niet onder te brengen onder de dwangrituelen. Er is geen ritueel aan verbonden en ze bereikt er geen doel mee. Integendeel: Janna weet dat ze door het knijpen juist verder van haar doel verwijderd raakt. Waarschijnlijk moet het knijpen worden opgevat als een drang. Voor de behandeling maakt dit onderscheid overigens niets uit.

Behandeling

Besloten wordt dat een vorm van exposure moet plaatsvinden. De gedachte 'Ik heb een pukkel', en de daaropvolgende controles kunnen worden opgevat als cues voor het knijpen. Dit betekent dat Janna zich aan deze cues moet blootstellen. Controles voor de spiegel zijn waarschijnlijk te moeilijk voor de cue-exposure, omdat de stap naar daadwerkelijk knijpen erg klein is. De cue-exposure zal dan ook gericht worden op de gedachten 'Ik heb een pukkel'. De gang van zaken wordt uitvoerig met Janna doorgenomen: ze krijgt de opdracht om het aantal keren dat ze denkt dat ze een pukkel heeft en het aantal keren dat ze knijpt, te registreren. Als ze 's avonds thuis is, moet zij, zodra ze het idee krijgt dat ze een pukkel heeft, zich hierop concentreren, blijven denken dat ze een pukkel heeft en op de bank blijven zitten totdat het akelige gevoel zakt.

Het wordt een grote mislukking. Janna heeft er niets van begrepen. Ze wist de hele week lang niet wat ze daar op de bank moest doen. Zodra ze dacht dat ze een pukkel had, kon ze alleen maar bedenken dat ze dat niet wilde en naar de spiegel lopen om te knijpen. De uitleg dat angst afneemt als je hem verdraagt, was geheel langs haar heen gegaan. Met dezelfde onverzettelikheden waarmee ze de vorige therapieprogramma's als niet voor haar toepasbaar had verklaard, zegt zij dat deze aanpak niets voor haar is en dat deze therapeut er ook weer niets van begrepen heeft. Ze benadrukt nogmaals dat ze vooral geen pukkels wil hebben en dat ze de pech heeft voortdurend pukkels of andere oneffenheden op haar gezicht te hebben, waardoor ze vrijwel altijd ontoonbaar is.

De therapie moet anders aangepakt worden. Cognitieve therapie is de volgende stap. De theorie achter cognitieve therapie zegt Janna niet zoveel. Zij is ervan overtuigd dat de manier waarop zij denkt over pukkels of oneffenheden op haar gezicht niet zal veranderen. Ze wijst op alle pogingen die haar vriend, haar ouders en haar vrienden hierin al hebben ondernomen. Toch wil ze de therapeut tegemoetkomen. Ze gaat alles wat ze denkt als ze weer een pukkel of oneffenheid voelt, opschrijven. Tijdens de therapiesessie inventariseren we al haar gedachten rond het hebben van een pukkel:

'Ik wil er altijd op mijn mooist uitzien, dit geldt voor mijn gezicht, mijn haren, mijn kleren en voor mijn huis.

Ik wil geen oneffenheden hebben.

Mensen mogen niet zien dat ik heb gekrabbeld.'

Janna krijgt de opdracht mee om thuis en op haar werk ditzelfde te doen zodra ze een pukkel of oneffenheid voelt, ook al heeft ze het al eerder opgeschreven. Het moet elke keer opnieuw.

De volgende sessie verschijnt ze niet. Ze is gevangen in een knijp- en peuteraanval en kan niet komen. Ze belt wanhopig op. Ze krijgt de opdracht juist nu al haar gedachten op papier te zetten. De therapeut verwacht de volgende mislukte en meteen afgewezen behandelstrategie.

Bij de sessie daarna, een week later, blijkt Janna zich keurig aan de opdracht te hebben gehouden. Ze heeft zich 'rot' geschreven zoals ze zelf zegt. Het knijpen en peuteren is na het rampzalige voorval, waardoor de vorige sessie niet kon doorgaan, minder vaak voorgekomen.

De volgende stap in de therapie is het veranderen van cognities.

Janna gaat op instigatie van de therapeut na wat zij tegen haar gedachten en overtuigingen zou kunnen inbrengen. Haar eerste reactie is natuurlijk 'niets'. Daarom gaat zij vervolgens inventariseren wat anderen hiertegenin kunnen brengen, ook al vindt ze dit zelf onzin. We bespreken wat haar vriend, haar ouders en haar vriendinnen zouden kunnen zeggen en noteren dit. Met de opdracht ditzelfde thuis te doen, vertrekt ze.

Janna blijft in de tijd hierna haar opdrachten trouw uitvoeren. Ze voelt geregeld aan haar gezicht en ontdekt ook vaak pukkels en ongeregeldheden. Het lukt haar echter steeds vaker zonder geknijp en gepeuter bij de spiegel weg te komen. Haar gedachtedagboek houdt ze steeds bij. Ze verzint al snel niet meer wat anderen tegen haar gedachten zouden kunnen inbrengen, maar spreekt zichzelf toe. Vreemd genoeg heeft ze precies dezelfde opbeurende opmerkingen vaak van anderen gehoord. Toen werden die opmerkingen weggehoond, als op haar niet toepasbaar. Nu ze ze zelf verzint, helpen ze haar.

'Blijf er nu af, niemand ziet er wat van.

Als je er niet aan komt, gaat het veel sneller over.

Doe nu niet zo stom, straks wordt het alleen nog maar erger.'

Janna hervat haar oude leven. Zij werkt weer en vermijdt niet meer sociale situaties. Zij heeft nog weleens een terugval. Ze ontdekt dan een pukkeltje, knijpt langdurig en raakt in paniek. Zij kan dit echter zelf na verloop van tijd couperen. De behandeling wordt afgesloten. Bij follow-up na drie maanden functioneert Janna nog steeds goed.

Beschouwing

Eerdere behandelingen

In de eerste gedragstherapie werd het knijpen en peuteren opgevat als ongewenst gedrag dat bestraft werd. Bovendien werd een beloning afgesproken voor gewenst gedrag. Janna mocht iets moois voor zichzelf kopen als ze een bepaalde tijd niet geknepen of gepeuterd had. Dit werkte niet, omdat de straffen en beloningen voor Janna in geen verhouding stonden tot haar probleem, zowel wat betreft de ernst van het probleem, als de inhoudelijke logica. Met andere woorden: ze haalde haar schouders op over de boete die ze moest betalen als ze zou knijpen. Ze kneep en betaalde de boete. Ook de beloning sprak haar niet aan. Niet hoeven knijpen was een veel grotere beloning dan welk prachtig nieuw kledingstuk dan ook. Voorts begreep ze niet wat boetes betalen en mooie nieuwe kledingstukken te maken hadden met haar probleem. Het blijft de vraag of te weinig aandacht is besteed aan een verklaring van het therapeutisch principe, of dat de boetes en beloningen te laag waren of dat een verkeerde strategie is toegepast. Als het laatste juist is, betekent het dat het oeroude gedragstherapeutische principe van bekrachtiging en straf niet werkte. Veel gedragstherapeutische interventies zijn gebaseerd op een theorie die op het eerste gezicht de werking van de interventie aardig verklaart. Het wordt pas ingewikkeld als interventies die op dezelfde theorie zijn gebaseerd, helemaal niet effectief zijn. Dan wordt duidelijk dat met de theorie niet de gehele werkzaamheid van de interventie verklaard was. Net als straffen en belonen, is exposure bijvoorbeeld een gedragstherapeutische interventie die lang niet in alle gevallen werkzaam is (Van den Hout, 1996). De theorie waarop de interventie is gebaseerd, is niet bij machte de hele werkzame interventie te dicteren.

De belangrijkste reden waarom straffen en belonen bij onze patiënt niet werkte, was waarschijnlijk dat er voor haar geen inhoudelijk logische relatie bestond tussen haar klacht en de interventie. Zij leed aan iets, vond ze. In haar beleving had ze een ziekte,

waar ze zelf ook het liefst vanaf wilde. Sinds wanneer bestaat de genezing van ziekten uit straf en beloning?

De volgende interventie – exposure aan de gedachten die het knijpen en peuteren oproepen – werkte evenmin. Daar waren waarschijnlijk twee redenen voor. Exposure is lang niet altijd mogelijk wanneer het niet geleidelijk kan of wanneer er geen copingmogelijkheden zijn. In Janna's geval was de gedachte een pukkel te hebben onverdraaglijk. Er was geen gedachte te verzinnen die iets minder onverdraaglijk was. Net zo min konden er oplossingen gevonden worden waardoor de gedachten beter te verdragen waren. Bij sommige patiënten is de wetenschap dat de angst zal afnemen als hij verdragen wordt, voldoende motivatie om de exposure-opdracht vol te houden. Janna geloofde niet in dergelijke verklaringen, of de therapeut was niet bij machte dit geloofwaardig over te brengen. De tweede reden is het feit dat exposure aan gedachten moeilijk uit te voeren is. Hoewel het duidelijk was dat Janna moest leren dat het hebben van pukkels niet het einde van de wereld betekent, waren deze exposure-opdrachten niet de juiste weg tot dit inzicht.

'Cognitieve' interventie

We kunnen ons afvragen waarom Janna de schrijfoopdracht wel uitvoerde. De andere interventies kregen niet eens de kans hun nut te bewijzen. Janna paste ze niet toe. Misschien was het een gelukkige omstandigheid dat de therapeut de kans kreeg in te grijpen op een moment dat de problemen ook echt speelden. Als Janna geen afspraak had gehad, had ze waarschijnlijk niet gebeld en had het zoveelste drama zich kunnen ontwikkelen. Belangrijk daarbij was dat de opdracht haar cognities op te schrijven, aansloot bij haar opvattingen over wat er met haar mis was. Hoewel ze het liefst een marmergladde huid had en bij iedere ontdekking van het tegendeel in paniek raakte, wist ze ook wel dat dit een niet te realiseren wens was, en dat het haar ideeën en gevoelens hierover waren die onderwerp van behandeling moesten zijn. Het opschrijven van die ideeën en gevoelens sloot meer aan bij die opvatting dan straffen en belonen of de exposure-opdracht. Hoewel de relatie tussen de verwachtingen van een behandeling en het effect niet eenduidig is aangetoond (Van Dijck, 1986), lijkt hier een niet al te negatieve verwachting voorwaarde te zijn geweest om in elk geval aan de behandeling te beginnen.

Zijn met de therapie cognities veranderd, zodat daarna haar gedrag kon veranderen, of speelden er andere mechanismen? Men zou kunnen zeggen dat het opschrijven van de akelige gedachten (ik heb een pukkel, ik ben lelijk, iedereen ziet hoe walgelijk ik ben) een vorm van exposure is, of diende als responspreventie voor het knijpen. De eerste exposure aan de akelige gedachte werkte niet. Wellicht hadden we met de schrijfoopdracht een beter uitvoerbare vorm van exposure in handen.

Het kan ook zijn dat Janna's cognities zijn veranderd, waardoor alle controles en het geknijp en gepeuter niet meer nodig waren. Volgens Veale et al. (1996b) moeten patiënten, willen zij baat hebben bij cognitieve therapie, het cognitieve model over dysmorfofobie goed begrijpen. Ze moeten leren dat schoonheid subjectief is en dat mensen veel te complex zijn om alleen maar beoordeeld te kunnen worden op een defect in hun voorkomen. Zij moeten hun uiterlijk als één geheel leren zien en ze

moeten leren inzien dat hun uiterlijk slechts een onderdeel van henzelf is. Wanneer we echter kijken naar het zelfinzicht van onze patiënt is het de vraag of ze deze doelstellingen gehaald heeft.

Het doel van cognitieve therapie is tot andere cognities of interpretaties te komen. Hoewel dat nergens expliciet vermeld staat, blijkt uit de gehanteerde technieken en uit de beschreven voorbeelden dat die andere cognities meestal rationelere cognities moeten zijn. Het zou interessant zijn na te gaan in hoeverre patiënten echt rationeler leren denken. Zijn patiënten met een dysmorphofobie die verbeterd zijn, ook werkelijk tot bovenstaand inzicht gekomen? Bij Janna kunnen we ons dat afvragen. Evers (1988) beschreef de behandeling van twee patiënten met een dysmorphofobie, waarbij evenmin van de ratio gebruik gemaakt werd. De patiënten werden onderworpen aan een zogenaamde testprocedure. Medewerkers van de therapeut, niet op de hoogte van het probleem, werd verteld dat de patiënt ervan overtuigd was dat er iets aan zijn uiterlijk niet deugde. Hun werd gevraagd te raden wat dit gebrek of deze lelijkheid was. Bij de tweede patiënt, die vond dat hij er te jong en te vrouwelijk uitzag, werd medewerkers gevraagd de patiënt te bekijken en een opsporingsbericht samen te stellen. In beide gevallen werd er niets bijzonders opgemerkt. Met deze procedure veranderde de cognities van de patiënten.

Een volgende vraag is of we nu werkelijk vinden dat iedereen eigenlijk dit soort saaie algemene wijsheden, als beschreven door Veale et al. (1996b) erop na moet houden. Hebben we het in feite niet over handiger cognities voor mensen die er anders over denken en daar veel last van hebben? Als het inderdaad slechts handige cognities zijn, kunnen zij vervangen worden door iedere andere handige cognitie. Ook met behulp van andere strategieën dan de ratio kunnen deze bereikt worden. Daarvan is de boven beschreven casus een voorbeeld.

Abstract

In the treatment of dysmorphophobia, clinicians generally apply one of two treatment methods that are known to be effective. There are, however, no criteria to determine which method is to be used in what situation. Moreover, dysmorphophobic patients are hard to be convinced of the usefulness of psychotherapy. These two problems are described in the case of Janna, a young woman who was certain of her ugliness due to pimples and other facial irregularities. The effective treatment was found via trial and error. It is discussed why the treatment strategy was effective and, in a broader sense, whether cognitive therapy should always aim at a more rational way of thinking.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: APA.
- Appelo, M. (1999). *Van draaglast naar draagkracht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dijck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. *Academisch Proefschrift*. Rijksuniversiteit Leiden.
- Evers, R. (1988). Een behandeling voor dysmorphofobia. *Directieve Therapie*, 8, 326-336.

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. 1 Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. 11. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hollander, E., & Aronowitz, B. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 27-31.
- Hollander, E., & Phillips, K.A. (1993). Body image and experience disorders: Body dysmorphic and depersonalization disorders. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hoogduin, K. (1980) behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hout, M. van den (1996). Exposure, hoe en waarom het werkt. *Directieve Therapie*, 16, 308-315.
- McKay, D., Todaro, J., Neziroglu, F., Campisi, T., Mritz, E.K., & Yaryura-Tobias, J.A. (1997). Body dysmorphic disorder: a preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 67-70.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Phillips, K.A., Gunderson, C.G., Mallya, G., McElroy, S.L., & Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 568-575.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996a). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996b). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717-729.