



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Preoccupatie met het uiterlijk

Theo K. Bouman\*

---

## Samenvatting

*Preoccupatie met het uiterlijk is de spil van de stoornis in de lichaamsbeleving. De preoccupatie openbaart zich op verschillende terreinen, namelijk op attentioneel, cognitief, gedragsmatig en sociaal terrein, alsmede op dat van het geheugen. De auteur bespreekt de inhoud en mechanismen van deze aspecten en formuleert aanknopingspunten voor behandeling. Ondanks een toenemend aantal behandelstudies staat nog niet vast wat de beste aanpak is van de stoornis in de lichaamsbeleving.*

---

## Inleiding

### Marijke

*Werkelijk de hele dag is Marijke met haar uiterlijk bezig. 's Ochtends staat ze extra vroeg op om zich uitgebreid te douchen, heel zorgvuldig op te maken en vervolgens aan te kleden. In de loop van de dag, wanneer ze op kantoor is, bekijkt ze zichzelf vaak in een spiegel of in alles wat maar glimt. Als ze met haar collega's omgaat, is ze zich erg bewust van haar gezicht. Vooral de niet te stoppen groei van haartjes op haar bovenlip en van vlekken op de huid van haar gezicht maken haar erg onzeker. Wanneer ze zichzelf in de spiegel bekijkt, walgt ze soms van haar gezicht. Haar partner, Gerrit, en andere dierbaren zeggen dat ze er helemaal niet raar uitziet en dat hen die haartjes en vlekjes niet of nauwelijks opvallen. Marijke van haar kant begrijpt niet dat anderen het niet zien. Voor haar is het een overduidelijke en deprimerende realiteit.*

## Diagnostische criteria

In het leven van Marijke speelt het uiterlijk een grote rol. Tegelijkertijd wordt haar onvrede niet door anderen gedeeld. Als we op de informatie in het vignet afgaan, is het mogelijk om de diagnose Body Dysmorphic Disorder (verstoorde lichaamsbeleving; in het vervolg afgekort als BDD) te stellen. Wel moeten we andere stoornissen uitsluiten: anorexia nervosa, waanstoornis en een psychotisch beeld. BDD wordt in de DSM-IV-TR (APA, 2000) met een specifiek criterium omschreven, namelijk als een 'preoccupatie met een ingebeelde afwijking aan het uiterlijk. Wanneer een lichte fysieke afwijking aanwezig is, dan is de bezorgdheid duidelijk overmatig'. Aangezien ontevredenheid met (onderdelen van) het lichaam een veelvoorkomend verschijnsel is, vereist de DSM-diagnose verder dat de preoccupatie significante hinder moet veroorzaken op belangrijke terreinen van iemands leven.

---

\* DR. T.K. BOUMAN is verbonden aan de vakgroep Klinische en Ontwikkelingspsychologie van de Rijks Universiteit Groningen. Correspondentie: E-mail: t.k.bouman@ppsw.rug.nl.

## Preoccupatie in het klinische beeld

Zo'n beetje elk onderdeel van het uiterlijk kan bij een patiënt met verstoorde lichaamsbeleving het onderwerp van ontevredenheid en onzekerheid zijn. Het gezicht (en met name de neus) is één van de populairste onderdelen, maar zelfs lichaamsdelen die doorgaans aan het oog onttrokken zijn, zoals schaamlippen, kunnen een bron van zorg zijn. Hoewel aanvankelijk werd gedacht dat BDD nogal zeldzaam was, lijkt toch zo'n 1 tot 2% van de bevolking er aan te lijden. Vaak komt het in combinatie voor met andere stoornissen, zoals sociale fobie, depressie (en suïcidaliteit) en de obsessief-compulsieve stoornis. BDD gaat gepaard met een veelheid aan emoties, waaronder spanning en angst, maar ook kwaadheid, wanhoop en walging. Over de etiologie is niet zoveel bekend, hoewel zaken als perfectionisme, op jeugdige leeftijd gepest worden met het uiterlijk en lage zelfwaardering vaak in dit verband genoemd worden.

Het laatste decennium is de kennis toegenomen over de verschijningsvormen van BDD en over de samenstellende componenten (zie Phillips, 1996). Met name de aandacht vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader heeft hieraan bijgedragen. De preoccupatie met het uiterlijk openbaart zich bij BDD op verschillende terreinen, namelijk op attentioneel, cognitief, gedragsmatig en sociaal terrein, alsmede op dat van het geheugen. Deze factoren zorgen voor de instandhouding van de preoccupatie met het uiterlijk en ze beïnvloeden en versterken elkaar ook nog eens. We zullen deze aspecten eens (in willekeurige volgorde) nader onder de loep nemen. De volgende analyse is vooral bedoeld om verschillende perspectieven op BDD te schetsen en om aanknopingspunten voor behandeling te formuleren.

### *Attentionele preoccupatie*

Het heeft er alle schijn van dat patiënten met verstoorde lichaamsbeleving een aandachtsverschuiving (attentional bias) hebben in de richting van uiterlijke kenmerken, waarover ze ontevreden zijn. Dit kan er ook toe leiden dat zij veel scherper zijn dan mensen met een normale lichaamsbeleving in het waarnemen (en uitvergroten) van onvolkomenheden (Mulkens & Jansen, 2003).

---

*Marijke let zowel bij zichzelf als andere vrouwen op haartjes op de bovenlip en op vlekken in het gezicht. Het is het eerste waar haar blik zich op richt en waar haar aandacht naar uitgaat. Haar oudste zus verbaast zich altijd over deze neiging van Marijke en werpt haar voor de voeten dat ze de kat op het spek bindt.*

### *Cognitieve preoccupatie*

Zeker in hun gedachten zijn patiënten met verstoorde lichaamsbeleving sterk gepreoccupeerd met hun uiterlijk. De kwantiteit van gedachten over het uiterlijk varieert van aanzienlijk tot allesomvattend. Sommige patiënten denken de hele dag aan vrijwel niets anders dan hun neus. Anders dan bij bijvoorbeeld obsessies, zien zij deze gedachten als ego-syntoon en volstrekt redelijk.

---

*Het is voor Marijke heel gewoon dat ze de hele dag met zichzelf in gesprek is over haar uiterlijk. Steeds levert ze commentaar op haar – in haar eigen ogen – afschuwelijk behaarde bovenlip en vlekkerige huid. Deze continue negatieve zelfspraak gaat automatisch en begeleidt haar bij zo ongeveer alles wat ze doet. Ongemerkt praat ze zichzelf steeds maar weer in de put.*

Naast het feit dat steeds het uiterlijk object is van de gedachten en de aanzienlijke hoeveelheid van deze gedachten, valt ook op dat patiënten met een verstoorde lichaamsbeleving heel wat denk- of redeneerfouten maken. In de literatuur over cognitieve gedragstherapie wordt daarvan alleen in algemene bewoordingen melding gemaakt, zonder dat op specifieke denkfouten wordt ingegaan. Onze eigen patiënten vertonen de volgende denkfouten:

- dichotoom denken (je bent mooi of je bent lelijk);
- eindimensioneel denken (de patiënt beoordeelt iedereen op één dimensie, bijvoorbeeld de omvang van het achterwerk);
- gedachten lezen ('Ze zeggen het dan wel niet, maar ik weet gewoon dat ze vinden dat ik een lelijke kop heb').

### **Geheugen**

In hun herinneringen zijn patiënten met BDD sterk gepreoccupeerd met ervaringen, waarin hun uiterlijk een rol speelt. Zij lijken opzettelijk en onopzettelijk regelmatig terug te kijken naar situaties, waarin ze zich voor het eerst of bij voortduring gekwetst voelden over hun uiterlijk. Hoewel er geen onderzoek naar gedaan is, lijkt het over het algemeen zo dat hun herinneringen sterk gekleurd worden door afwijzing in relatie tot het uiterlijk. Vaak melden patiënten dat ze veel zijn gepest vanwege hun uiterlijk.

---

*Marijke kan zich nog heel goed herinneren dat ze in de derde klas van de HAVO zat en een jongen in de pauze tegen haar zei: 'Jeetje, jij hebt meer snor dan ik!' Dat stak haar enorm en het was eigenlijk het begin van haar preoccupatie met de behaarde bovenlip. Vaak denkt ze terug aan dat moment en beleeft ze het als het ware weer opnieuw. Heel af en toe heeft ze de aanvechting om te achterhalen waar die jongen van toen woont, om hem eens flink de waarheid te zeggen en te vertellen wat hij haar heeft aangedaan.*

### **Gedragsmatige preoccupatie**

BDD-patiënten kunnen uren per dag met hun uiterlijk bezig zijn. Ze houden zich bijvoorbeeld bezig met het langdurig of vaak staren in de spiegel, op rituele wijze aankleden en opmaken, controleren en vergelijken van het lichaam, fanatiek sporten, het ontwijken van bepaalde (sociale) situaties en het vragen van geruststelling aan de partner. Veel van dit gedrag is gericht op de afname van onlustgevoelens omtrent het uiterlijk of kan worden gezien als het toegeven aan de drang om met het uiterlijk bezig te zijn.

---

*Marijke heeft de gewoonte om langdurig in de spiegel naar zichzelf te kijken. Dat doet ze tijdens het ochtendritueel van het opmaken (waarvoor ze op een werkdag om kwart over zes*

*opstaat), maar ook tussendoor. Twee tot drie maal per dag kijkt ze wel een half uur tot een uur aan een stuk door naar zichzelf. Op het werk beperkt ze dit tot vooral vele korte, maar wel indringende blikken naar haar spiegelbeeld. Vooral thuis is het belangrijk dat het licht goed valt op de spiegel en op haar eigen gezicht. Ze doet de gordijnen dicht en installeert zich met een bureaulamp in een bepaalde stand voor de spiegel. Wanneer ze voor een spiegel staat, geeft ze zich vaak over aan een uitgebreide inspectie van haar bovenlip. Ze kruipt bijna in de spiegel om te ontdekken of er ergens ongewenste haartjes zitten. Tijdens deze spiegelsessies heeft ze geen enkele aandacht voor haar partner, die het allemaal lijdzaam ondergaat. Gerrit mag zelfs niet in de buurt komen.*

*Het aanbrengen van make-up is een ander uitgebreid ritueel dat ongeveer een uur duurt. Eerst maakt ze haar gezicht grondig schoon, waarna ze verschillende lagen aanbrengt. Nooit is ze de eerste keer tevreden over het resultaat, zodat ze haar gezicht weer schoonmaakt en opnieuw begint. Aangezien ze dit enkele keren herhaalt en ook vrij langzaam en nadrukkelijk werkt, kost het opmaken veel tijd. In de loop van de dag controleert ze wel twintig keer of haar make-up nog goed zit en werkt ze het desgewenst (dus bijna altijd) bij.*

Door specifieke situaties te vermijden of zich er juist volledig aan over te geven, blijven deze een bijzondere betekenis houden. Met name het lang of vaak in de spiegel kijken speelt een grote rol bij de meeste patiënten met verstoorde lichaamsbeleving (Veale & Riley, 2001).

### **Sociale situaties**

In sociaal opzicht kan de BDD-patiënt eveneens sterk met het uiterlijk bezig zijn, wat zich onder meer uit als een sterke neiging tot sociale vergelijking, vermijding van sociale contacten en het vragen van geruststelling.

---

*Het contact met andere mensen is voor Marijke een waar strijdtoneel. Ze schaamt zich voor haar gezicht en zou zich het liefst voor anderen verbergen. Steels bekijkt ze andere vrouwen en vraagt zich af waarom die geen haren op hun bovenlip hebben en zij wel. Niemand heeft zulke rare vlekjes op de wangen. Omdat ze vindt dat ze slechter bedeeld is dan anderen, schaamt ze zich voor haar gezicht en probeert ze zo veel mogelijk te voorkomen dat mensen haar recht kunnen aankijken.*

*Gerrit wordt regelmatig bedolven onder vragen over de zichtbaarheid van de haartjes. Wanneer ze bijvoorbeeld net haar bovenlip geharst heeft, moet hij het resultaat inspecteren. Nadat zij make-up heeft aangebracht, wil zij het liefst dat Gerrit zegt dat er geen vlekje meer te zien is. Gerrit merkt dat Marijke iets rustiger wordt, wanneer hij het 'juiste' antwoord geeft, maar bespeurt ook dat ze beiden in de tang zitten wat betreft het vragen om en geven van geruststelling.*

Het is aannemelijk dat de chroniciteit van BDD voor een deel begrepen kan worden vanuit de hier genoemde vijf factoren. Op al deze gebieden zijn patiënten met verstoorde lichaamsbeleving in het geheel niet flexibel en blijven ze hangen in hardnekkige gewoonten, of die nu attentioneel, cognitief, geheugen- of gedragsmatig, of sociaal van aard zijn. Per stuk zouden deze factoren al een aardige preoccupatie met het uiterlijk opleveren (probeert u het maar eens uit); in combinatie versterken ze elkaar nog vele malen. Om die reden is het ook belangrijk om de eigenaardigheden en de inhoud van

de preoccupaties van de patiënt te leren kennen. Alle vijf factoren bieden belangrijke ingangen voor therapie en aanknopingspunten voor verandering.

## Het bewerken van preoccupatie in therapie

De evidentie voor de werkzaamheid van psychologische – met name gedragstherapeutische en cognitief-therapeutische – behandelingen voor verstoorde lichaamsbeleving begint langzamerhand toe te nemen (zie Bouman; 1998; 2001). Tot op heden zijn er geen algemeen geaccepteerde behandelmethode beschreven die als ‘evidence-based’ aangemerkt kunnen worden, om de eenvoudige reden dat er nog te weinig gecontroleerd effectonderzoek is gedaan. Anderzijds staan we niet volledig met lege handen, omdat uit de gerapporteerde behandelingen wel algemene strategieën zijn te destilleren. Opvallend is daarbij dat de auteurs zelden spreken van een expliciet behandeldoel. Het lijkt echter duidelijk dat het opheffen van de inflexibele houding ten opzichte van het uiterlijk en de overmatige rol die het uiterlijk krijgt toebedeeld, moeten worden verminderd. Uiteindelijk moet de patiënt niet meer de hele dag aan zijn neus denken, niet meer uren voor de spiegel staan, niet steeds terugdenken aan die momenten waarop hij of zij gepest werd met het rode haar, niet meer automatisch op de bovenlip van de buurvrouw letten en niet steeds feestjes blijven mijden. Wanneer al deze preoccupaties verminderd zijn, wordt het mogelijk om een gebalanceerde relatie met het eigen lichaam te ontwikkelen. Dat wil niet zeggen dat de ex-patiënt zichzelf mooi moet gaan vinden, maar wel dat hij zijn lichamelijke verschijning kan accepteren als één van de vele aspecten van zijn bestaan. Hiervoor is het nodig om een flexibele denk- en gedragsstijl aan te leren.

In het navolgende worden enkele mogelijke routes voor interventies geschetst. Uiteraard is zorgvuldige individuele taxatie van het probleem nodig, omdat BDD een stoornis is waarbij patiënten onderling sterk verschillen wat betreft het onderwerp van hun preoccupatie en hoe ze ernaar handelen.

## Attentionele interventies

In het afgelopen decennium zijn verschillende vormen van aandachtstraining ontwikkeld, die als doel hebben dat iemand meer controle krijgt over de manier waarop hij of zij de aandacht verdeelt. Zowel bij de paniekstoornis, hypochondrie als sociale fobie laat deze behandelwijze goede resultaten zien. Hoewel de eerste studie hierover met betrekking tot BDD nog moet verschijnen, lijken de toepassingsmogelijkheden veelbelovend. Wanneer een patiënt met verstoorde lichaamsbeleving leert om zijn aandacht flexibel te wisselen tussen interne en externe stimuli, kan dat bijdragen aan een afname van de preoccupatie. Leren om niet in de spiegel te staren, maar om er even in te kijken en vervolgens weer verder te gaan met je bezigheden; niet met je aandacht vast blijven zitten aan het onderwerp van je zorg, maar om je aandacht ook op andere zaken te richten en niet je gedachten aan je uiterlijk laten kleven, maar na een tijdje ook weer aan andere dingen kunnen denken, zijn belangrijke subdoelen in het therapieproces bij verstoorde lichaamsbeleving. Overeenkomsten met mindfulness-georiënteerde behandelingen (zoals het loslaten van een onderwerp) dringen zich hier op.

## Cognitieve interventies

In de cognitieve therapie wordt veel werk gemaakt van het uitdagen van onrealistische, weinig behulpzame gedachten. Er zijn talloze mogelijkheden om dit te bewerkstelligen. In onze eigen behandelopvattingen (Bouman, 1998, 2001; Nieuwold & Bouman, 2003) staat het ontkoppelen van het uiterlijk en de preoccupatie ermee hoog op de agenda. Dit krijgt vorm in psycho-educatie en in individuele cognitieve gedragstherapie. Over de effectstudies zal elders worden gerapporteerd.

Een belangrijke eerste stap is het ontkoppelen van observatie en evaluatie. Om de negatieve zelfspraak over het uiterlijk tegen te gaan, is het nuttig om de patiënt te leren naar zijn uiterlijk te kijken en uitsluitend een objectieve beschrijving te geven. Dit is een vorm van cognitieve responspreventie. Benoem alleen wat je ziet en sta niet uitgebreid stil bij wat je ervan vindt, zo luidt de instructie. Het is evenwel denkbaar om zo'n interventie de vorm te geven van een oefening in contraconditionering. In plaats van het nalaten van negatieve zelfspraak, kan de patiënt juist worden aangemoedigd om positieve zelfspraak te koppelen aan het bekijken van het uiterlijk (bijvoorbeeld in de spiegel). Deze positieve zelfspraak zou een overtuigend karakter moeten hebben. Dus niet tegen jezelf zeggen dat je heel mooi bent, maar eerder dat je aardig, vriendelijk, betrouwbaar, enzovoort bent. Voorzover bekend is nog niet gerapporteerd over een dergelijke aanpak.

Klinisch gezien is het opvallend dat veel BDD-patiënten sterk dichotoom denken. Zij evalueren (met name hun eigen) uiterlijk in termen van mooi versus lelijk of van aantrekkelijk versus onaantrekkelijk. Zo'n denkstijl is bevorderlijk voor het in stand houden van een cognitieve preoccupatie. Een werkzame eerste stap is om de dichotomie te vervangen door een dimensionele opvatting. In plaats van de patiënt te laten praten in termen van een mooie of een lelijke neus, legt de therapeut hem een dimensie voor van mooi tot lelijk en verzoekt hem daarop de neuzen van een aantal mensen, inclusief die van zichzelf, te rangschikken. Na enige tijd rijpt de alternatieve gedachte dat dichotoom denken niet houdbaar is.

Omdat patiënten met verstoorde lichaamsbeleving het uiterlijk overwaarden ten koste van andere aspecten van hun bestaan, is het de moeite waard om hen meer aandacht voor die verwaarloosde aspecten bij te brengen. Het dichotome of wellicht eendimensionele denken wordt met behulp van een multidimensionele schaaltechniek uitgedaagd. De patiënt leert zichzelf op meer dan één dimensie (het uiterlijk) te beoordelen en ontdekt zo dat er ook gebieden zijn (bijvoorbeeld humor, skiën, schreeuwen) waarop hij beter is dan andere mensen.

## Interventies tegen herinneringen

Omgaan met herinneringen zoals in het vignet over Marijke is beschreven, treffen we regelmatig aan bij BDD-patiënten. Zij herkauwen een kwetsende gebeurtenis en kunnen er niet goed mee uit de voeten. Dit post-hoc gebrek aan probleem oplossen is een instandhoudende factor, maar biedt ook een mooie ingang voor verandering. Het is de moeite waard om de patiënt terug in de tijd te laten kijken om de context van de herinnering te verbreden, zoals ook bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen wordt gedaan. Wanneer de patiënt terug in de tijd reist en de pestkop (in verbeelding

of in een rollenspel met de therapeut) van repliek dient, kan daarmee worden bijgedragen aan het afsluiten van dat hoofdstuk.

## Gedragmatige interventies

Voor het afbouwen van gedragmatige preoccupaties zijn met name exposure en responspreventie goede kandidaten. Althans, dit zijn de meest gerapporteerde interventies in de literatuur. De blootstelling vindt in veel gevallen plaats aan sociale situaties en aan het bekijken van het eigen lichaam.

Deze interventies kunnen ook worden ingezet bij het verminderen van het extreme spiegelstaren. Conform de klassieke aanpak stellen therapeut en patiënt een afbouwschema op, waarin de tijd van het spiegelstaren systematisch wordt verminderd. Belangrijk is niet alleen iets weg te nemen, maar de patiënt er ook iets (constructiefs en aantrekkelijks) voor in de plaats te laten doen of te laten ontwikkelen. Enkele van onze patiënten brachten uren per dag voor de spiegel door en het laat zich raden dat het nalaten daarvan tot veel te vullen tijd leidt. Het oppakken van een oude hobby, zoals gitaar spelen of fotograferen, lijkt voor de buitenstaander triviaal, maar kan een bron van beloning zijn. Niet langer zijn alle activiteiten gericht op het eigen uiterlijk of dat van anderen. Zelfwaardering kan in toenemende mate aan de nieuwe verworvenheden worden ontleend.

## Interventies in een sociale context

De attentionele, cognitieve en gedragmatige technieken zijn zonder meer toepasbaar in sociale situaties. De aandachtstraining valt te oefenen in de omgang met andere mensen ('Let op het gesprek, niet op je uiterlijk'), de irrationele cognities en de bijbehorende denkfouten over anderen zijn uit te dagen en ook exposure aan sociale situaties is uiterst belangrijk.

## Tot slot

Preoccupatie met het uiterlijk is de spil van de Body Dysmorphic Disorder. Momenteel kan een therapeut vooral gebruikmaken van interventies die bij analoge stoornissen (zoals de dwangstoornis) hun waarde hebben laten zien, of waarvan a priori verwacht wordt dat ze effect kunnen hebben (zoals het veranderen van de negatieve zelfspraak). (Zie bijvoorbeeld Claiborn & Pedrick, 2002.) Ondanks een toenemend aantal behandelstudies is er echter nog geen 'body of knowledge' omtrent de beste aanpak van BDD. Het systematisch onderzoeken van de werkzaamheid van deze losse interventies en hun combinaties gaat ongetwijfeld kennis opleveren voor de effectieve behandeling van deze uiterst hardnekkige stoornis.

---

### **Abstract**

*Preoccupation with one's appearance is the central feature of body dysmorphic disorder. The preoccupation is manifest in attention, cognition, (social) behaviour and memory. Content*



*and underlying mechanisms of the preoccupation are discussed and treatment strategies are proposed. In spite of a growing body of evidence, a treatment of choice has not yet been established.*

## Referenties

- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bouman, T.K. (1998). Spiegeltje, spiegeltje aan de wand... Cognitieve gedragstherapie en de stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder). *Gedragstherapie*, 31, 249-271.
- Bouman, T.K. (2001). De stoornis in de lichaamsbeleving (Body Dysmorphic Disorder). In: Ph. Spinhoven, T.K. Bouman, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Claiborn, J., & Pedrick, C. (2002). *The BDD workbook. Overcome Body Dysmorphic Disorder and End Body Image Obsession*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Mulkens, S., & Jansen, A. (2003). Als je neus maar goed zit. Body Dysmorphic Disorder: selectieve aandacht of esthetiek? *De Psycholoog*, 38, 3-7.
- Nieuwold, M., & Bouman, T.K. (2003). Cognitieve gedragstherapie bij body dysmorphic disorder: een gevalsbeschrijving. *Gedragstherapie*, 36, 279-297.
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror. Understanding and treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1381-1393.