

Skin picking en trichotillomanie

R. Willemsen

Dermatoloog, dienst Dermatologie UZ Brussel en private praktijk, Meise

*Correspondentieadres:
Ria Willemsen
E-mail: praktijk@dermatologiewillemsen.be*

INDELING VAN DE HUIDMANIPULATIES

Recent ontstond binnen de European Society for Dermatology and Psychiatry een voorstel om huidmanipulaties nauwkeuriger te definiëren en in te delen (tabel 1).¹ Globaal worden huidmanipulaties in twee grote groepen onderscheiden. Om dit verschil te maken moeten we eerst uitvissen of de patiënt al dan niet zijn manipulaties geheimhoudt. Indien het manipuleren niet toegegeven of niet erkend wordt, bevinden we ons aan de linkerzijde van de tabel. Bij dermatitis artefacta gebeurt het manipuleren vaak onbewust en in het kader van een zware psychopathologie. Patiënten die gedefinieerd worden als malingering proberen hun arts bewust om de tuin te leiden omwille van een bepaald extern doel. Mensen die hun aandeel in het zelfbeschadigen geheimhouden of niet toegeven zijn doorgaans erg moeilijk te behandelen. Ook voor de specifieke vorm van theatrale manipulatie die we kennen als Münchausensyndroom is de prognose gereserveerd. De rechterkant van de tabel toont de manipulaties

waarbij het eigen aandeel wel wordt toegegeven. Wanneer dit gebeurt, is er veel meer hulp mogelijk.

WANNEER DE MANIPULATIE WORDT TOEGEVEN

In dit artikel focussen we op de groep van de *skin picking* en gerelateerde huidbeschadigingsyndromen met een compulsief spectrum' (tabel 1). Huidmanipulaties met een compulsief spectrum worden gekenmerkt door zich herhalende en dwangmatige, soms wat rituele gedragingen die regelmatig voorkomen tijdens de dag waarbij huid of adnexen beschadigd raken. Deze groep bestaat uit verschillende aandoeningen. Tabel 2 geeft het volledige overzicht volgens de recente indeling.¹ Impulsieve manipulaties daarentegen bestaan uit geïsoleerde uitbarstingen van ongecontroleerde agressie zoals we die vinden bij cutting of scarificatie. Als dermatologen komen we er minder mee in contact.

Dit artikel bespreekt twee vaak voorkomende huidbeschadigingen van het compulsieve type: *skin picking* en trichotillomanie.¹

SKIN PICKING

Definitie

Skin picking werd vroeger 'neurotische of psychogene excoriaties' genoemd maar deze term is momen-

Tabel 1. Indeling van huidmanipulaties: terminologie en classificatievoorstel van de European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDap).¹

Hidden or denied underlying behaviour		Non-hidden and non-denied underlying behaviour		
External incentives	No external incentives	Skin picking and related skin damaging syndromes		Body modifying (generally non-pathological) behaviour
Malingering in dermatology	Factitious disorders in dermatology	Compulsive spectrum	Impulsive spectrum	
	Münchausen's syndrome	Acne excoriée	Cutting	Tattoos
		Trichotillomania	Burning	Piercing
		Onychophagia	Hitting	Complications of esthetic treatment
			Scarifications	

teel volledig achterhaald.

De vijfde editie van het *Diagnostic en statistical manual of mental disorders* (DSM-5), het meest recent classificatiesysteem van de psychiatrische aandoeningen,² erkent sedert 2013 *skin picking* als een afzonderlijke aandoening. Volgens DSM-5 moet een pathologische vorm van *skin picking* voldoen aan devolgende criteria.

1. Herhaald pikken op de huid en deze beschadigen.
2. Verschillende pogingen om het gedrag te stoppen.
3. Het pikken op de huid lokt significante stress uit of beperkingen in het sociaal, professioneel functioneren, of beperkt andere belangrijke gebieden van functioneren.
4. Het pikken op de huid wordt niet toegeschreven aan het direct effect van drugs (bijvoorbeeld cocaïne) of aan een andere medische aandoening (bijvoorbeeld scabies).
5. Het pikken op de huid wordt niet verklaard door een andere mentale aandoening (bijvoorbeeld psychose of *body dysmorphic disorder*).^{2,3}

Tabel 2. Compulsieve 'skin picking' en gerelateerde syndromen.¹

Pathologisch 'skin picking' (dermatillomanie)
Acne excoriée
Pathologisch neuspeuteren (rinotillexomanie)
Trichotillomanie
Trichoteiromanie (compulsief wrijven en krabben op de schedel)
Trichotemnomanie (compulsief haarknippen)
Nagelbijten (of onychofagie)
Onychotemnomanie (compulsief nagelknippen)
Onychotillomanie (compulsieve nagelmanipulatie)
Morsicatio buccarum (kaakbijten)
Zelf uitgelokte cheilitis (compulsief lip likken of bijten)
Pseudo – knuckle pads (eelt ter hoogte van vingergewricht ten gevolge van wrijven of zuigen)

Kenmerken

Patiënten met *skin picking* vertonen een dwangmatige drang de huid te bewerken door pikken of krabben. Ze geven het meestal niet spontaan toe omdat ze zich ervoor schamen, maar doen dat wel als we ernaar vragen. Het manipuleren gebeurt meestal dagelijks, vaak gedurende enkele uren.³ Patiënten peuteren meestal op plaatsen die ze makkelijk bereiken: buitenzijde van ledematen, gelaat en bovenrug. Er ontstaan erosies en korstjes waarvan het aantal kan variëren van enkelen tot verschillende honderden. Deze korstjes worden dan terug afgekrabd (figuur 1).⁴ Sommigen gebruiken naalden of pincetten en maken diepe wonden. *Skin picking* leidt hierdoor tot infecties, respigmentatie en ontstierende littekens.⁴ Door de aanzienlijke tijd die men eraan besteedt ontstaat een nadelig effect op professionele of sociale activiteiten.⁵ Triggers om te peuteren kunnen variëren. Meestal gaat het om een



Figuur 1. Vrouw van 32 jaar met 'skin picking'.



Figuur 2. Acne excoriée bij een meisje van 17 jaar.

combinatie van stress, angst en niets om handen hebben.³ Sommigen doen het heel bewust, anderen zonder het te beseffen.³

Acne excoriée, ook wel *acne excoriée des jeunes filles* genoemd, wordt gekenmerkt door herhaaldelijk dwangmatig pulken en krabben aan bestaande of vermeende acneletsels in het gelaat. Het wordt het meest gezien bij adolescente meisjes (figuur 2).

Prevalentie

Volgens sommige studies zou een aanzienlijk deel van de populatie overdreven huidpeuteren vertonen³, maar daarom gaat het nog niet om echte pathologische *skin picking* zoals deze gedefinieerd wordt door de strengere DSM-5-criteria. Sommigen vertonen een mildere vorm die niet noodzakelijk behandeld hoeft te worden. Wanneer *skin picking* aan alle DSM-5-criteria voldoet, en dus ook stress of vermindering van het functioneren uitlokt, wordt



Figuur 3. Vrouw van 64 jaar met 'skin picking'. Regressie met topische therapie en hydrocolloidpleisters die twee keer per week vervangen werden.

skin picking teruggevonden bij 1,4% van de populatie,⁶ meestal vrouwen.^{3,7} Wanneer de aandoening onbehandeld blijft, verloopt ze chronisch, maar in de tijd variërend in intensiteit.³

Comorbiditeit

Er bestaat een hoge graad van angst en depressie bij skin pickers. De aandoening wordt ook geassocieerd met alcohol en drugmisbruik.³ Ook zwaardere vormen van psychopathologie worden beschreven.^{3,8,9} De relatie tussen skin picking en andere compulsieve huidbeschadigingen wordt verder in dit artikel besproken.

Aanpak

Ondanks de hoge prevalentie van skin picking bestaan er weinig goed opgezette studies rond de therapie. Globaal lijkt cognitieve gedragstherapie het meest effectief.⁹ Omdat de psychotherapeutische aanpak bij mensen met skin picking sterk overlapt met die van trichotillomanie, wordt deze verder in dit artikel wat uitgebreider besproken.

Psychofarmaca worden vaak voorgeschreven in combinatie met psychotherapie.⁹ Eerste keuze zijn selectieve serotonineheropnameremmers (SSRIs) zoals fluoxetine, paroxetine, sertraline en fluvoxamine. Het is niet duidelijk of ze echt werken. Een recente meta-analyse concludeerde dat er onvoldoende evidentie is om te besluiten dat SSRIs effectiever zijn dan placebo's.¹⁰ Recent werd aangetoond dat de neurotransmitter glutamaat bij obsessieve compulsieve stoornissen ontregeld is. N-acetylcysteïne,

een derivaat van het aminozuur cysteïne, zou hierdoor een gunstig effect kunnen hebben via werking op glutamaatreceptoren. Het gunstig effect van N-acetylcysteïne werd recent aangetoond in een dubbelblinde gerandomiseerde studie.¹¹

Eerste hulp door de dermatoloog

Skin picking wijst op een emotioneel probleem. Een zinvolle eerste stap is de patiënt uitleggen dat de huid moet kunnen genezen. Communiceer dat je heel goed beseft dat het om een drang gaat die moeilijk te stoppen is maar dat hulp toch mogelijk is. Goed luisteren, empathie tonen en niet-oordelende communicatie zijn hierbij uitermate belangrijk.^{9,12}

Geef een geschikte lokale therapie. Motiveer om de letsels te bedekken met een afsluitend verband dat enkele dagen ter plaatsen kan blijven (figuur 3). De meeste patiënten zijn gemotiveerd voor deze aanpak.

Peil steeds naar stress, depressie en mentale problemen om een eventuele doorverwijzing naar een mentale hulpverlener of collega-psychodermatoloog voor te bereiden. Patiënten dienen wel eerst inzicht te hebben in hun emotionele problemen alvorens je ze kan doorverwijzen.⁹ Vaak geven ze toe dat stress de manipulaties uitlokt. Dit helpt om hen verder te motiveren. Eventueel kan je met je patiënt uitzoeken in welke situatie het peuteren vooral optreedt. Ze kunnen dit noteren in een dagboek. Je kan ook met je patiënt afspreken om het peuteren te beperken tot een bepaalde zone.¹² Of je geeft hen een katoenen handschoen mee om te dragen op de risicovolle momenten.

TRICHOTILLOMANIE

Definitie

Trichotillomanie wordt net als skin picking in de categorie van de compulsieve huidmanipulaties



Figuur 4. Een 12-jarige jongen met met de typische circulaire zone bovenaan op de schedel bij ernstige trichotillomanie.

Tabel 3. Mogelijke psychotherapeutische aanpak voor compulsieve huidmanipulaties.^{13,16}

Bewustwording van het manipuleren

Dagboek met de registratie van het aantal peuter/trekmomenten en de omstandigheden waaronder die voorkomen

Aanleren van ontspanningstechnieken

Interventies om het manipuleren zelf te verminderen (in samenwerking met de patiënt)

1. Beperkingen bij *skin picking*: bijvoorbeeld niet pikken met de vingernagels, enkel pikken als het donker is, enkel pikken op bepaalde zones, handschoenen dragen en licht dempen in de badkamer
2. Beperkingen bij trichotillomanie: bijvoorbeeld leesboek in beide handen houden en handschoenen dragen
3. Habbit reversal techniek
4. Bij drang... iets anders in de plaats doen, iemand bellen of wat gaan wandelen
5. Alle instrumenten die gebruikt worden, verwijderen!

Interventies rond gedachten die het manipuleren uitlokken

Gedachten die frequent voorkomen zijn bijvoorbeeld: "Ik zal me niet kunnen ontspannen tot ik deze onregelmatigheid weggewerkt heb" of "Het was een stressvolle dag, ik verdien het om aan haar te trekken." Er wordt dan gezocht naar een alternatieve gedachte: bijvoorbeeld "Ik kan makkelijk weerstaan aan deze drang of ik verdien het om beter voor mezelf te zorgen dan mijn haar uit te trekken."

Opsporen en aanpakken van de stressvolle situaties en conflicten die het manipuleren uitlokken

geplaatst.

De specifieke DSM-5criteria zijn:²

1. Herhaald haartrekken resulterend in haarverlies.
2. Herhaalde pogingen om het trekken te stoppen.
3. Trekken lokt significante stress uit of beperkingen in het sociaal of professioneel functioneren, of het beperkt andere belangrijke gebieden van functioneren.
4. Het haartrekken of haarverlies is niet veroorzaakt door een andere medische aandoening (bijvoorbeeld een dermatologische ziekte).
5. Het haartrekken of haarverlies is niet te verklaren door de symptomen van een andere mentale aandoening (bijvoorbeeld *body-dysmorfisme*).

Kenmerken

Het haartrekken gebeurt meestal op schedel of aan wenkbrauwen en wimpers. Kenmerkend voor ernstige trichotillomanie op de schedel is dat de haren

ter hoogte van het occiput of laag op de schedel gespaard blijven en er circulaire kale zone bovenaan ontstaat met haren in variabele lengte (figuur 4).¹³ Mensen met lichtere vormen trekken op een kleine zone of bewerken de schedel diffuus.¹³ Behalve ter hoogte van de schedel kunnen de haren van alle behaarde lichaamsdelen uitgetrokken worden.^{13,14} Het trekken gebeurt dagelijks of bijna dagelijks, soms uren na elkaar, soms in korte periodes.¹³ Het gebeurt meestal enkel in de private sfeer. Triggers kunnen variëren van het voelen van een haartje dat wat stugger aanvoelt, tot het ervaren van angst en spanning.¹⁴ Sommigen trekken bewust. Anderen trekken zonder enig besef, vooral wanneer ze niets om handen hebben bij TV-kijken of telefoneren.^{14,15} Vaak gaat het om een combinatie van beide. Sommigen stoppen het afgetrokken haar in de mond, bijten erop en slikken het door. Dit kan leiden tot een haarbal of trichobezoar die een obstructie kan geven in het maagdarmsstelsel.^{13,15} Andere complicaties van langdurig trekken bestaan uit een permanente beschadiging van de haarwortels waardoor permanente alopecia ontstaat. Patiënten verstoppelen de kale zones via haarstijlen, haarstukken of een pruik.¹⁴ Vaak komen ze pas op consult nadat het trekken jaren bezig is.

Prevalentie

De incidentie van trichotillomanie bij volwassenen varieert van 0,6% tot 3,6%.¹⁵ Het komt vooral voor bij vrouwen. Trichotillomanie ontstaat vaak rond 10-13 jaar¹⁴ en wordt nadien meestal chronisch.¹³ Er zijn periodes van opstoten en remissies. Het kan ontstaan bij kleinere kinderen maar dan is het meestal voorbijgaand. Veel auteurs zien daarom trichotillomanie bij kleine kinderen als een afzonderlijke entiteit met betere prognose.¹³

Comorbiditeit

Trichotillomaniepatiënten vormen een erg heterogene groep. Het trekken kan variëren van een milde gewoonte tot een ernstige psychopathologie (depressie, borderline).¹³ Het trekken en de kaalheid die er het gevolg van is, veroorzaken veel emotionele stress, schaamte, sociale isolatie en verminderde levenskwaliteit.^{13,14} Verschillende compulsieve huidmanipulaties komen vaker samen voor. Mensen die aan de huid peuten kunnen daarnaast ook de haren uittrekken of op hun nagels bijten.¹³ In families van mensen met een bepaald type compulsieve huidmanipulatie bestaat er een hogere kans dat een nabij familielid ook één of andere vorm van dwangmatig peuten of trekken vertoont.³ Bij mensen met *skin picking* of trichotillomanie bestaat er ook een hogere incidentie van obsessieve compulsieve stoornissen (OCD). De kenmerkende, zich steeds herhalende bewegingen in het manipuleren lijkt wat op de voortdurende dwangmatige rituelen die typisch teruggevonden worden bij OCD. Toch bestaan er ook duidelijke verschillen tussen beide aandoeningen.³ Mensen met trichotillomanie maken slechts één repetitieve beweging in tegenstelling tot de vaak ingewikkelde rituelen bij OCD.¹⁵



Aanpak

Geen enkele behandeling werd efficiënt bevonden in grote gecontroleerde studies. Beperkte psychotherapeutische research suggereert dat gedragstherapie, en meer specifiek, de *habit reversal*-techniek, een goede optie is.⁹ Maar ook hypnose en inzichtgeoriënteerde therapie werd beschreven in patiëntenbesprekingen of kleinere studies. Enkele psychofarmaca worden gebruikt waaronder antidepressiva als clomipramine of SSRI's.¹⁵ Maar het is niet duidelijk of SSRI's beter werken dan placebo's.¹⁵ Huidige studies vertonen veel tekortkomingen waaronder een korte follow up. Soms worden antidepressiva gecombineerd met een lage dosis neuroleptica.^{13,14} Andere auteurs menen dat N-acetyl cysteine veelbelovend is omwille van het gunstig veiligheidsprofiel.¹⁵ Maar alles bij elkaar is er momenteel weinig evidentie voor het gebruik van psychofarmaca bij trichotillomanie¹⁵, ook al worden ze vaak gebruikt. Ze werken waarschijnlijk vooral op de begeleidende angst en depressie maar niet op de drang van het trekken.

Eerste hulp door de dermatoloog

Dermatologen kunnen alvast begrip tonen en aangeven dat ze de aandoening kennen. Dat ze beseffen dat het trekken niet zomaar van de ene dag op de andere gestopt kan worden. Patiënten zijn vaak opgelucht als ze horen dat ze niet de enige zijn met dit probleem. Door de focus te leggen op de mentale problemen die het trekken begeleiden, kan je patiënten vaak motiveren om verdere hulp te zoeken. Sommige auteurs merken op dat het doel van psychotherapie niet voor iedereen hetzelfde hoeft te zijn. Sommige mensen willen volledig stoppen met trekken. Anderen zullen tevreden zijn met minder trekken waardoor hun haarverlies minder zal opvallen. Patiënten zijn al een stap verder als ze begrijpen dat verdere opvolging ervoor kan zorgen dat de ziekte beter onder controle komt maar dat ze niet



Figuur 5. De evolutie van de 12-jarige patiënt na vijf sessies.

volledig zullen genezen.¹⁵ Omdat dermatologen niet steeds goed weten hoe psychotherapeuten werken, besteedt dit artikel er wat extra aandacht aan.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE AANPAK BIJ SKIN PICKING & TRICHOTILLOMANIE

We moeten beseffen dat deze patiënten een heterogene groep vormen en dat ze daarom niet allen gebaat zijn met eenzelfde standaardaanpak. Cognitieve gedragstherapie probeert het peuteren zelf (gedrag) en de gedachten die aan het peuteren voorafgaan (cognities) aan te passen.¹⁶ Bij de *habit reversal*-techniek, waar de meeste evidentie voor bestaat^{13,15}, moeten patiënten zich eerst bewust worden van juiste beweging van de handen waarmee het manipuleren in gang wordt gezet. Daarna wordt in samenspraak met de patiënt een antagonistische beweging geoefend. Dit is een beweging die de manipulatie onmogelijk maakt (bijvoorbeeld de duim en wijsvinger tegen elkaar drukken).⁹ Deze beweging wordt even volgehouden tot de drang weggetrokken is. Daarnaast wordt gezocht naar interventies om het manipuleren zelf te verminderen, zich beter te leren ontspannen en om sociale steun te versterken.¹⁵ Dit gebeurt steeds in overleg met de patiënt. Er wordt vaak gewerkt met huiswerkopdrachten en met beloningen wanneer een bepaald doel wordt bereikt (tabel 3).^{9,16,17} Deze tabel toont enkele aandachtspunten, deze hoeven niet voor iedereen hetzelfde te zijn.

Toch heeft deze aanpak ook beperkingen. Evidentie toonde aan dat *habit reversal* vooral het trekken doet afnemen maar niet noodzakelijk de negatieve emotionele ervaringen die de trigger vormen voor het trekken.¹⁵ Ook is de langetermijnefficiëntie niet duidelijk.¹⁵ Daarom wordt er tegenwoordig door gedragstherapeuten gebruikgemaakt van additionele aanpakken die focussen op de aspecten van het peuteren die te maken hebben met emotionele regulatie.^{3,9,15}

Naast gedragstherapie worden er ook andere vormen therapie beschreven in de literatuur^{3,13} waaronder inzichtgeoriënteerde therapie die zich vooral richt op onbewuste mentale processen of conflicten.^{9,17} Ook is het zinvol om de uitlokkende stress of familiesituatie te bekijken en/of psychofarmaca op te starten omwille van de begeleidende angst en depressie.

In mijn persoonlijke ervaring is de psychotherapeutische aanpak van trichotillomanie moeilijker dan die van neurotische excoriaties. Bij sommige patiënten noteerden we verbetering met de combinatie van *habit reversal* en een aantal zelfhypnosetechnieken (figuur 5). Vaak zijn het onze collega-dermatologen die de eerste stap zetten om patiënten te motiveren.

LITERATUUR

1. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013;93:4-12.

2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012;169:1143-9.
4. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:61-6.
5. Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* 2006;30:944-63.
6. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010;51:183-6.
7. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998;59:509-14.
8. Misery L, Chastaing M, Touboul S. et al. Psychogenic skin excoriations: Diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012;92:416-8.
9. Tomas-Aragones L, Consoli SM, Consoli SG, et al. Self-Inflicted Lesions in Dermatology: A Management and Therapeutic Approach - A Position Paper From the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol* 2016 aug 26.
10. Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of Pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36:147-52.
11. Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine in the treatment of excoriation disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016;73:490-6.
12. Poot F. Zelf aangebrachte huidletsels: classificatie en behandeling. *Skin* 2015;19:6-8.
13. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:807-21.
14. Schreiber L, Odlaug BL, Grant JE. Diagnosis and treatment of trichotillomania. Review. *Neuropsychiatry* 2011;1:123-32.
15. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. *Psychiatr Clin North Am* 2014;37:301-17.
16. Schuck K, Keijsers GP, Rinck M. The effect of brief cognitive – behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait – list control. *Behav Res Ther* 2011;49:11-7.
17. Gieler U. Oral communication 24nd EADV Congress Copenhagen 8th october 2015.

SAMENVATTING

Skin picking wordt gekenmerkt door herhaald en over-dreven peuten of krabben op de huid met huidbeschadiging tot gevolg. Bij trichotillomania wordt het haar op de schedel of op het lichaam zodanig uitgetrokken dat er significant haarverlies ontstaat. Beide aandoeningen komen regelmatig voor, variërend van een lichte tot een ernstige graad. Patiënten geven hun eigen aandeel toe, in tegenstelling tot patiënten met andere soorten huidmanipulaties. Het gedrag bestaat uit herhaalde dwanghandelingen die vaak wat obsessief zijn. Patiënten besteden dagelijks veel tijd aan prutsen of trekken, velen doen dit verschillende uren per dag. Zowel het tijdsverlies als de complicaties waaronder littekens of kaalheid, bezorgen veel stress en hebben een negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Patiënten vertonen vaak ook angst en depressie. *Skin picking* en trichotillomanie verlopen chronisch maar hun intensiteit kan fluctueren in de tijd. Beide aandoeningen komen vaak geassocieerd voor. Er bestaat evindentie voor het nut van gedragstherapie maar langetermijneffecten zijn niet duidelijk. Studies met selectieve serotonine reuptake inhibitoren geven gemengde resultaten. N-acetyl cysteine dat een rol speelt in het glutamaat metabolisme bleek gunstig in enkele studies waaronder een recente gerandomiseerde studie.

TREFWOORDEN

trichotillomanie – *skin picking* – zelf uitgelokte huidletsels – automutilatie

SUMMARY

Skin picking is characterized by recurrent and excessive picking or scratching of the skin, leading to skin lesions. Trichotillomania is characterized by the repeated removal or pulling of hair from the scalp or other bodily places, resulting in significant hair loss. Both diseases are quite common and can vary from mild to severe. Unlike some other self-inflicted dermatoses, patients do acknowledge the self-inflicted nature of the lesions. Manipulation consists of repetitive compulsive acts, often associated by an obsessive component. Individuals can spend a significant amount of time each day in picking or pulling, with many reporting that the behaviour occupies several hours each day. Consequently, the time spent, as well as the consequences such as scarring and alopecia, may lead to substantial emotional distress and functional impairment. Moreover, patients often present with anxiety and depression. *Skin picking* and trichotillomania are chronic disorders with fluctuations in intensity over time. They often co-exist. Effective behaviour therapies exist, but long-term maintenance is unclear. Clinical trials with selective serotonine reuptake inhibitors have had mixed results. N-acetyl cysteine, a glutamatergic agent, has recently shown promise in several trials including a randomised trial.

KEYWORDS

trichotillomania – *skin picking* – self inflicted dermatoses – automutilation

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen