



Met de handen in het haar

R. Willemsen

Bij talrijke volkeren staat 'haar' voor macht, schoonheid, en zelfs religieuze voorkeuren. Monniken scheren bewust hun haren uit nederigheid. De Sikhs daarentegen zien natuurlijk lang haar als een symbool voor respect voor de creatie van God. Daarom zullen ze het nooit scheren of afknippen.

In onze maatschappij heeft een haardos vooral te maken zelfexpressie en identiteit. Een kapsel kan je een stoere of zwoele uitstraling geven of kan aangeven dat je tot een bepaalde subgroep behoort zoals de hippie- of punkbeweging. Elke vorm van haarverlies kan de persoonlijke identiteit aantasten en iemand onzeker of depressief maken. Patiënten die consulteren bij een haarspecialist worden vaker gezien als wat 'moeilijker' of 'lastiger', vergeleken met patiënten binnen de globale dermatologische praktijk. Ze lijken vaak overdreven ongerust, en ontevreden over de behandeling. Soms bemerkt de arts snel dat psychologische factoren een grote rol spelen. De psychologische aandoeningen, geassocieerd met haarverlies, omvatten een breed spectrum gaande van milde vormen van angst en/of depressie tot zware psychiatrische stoornissen. [1] Dit artikel belicht twee vaak voorkomende psychiatrische aandoeningen met haarverlies. Literatuur aangaande psychische gevolgen van vaak voorkomende haaraandoeningen wordt eveneens kort toegelicht.

PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN GEASSOCIEERD MET HAARVERLIES

Stoornis in de lichaamsbeleving

Stoornis in de lichaamsbeleving, of Body Dysmorphic Disorder (BDD) is een aandoening die elke dermatoloog tegenkomt. Het belangrijkste kenmerk is een overdreven preoccupatie betreffende een minimale afwijking in het uiterlijk. Soms is er zelfs helemaal niets te zien. [2] De focus van de preoccupatie kan liggen op vermeende acne letsels, rimpels of littekens. Volgens sommige auteurs zou 30 percent van de personen met BDD vooral een preoccupatie vertonen op het haar. [1] De dermatoloog ziet dan een normale haargroei of een minimaal haarverlies, terwijl de patiënt aangeeft dat hij/zij bijna kaal is. Patiënten met BDD besteden veel tijd aan verstoppen van hun vermeende afwijking of kijken voortdurend in de spiegel. BDD omvat een breed spectrum van patiënten die ergens wel beseffen dat ze zich abnormaal veel zorgen maken tot mensen die jou absoluut willen overtuigen van hun gelijk. [2] Deze laatste groep vertoont de delusionele BDD vorm omdat elk inzicht ontbreekt.

BDD ontstaat door een samenspel van persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren. Zo zouden patiënten met BDD

onzekerder zijn en zich minderwaardiger voelen. Maar ze geven soms ook aan dat ze ooit gepest zijn geweest. [2]

Zelf uitgelokte haarbeschadigingen

Bij deze groep vinden we vooral trichotillomanie, gevolgd door trichotemnomanie en trichoteiromanie. Trichotillomanie (figuur 1), een stoornis waarbij het haar dwangmatig wordt uitgetrokken, manifesteert zich meestal tijdens de kindertijd of adolescentie en kan bij sommige patiënten persisteren tot ze volwassen zijn. De aandoening treft vooral meisjes. Naast hoofdharen, trekken mensen met trichotillomanie soms ook wimpers of wenkbrauwen uit.

In psychiatrische termen is trichotillomanie te wijten aan een stoornis in de impulsbeheersing, dus het onvermogen om weerstand te bieden aan een drang om herhaaldelijk een handeling uit te voeren die schadelijk is voor zichzelf. [1,3] Getroffen patiënten hebben de neiging om met hun haar te draaien en te spelen terwijl ze zich intens concentreren, vaak als gevolg van extreme angst of een stressvolle situatie. Sommigen eten het uitgetrokken haar op. Kenmerkend is



Figuur 1. Jong meisje met trichotillomanie in kader van een stressvolle schoolsituatie.

Dermatoloog & Psychodermatoloog, Department of Dermatology, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB), Vrije Universiteit Brussel (VUB), SKIN Research Group, Brussels, Belgium en Privaatpraktijk.

dat patiënten het toegeven, soms niet dadelijk omwille van schaamte, maar ze beseffen heel goed dat ze die drang hebben en er niet aan kunnen weerstaan. [1]

Trichotemnomanie is een zeldzamere aandoening waarbij het haar obsessief wordt geknipt. [4]

Trichoteiromanie (Grieks: *teiro*, of 'ik krab') is veroorzaakt door de hoofdhuid te beschadigen door voortdurend krassen wat leidt tot pseudo-alopecia. [5]

PSYCHOLOGISCHE FACTOREN FACTOREN BIJ HAAR-AANDOENINGEN

Patiënten met diffuus of plekvormig verlies kunnen overweldigd zijn door de *emotionele impact* van hun haarverlies en kunnen het vaak heel moeilijk vinden om het te aanvaarden of ermee om te gaan. Uit de literatuur blijkt duidelijk dat alopecia areata (AA), omwille van het visuele aspect, angstige en depressieve reacties en zelfs sociale isolatie kan uitlokken. [1] Telogeen verlies kan door het plots ontstaan, soms zonder duidelijke oorzaak, erg onrustwekkend zijn voor patiënten. Sommigen vrezen dat het haar nooit meer zal terug groeien of dat ze al het haar kunnen verliezen. Ook cicatriciële alopecie kan een ernstige psychische belasting uitlokken. De resultaten van een recente systematische review met inclusie van 14 studies, toonde een verminderde levenskwaliteit bij meer dan 70% van de patiënten. [6] Vooral trichodynie en angst lijken belastend. De auteurs suggereren dat behandelingen voor cicatriciële alopecie gecombineerd zou moeten worden met een psychosociale interventie. [6] Een recente meta-analyse vond ook bij androgeen haarverlies een significante associatie met angst en verminderd zelfvertrouwen. [7]

We weten dus, zowel vanuit onze praktijkervaring als vanuit de literatuur, dat haarverlies gevolgen heeft op het psychische functioneren. Maar werkt het ook omgekeerd en kan stress ook haarverlies uitlokken? Dit populaire geloof was gedurende lange tijd controversieel wegens gebrek aan wetenschappelijke evidentie. Momenteel bestaat er wel degelijk voldoende wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van een connectie tussen het brein en de haarfollikels (HF) in de schedelhuid, de zogenaamde 'brain-HF as'. [8] Research hieromtrent, oorspronkelijk aangetoond bij muizen, werd ondertussen gericht op de menselijke haarfollikel. Psychologische stress activeert de hypothalamus-hypofyse-bijnier(HPA)-as, wat de uitscheiding uitlokt van corticotropine-releasing hormoon (CRH), een neuropeptide hormoon, uitgescheiden bij stressreacties. CRH in de menselijke HFs bevordert de degranulatie van mestcellen, waardoor histamine, TNF- α , IL-6 en IL-1 vrijkomen in de micro-omgeving, wat neuro-inflammatie uitlokt. [8] Bij AA kan dit de gekende ineensstorting van immuunprivilege in de HF's uitlokken. [9]

Bovendien komt er bij stress substantie P(SP) vrij, vanuit sensorische zenuwvezels in de schedelhuid, wat bijdraagt aan de perifolliculaire neurogene ontsteking. Lokaal uitgescheiden SP kan mestcellen in de haarfollikels activeren wat kan leiden tot apoptose van de keratinocyten in de HF. Dit zou stress geïnduceerd telogeen effluvium kunnen verklaren. [10,11]

Vooral patiënten met telogeen of androgeen haarverlies klagen soms over *trichodynie*, een pijnlijke sensatie ter hoogte van de schedelhuid of in de haren, zonder dat er zichtbare

huidafwijkingen zijn. Pijn of een branderig gevoel ter hoogte van de schedelhuid heeft mogelijk te maken met perifolliculaire inflammatie door vrijmaak van SP rond de haarfollikel. Literatuur toonde aan dat mensen met telogeen of androgeen haarverlies en trichodynie vaker angstiger en/of depressief zijn dan een controle groep met haarverlies zonder pijnsensatie. [1,12]



Figuur 2. De perceptie van het haarverlies van de patiënt is vaak niet in overeenstemming met de objectieve bevindingen. Foto: Towfiq Barbhuiya, download van www.pexels.com.

TIPS EN TRICKS BIJ ANGSTIGE OF MOEILIJKE PATIËNTEN

De behandeling van haaraandoeningen vraagt voor elke patiënt een wat intensievere begeleiding gezien de emotionele en psychologische implicaties van haarverlies. We moeten ook goed beseffen dat de perceptie van het haarverlies van de patiënt niet steeds overeenkomt met onze objectieve bevindingen (figuur 2). [13] Als dermatoloog, geconfronteerd met een patiënt met haarverlies, die aangeeft erg bezorgd of angstig te zijn, kan je een band opbouwen door hen naast de nodige uitleg en behandeling dadelijk een vervolgspraak voor te stellen. Dat schept het nodige vertrouwen. Werk eventueel met foto's. [13] Leg bij systemische behandelingen de neveneffecten uit maar, omdat angstige mensen erg gevoelig zijn voor nocebo effecten, benadruk je vooral de positieve effecten op de haargroei. [13] Om een doorverwijzing voor te bereiden kan je aangeven: "Ik heb de indruk dat je erg bezorgd bent over je haarverlies terwijl je vrienden of familie misschien weinig opmerken? klopt dat?" Sommigen zullen dat ook toegeven en zelfs blij zijn om hun bezorgdheid te kunnen uiten. Je kan dan psychologische hulp adviseren. Bij tijdsnood is het soms beter om extra tijd in te plannen tijdens de vervolgspraak. *Denk aan BDD* bij een erg overdreven preoccupatie. Vis eerst uit hoe groot de gevolgen van het haarverlies zijn op het dagelijks functioneren. Vervolgens probeer je te begrijpen in hoeverre er inzicht is. Voor patiënten met BDD die blijf geven van inzicht, bestaan er ook online educatie tools en zelfhulpboeken. Dit kan al wat inzicht geven waardoor doorverwijzing makkelijker wordt. Blijf hen op regelmatige basis volgen maar geef daarbij duidelijke grenzen aan in frequentie en tijdsduur van het consult. Vooral BDD patiënten hebben de neiging om

je steeds terug te bellen en steeds dezelfde vragen te stellen. De moeilijkste patiënten zijn de BDD patiënten bij wie elk inzicht ontbreekt. Deze kan je als dermatoloog niet helpen. Er is bij deze groep een multidisciplinaire aanpak nodig met intensieve psychotherapie en medicaties. Doorgaans ontbreekt de nodige motivatie. Soms kan je wel de huisarts aanspreken.

Patiënten met trichotillomanie kan je doorzenden naar een psychotherapeut met kennis van een geschikte aanpak voor dit type zelfbeschadiging. Deze aanpak omvat bewustmaking van de manipulaties via dagboek, ontspanningstechnieken en

controle technieken type habit reversal (gewoonte omkering). Een extra uitdaging is de aanpak bij de *etnische patiënt met tractie alopecia* wegens verschillen in haarverzorgingspraktijk, morfologie van de haarschacht en folliculaire architectuur.

[14] Maar het kan lastig zijn om als blanke arts, de voorlichting aan patiënten te verbeteren door haarstylinggewoonten met een hoog risico te identificeren en andere haarverzorgingspraktijken voor te stellen. Gelukkig kan je dit ook positief benaderen via aanbevelingen voor veiliger alternatieven voor het typische etnische kapsel. [15]

SAMENVATTING

Psychologische factoren spelen een grote rol bij patiënten in de haarkliniek. Elke vorm van haarverlies kan de persoonlijke identiteit sterk aantasten en iemand onzeker of depressief maken. Haarspecialisten en dermatologen merken dat patiënten met haarverlies vaker overdreven ongerust zijn of dat psychische factoren een belangrijke rol spelen. Ook patiënten met een psychiatrische problematiek als ingebeeld lelijkheid of zelf uitgelokte haarbeschadigingen consulteren vaak een dermatoloog of haarspecialist. Bij ingebeeld lelijkheid bestaat er een pathologische preoccupatie, gericht op een minimaal of onbestaand haarverlies. Sommige patiënten staan open

voor een doorverwijzing, anderen helemaal niet. Patiënten met haarmanipulaties kunnen niet weerstaan aan de drang om het haar uit te trekken of op een andere wijze te beschadigen. Dit artikel geeft wat praktische adviezen naar eerste aanpak en doorverwijzing.

TREFWOORDEN

Haarverlies - levenskwaliteit - psychologisch - ingebeeld lelijkheid - trichotillomanie

KEYWORDS

Alopecia - quality of live - psychological - body dysmorphic disorder - trichotillomania

LITERATUUR

1. Harth W, Blume-Peytavi U. Psychotrichology: psychosomatic aspects of hair diseases. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11:125-35.
2. Shivakumar S, Jafferany M, Sood S, Sushruth V. Cosmetic presentations and challenges of body dysmorphic disorder and its collaborative management. *Review. Cutan Aesthet Surg.* 2021;14:20-25.
3. Szepietowski JC, Salomon J, Pacan P, Hrehorów E, Zalewska A. Frequency and treatment of trichotillomania in Poland. *Acta Der Venereol.* 2009;89:267-70.
4. Happle R. Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting of shaving the hair. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:157-9.
5. Reich S, Trüeb RM. Trichoteiromania. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2003;1:22-8.
6. Singh R, Wilborn D, Lintzeri DA, Blume-Peytavi U. Health-related quality of life (hrQoL) among patients with primary cicatricial alopecia (PCA): A systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37:2462-73.
7. Huang CH, Fu Y, Chi CC. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in patients with androgenetic alopecia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2021;157:963-70.
8. O'Sullivan JDB, Peters EMJ, Amer Y, et al. The impact of perceived stress on the hair follicle: Towards solving a psychoneuroendocrine and neuroimmunological puzzle. *Front Neuroendocrinol.* 2022;66:101008.
9. Suchonwanit P, Kositkuljorn C, Pomsoong C. Alopecia areata: An autoimmune disease of multiple players. *Immunotargets Ther.* 2021;10:299-312.
10. Arck PC, Handjiski B, Hagen E, Joachim R, Klapp BF, Paus R. Indications for a brain-hair follicle axis (BHA): inhibition of keratinocyte proliferation and up-regulation of keratinocyte apoptosis in telogen hair follicles by stress and substance P. *FASEB J.* 2001;15:2536-8.
11. Grace SA, Sutton AM, Abraham N, Armbrecht ES, Vidal CI. Presence of mast cells and mast cell degranulation in scalp biopsies of telogen effluvium. *Int J Trichology.* 2017;9:25-29.
12. Kivanç-Altunay I, Savaş C, Gökdemir G, Köşlü A, Ayaydin EB. The presence of trichodynia in patients with telogen effluvium and androgenetic alopecia. *Int J Dermatol.* 2003;42:691-3.
13. Trüeb RM. The difficult hair loss patient: a particular challenge. *Int J Trichology.* 2013;5:110-4.
14. Lindsey SF, Tosti A. Ethnic hair disorders. *Review. Curr Probl Dermatol.* 2015;47:139-49.
15. Haskin A, Aguh C. All hairstyles are not created equal: What the dermatologist needs to know about black hairstyling practices and the risk of traction alopecia (TA). *J Am Acad Dermatol* 2016;75:606-11.

CORRESPONDENTIEADRES

Ria Willemsen

E-mail: riawil@telenet.be