

Trichotillomanie

door P. J. M. van Alphen*

Inleiding

Onder trichotillomanie wordt verstaan de ziekelijke zucht om de eigen haren uit te trekken (hoofdhaar, wenkbrauwen, wimpers, pubesbeharing, enz.). Freedman, Kaplan en Sadock (1972) spreken van 'morbid compulsion to pull out one's hair'. In de gangbare psychiatrische leer- en handboeken vindt men weinig over dit onderwerp. Een Nederlandse publicatie hebben wij, ook na uitvoerige informatie, niet kunnen ontdekken. Hallopeau (1889) heeft het beeld voor het eerst beschreven. Hij vat trichotillomanie op als een zelfstandig ziektebeeld, primair verwekt door een intensieve pruritus. Rond de eeuwwisseling vindt men door andere auteurs o.a. als verklaring genoemd: gewoonte bij zwakzinnigheid, tic bij nerveuze constitutie (tic d'épilation) en middel om de hersenschors tot intensieve arbeid te prikkelen. Gollnitz (1970) wijst erop, dat bijna alle kinderen graag met hun haar spelen. Evenals het nagelbijten schijnt ook het haar uittrekken een zekere bevrediging en ontspanning te geven.

Diverse aspecten lijken bij het haar uittrekken een rol te spelen. Iedereen schenkt dagelijks aandacht aan het haar. Men denke aan de tijd die wordt besteed aan het kapsel, het scheren en soms ook het epilieren van wenkbrauwen. De haardracht kan een belangrijke erotische aantrekkingskracht hebben. Barahal (1940) en Berg (1951) benadrukken de onbewuste betekenis van haar: zetel van kracht (Samson), teken van schoonheid en vruchtbaarheid. Het verwijderen van haar of baard in de droom wordt vaak geduid als castratiesymbool. Ook in folklore en mythen vinden wij soms de genitale symboliek van het haar (Medusa). De taal kent vele spreekwoorden met betrekking tot haar (elkaar in de haren vliegen; iets met de haren erbij slepen; met de handen in het haar zitten; etc.). Voorts vermelden wij de bijbelse gewoonte het hoofdhaar af te scheren of uit te rukken ten teken van rouw of droefheid. Ook moge herinnerd worden aan de tonsuur en de gewoonte in sommige culturen dat monniken het hoofdhaar afscheren.

* Uit de Psychiatrische Kliniek (Hoofd: Prof. Dr. S. J. Nijdam) van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Enkele Indianenstammen in Suriname epileren hun wenkbrauwen en wimpers. Wij kennen het kaalscheren verder als wraakoefening en bestraffing bij jonge vrouwen (na de bevrijding in 1945; Noord-Ierland). Het onteren heeft hier waarschijnlijk een relatie met de sexualiteit. Het kaal-zijn, het foet-zijn gedurende de groentijd lijkt meer de betekenis te hebben van kleineren. Het dwangmatig kaalscheren van het hoofd wordt trichotemnomanie genoemd. De associatie met alopecia dringt zich hier op.

Vanuit de ethologie is bekend dat haar uittrekken een enkele maal gezien wordt bij apen. Het wordt vrijwel uitsluitend aangetroffen bij geïsoleerd, sociaal gedepriveerd, opgevoede dieren, die bij frustraties de agressie op zichzelf richten. Opvallend is dat de dieren naast de automutillerende een groot aantal stereotype bewegingen maken.

De afgelopen jaren hebben wij acht patiënten gezien lijdende aan trichotillomanie. In dit artikel wordt eerst een oriëntatie vanuit de literatuur gegeven, gevolgd door een uitvoerige bespreking van drie ziektegeschiedenissen.

Literatuur

Zaidens (1951) beschouwt trichotillomanie, wanneer het oogwimpers, wenkbrauwen en pubesbeharing betreft, als een mild neurotisch syndroom met de onbewuste bedoeling nerveuze spanning te verminderen en als zodanig op te vatten als een masturbatiesubstituut. De prognose voor deze groep acht ze gunstig. Een slechte prognose geeft zij voor de patiënten die het hoofdhaar uittrekken. Dit zouden voornamelijk schizoïde mensen zijn. Soms worden de uitgetrokken haren opgegeten (trichofagie), waardoor zich in de maag een haarbal (trichobezoar) kan vormen, die ernstige spijsverteringsstoornissen kan veroorzaken.

Baltrusch en Kayser (1957) hebben 2 gevallen met de dieptepsychologische achtergrond beschreven. Aan het symptoom zou de onbewuste wens tot incorporeren van moederlijke liefde en geborgenheid ten grondslag liggen en als zodanig is het de uitdrukking van een regressie naar een vroeginfantiele ontwikkelingsfase. In dit verband is het verhaal van De Leeuw (1949) interessant. Hij vermeldt de geschiedenis van een man, die geopereerd werd wegens een trichobezoar. Een half jaar na het overlijden van zijn vrouw, met wie hij gelukkig gehuwd was, slikte hij in een depressieve bui haar afgesneden haarvlechten met enige glazen water door. Hij wilde zich hierdoor het leven benemen en daar hij dit deed met iets van zijn overleden vrouw, dacht hij na zijn dood dicht bij haar te zullen komen.

Buxbaum (1960) zoekt een van de oorzaken van de trichotillomanie in een gestoord beleven van de eigen lichamelijkeheid en verwijst daarbij naar Winnicott. De zuigeling bevredigt in de eerste 6-9 maanden zijn orale en tactiele behoeften bij de moeder (die hij als een deel van zichzelf beleeft) en bij zichzelf. Op het eind van het 1e en in de 1e helft van het 2e levensjaar leert het

kind in het bezig zijn met 'transitional objects' (stoffen dieren en andere zacht aanvoelende voorwerpen) langzamerhand de buitenwereld te verkennen en te accepteren. Met behulp van deze overgangsobjecten slaagt het kind erin, buitenwereld en eigen lichamelijkheid van elkaar te scheiden, en de moeder als wezen los van zijn eigen lichaam te zien. Kinderen, die onvoldoende huidcontacten en tactiele prikkels hebben gekregen in de periode van 9 maanden - 1½ jaar, tonen een ambivalente moederbinding en een onvoldoend losmakingsproces. Deze kinderen kunnen daarom geen gezonde, natuurlijke beleving van de eigen lichamelijkheid verwerven, ze zijn niet in staat tot echte medemenselijke betrekkingen, de libidineuze ontwikkeling blijft staan. Door angst-situaties en vereenzaming zouden deze kinderen tot auto-erotische driftbevredigingen zoals duimzuigen, nagelbijten en haar uittrekken komen. Hierdoor zou het kind zich bewust worden van zijn eigen existentie.

Stockmann (1962) beschrijft trichotillomanie bij 6 kinderen. Bij allen ontbreekt een liefdevolle verzorging, een moederlijke warmte. Verder valt bij de milieuanalyse op de onbeduidendheid c.q. het ontbreken van de vader in het gezin. In 4 gevallen wordt het symptoom gezien bij het oudste kind (bij 3 van deze kinderen begint het haar uittrekken rond de geboorte van het volgende kind). Een geval betreft een enig kind. Opmerkelijk is de depressieve stemming van de kinderen bij opname. Stockmann beschouwt dit als een zeer belangrijk symptoom. Vervolgens schildert hij trichotillomanie bij 3 psychiatrisch ernstig gestoorde kinderen. Hij stelt dat ook hier het haar uittrekken een neurotisch symptoom is, als onderdeel van het zogenaamde 'Anstaltssyndrom'. Trichotillomanie is volgens hem geen slechte gewoonte, maar een milieu-symptoom.

Städeli (1963) komt onder andere tot de volgende conclusie. De liefdes- en contactbehoefte is meestal in de eerste 2 levensjaren onvoldoende bevredigd. De emotionele ontwikkeling is gefixeerd op een niveau van een 1-3 jarig kind of geregredieerd naar een oraal-receptief of oraal-agressief niveau. Het beleven van de eigen lichamelijkheid is gestoord omdat een goede differentiatie tussen 'Ich' en 'Umwelt' niet ontwikkeld of weer ongedaan gemaakt is. Volgens hem wordt het haar uittrekken frequenter bij meisjes gezien en is het symptoom afhankelijk van de leeftijd. Wat betreft de persoonlijkheidsstructuur zou het vaak gaan om vitale, sthenische kinderen met een verhoogde prikkelbaarheid.

Greenberg en Sarnier (1965) introduceren de term 'hairpulling symbiosis' om de pathologische moeder-kind-relatie te beschrijven, die wordt gekarakteriseerd door wederzijdse afhankelijkheid en provocatie en die gewoonlijk de vader uitsluit. Bij een groot deel van hun adolescenten vinden zij ambivalente, beschermende, dominerende moeders met sterke, onbevredigde afhankelijkheidsbehoeften, die geneigd zijn 'double-bind' relaties aan te gaan. Ze zijn vaak gehuwd met passieve, afwerende en onaangepaste man-

nen. Zij benadrukken de interactiestoornis en de manier waarop het haar uittrekken wordt opgenomen in de gezinsconstellatie. Ook Mannino en Delgado (1969) benadrukken de emotionele deprivatie in de moeder-kind-relatie gedurende de eerste levensjaren. Psychodynamisch zou de meest significante factor het conflict zijn tussen het kind en het oorspronkelijk liefdesobject.

Greenberg (1969) heeft een geval bij een jonge vrouw geanalyseerd. Hij komt o.a. tot de conclusie dat trichotillomanie een poging is het oedipale conflict te overwinnen. Patiënte trekt haar haren uit om de moeder te demonstreren dat zij afstand doet van haar vrouwelijkheid en iedere seksuele aanspraak op de vader door zichzelf zo onaantrekkelijk mogelijk te tonen, waardoor de positie van de moeder onbedreigd blijft. Het bespreken van seksuele onderwerpen, zelfs indirect, brengt patiënte in een zichtbaar geagiteerde toestand. Greenberg wijst verder op het symptoom als masturbatie-aquivalent en op de aanwezigheid van sterke latent homoseksuele trekken.

Dielmann (1969) vond bij 5599 kinderen die van 1950-1966 werden opgenomen op de afdeling psychosomatiek van de Universitaire Kinderkliniek te Würzburg slechts 3 gevallen van trichotillomanie (0,05 %). In deze publicatie refereert de auteur Dührssen, die erop wijst dat trichotillomanie meestal optreedt in combinatie met andere symptomen (onychofagie, pavor nocturnus, enuresis, etc.). Soms treedt het verschijnsel alternerend op. Het zou bij trichotillomanie gaan om een opvallende koppeling van verdrongen woede-impulsen en intensieve liefdes- en afhankelijkheidsbehoeften. De agressieve tendenzen tegen anderen gericht, worden verdrongen, maar door het haar uittrekken komt het tot een rudimentaire driftdoorbraak. Volgens Mehregan (1970) ziet de dermatoloog gemiddeld 2-3 gevallen per jaar. Het betreft zeven maal vaker kinderen dan volwassenen. In 50-70 % liggen er duidelijk psychische stoornissen aan ten grondslag, meestal echter niet van ernstige aard. Minder dan 5 % zou psychiatrische hulp behoeven.

Karakteristiek is dat de alopecia incompleet is; men vindt in hetzelfde gebied beschadigde en normaal lijkende haarfollikels. De laesies zijn gewoonlijk asymptomatisch, een enkele keer wordt over jeuk geklaagd. Stephenson (1974) beschrijft een 10-jarig meisje dat haar oogwimpers uittrekt. (Het oog speelt in de onnipotente gedachtenwereld van het kind een grote rol). Hij wijst op de masochistische aspecten van het symptoom die een uitdrukking van angst zouden zijn.

Eenstemmigheid voor wat betreft de therapie vindt men in de literatuur geenszins. Genoemd worden onder andere medicamenteuze behandeling (Childers, 1958), bewegingstherapie en sociotherapeutische maatregelen als uithuisplaatsing en milieucorrectie (Göllnitz, 1970). Een belangrijke plaats nemen de gedragstherapeutische technieken in. Eenvoudige methoden zijn bijvoorbeeld manchetten (respons-preventie) en kaalscheren en kaalhouden van het hoofd gedurende enkele maanden (stimulus-contrôle).

Bayer (1972) beschrijft 'self-monitoring' en een milde vorm van aversie therapie bij trichotillomanie: de patiënt houdt zelf een grafiek bij van de frequentie van het gedrag dat gecontroleerd moet worden. Behalve dat patiënt positieve feedback krijgt, wordt hij zich bewust van de consequenties van zijn gedrag. De aversieve component in dit geval bestaat uit het dagelijks bewaren van de uitgetrokken haren, die elke week in afzonderlijke enveloppen aan de therapeut worden overhandigd. Bär en Kuypers (1973) geven de voorkeur aan aversieve conditionering en 'token economy' (het systematisch toepassen van bekrachtigers op het gewenste gedrag). Tenslotte worden in de literatuur diverse vormen van psychotherapie genoemd, o.a. psycho-analytisch georiënteerde psychotherapie (Ilan en Alexander, 1965).

Casuïstiek

Patiënte A. (16 jaar) trekt sinds 3 jaar het hoofdhaar uit. Tijdens de zwangerschap zou de moeder angstig en nerveus geweest zijn. De partus verliep zonder complicaties. Het eerste levensjaar was patiënte erg druk. Overigens een onopvallende psychomotore ontwikkeling. Patiënte is enig kind. Het gezin verhuisde frequent. Op haar 10e jaar vertrok de familie naar Noord-Frankrijk. Drie jaar later, in 1968, keerden ze terug naar Nederland. Patiënte heeft geruime tijd heimwee naar Frankrijk gehad en voelde zich vernederd omdat ze de 6e klas moest doubleren. Door haar klasgenootjes werd zij vaak uitgelachen wegens haar moeilijkheden met de taal en de andere wijze van rekenen. Ze had moeite met het aangaan van contacten, zag op tegen alles wat nieuw was en voelde zich thuis niet begrepen. Rond de overgang van Lagere School naar Huishoudschool zou patiënte begonnen zijn het hoofdhaar uit te trekken. Eind 1969 werd zij door een dermatoloog gezien. Hij vond geen organische afwijkingen en verwees haar naar een psycholoog. Met een regelmatige agogische psychotherapie werd geen verbetering bereikt. Uit de rapporten blijkt dat er weinig medewerking van de ouders was. In maart 1971 meldde patiënte zich op onze polikliniek, waar zij aanvankelijk door een andere therapeut met autogene training volgens Schultz werd behandeld. Een duidelijke verbetering werd niet gezien. Ook medicamenteuze therapie met Tegretol (5-carbamyl-5H-dibenzo-azepine) en later Dipiperon (pipamperone) had weinig succes. Eind 1971 zagen wij patiënte voor het eerst. Het somatisch onderzoek leverde een ferriprive anaemie op, waarvoor 3 maal daags 200 mg. ferrofumaraat werd voorgeschreven. Het E.E.G. was duidelijk onrijp, met bovendien rechts achter temporaal irriterende activiteit met fase-oppositie ter plaatse. Verder intern-neurologisch geen duidelijke afwijkingen. Psychiatrisch onderzoek en observatie: vrij fors, dysplastisch gebouwd meisje. Ze droeg een modieuze pet, waarbij opviel dat enkele haarplukjes zichtbaar bleven. Practisch gesproken was ze echter kaal (zie afb. 1). Er was een opvallende psychomotore on-



Afb. 1 22.12.1971



Afb. 2 19.7.1972

rust. Het contact verliep bijzonder moeizaam. Patiënte beschikte over een gering verbaal uitdrukkingsvermogen en praatte niet of nauwelijks spontaan. Over het algemeen was zij licht dysfoor gestemd, onverschillig en affectvlak. De intelligentie was matig en het introspectieve vermogen gering. Ze trok het haar 'zo maar' uit. Als ze het probeerde te laten, ging zij meer op haar nagels bijten. Er was een sterke neiging tot somatiseren (hoofdpijn, jeuk, lage rugklachten, etc.).

Wat betreft de gezinsstructuur viel op dat de vader wegens zijn werkzaamheden veel afwezig was. De moeder imponeerde als een onevenwichtige, dwangmatige vrouw. Zij was al geruime tijd onder psychiatrische behandeling wegens een geagiteerde depressie. Ze legde een duidelijk verband tussen haar eigen ziekte en de problemen rond haar dochter ('Als het met haar goed gaat, gaat het met mij ook goed').

Omdat wij blijkbaar met een zeer resistent gedrag te doen hadden dat weinig aanknopingspunten bood voor psychotherapie, en omdat symptoombestrijding vaak een gedragsverbetering kan bewerkstelligen, besloten wij december 1971 patiënte met aversie-therapie te behandelen volgens het operante paradigma. De procedure bestond hierin dat ongewenst gedrag (R) gevolgd werd door een aversieve stimulus (S-), in ons geval elektrische schokjes. Begonnen werd met elke dag een 20-minuten durende sessie. De elektroden werden aangelegd op wijs- en ringvinger, eerst van de rechter-, daarna de linkerhand. De onaangename sensatie werd 5-6 keer per minuut toegediend, terwijl patiënte met haar hand een trekbeweging bij haar hoofd uitvoerde. Daarbij moest zij luid en duidelijk zeggen: 'niet trekken'. Binnen 3 maanden bleek dat met deze gedragstherapeutische techniek de trichotillomanie genoeg geheel was verdwenen. Ook van betekenis leek dat de moeder een regelmatige begeleiding werd aangeboden om te trachten de pathologische band met haar dochter te beïnvloeden. Patiënte had duidelijk minder lichamelijke klachten, begon steeds

gemakkelijker te verbaliseren, kwam ook geleidelijk uit haar isolement en functioneerde sociaal beter. Er was een opmerkelijke stemmingsverbetering. De groeiende haardos (zie afb. 2) heeft daarbij zeker het enthousiasme en zelfvertrouwen gestimuleerd. Ongeveer een half jaar later zagen wij een kortdurende terugval. Patiënte voelde zich na een ruzie afgewezen door haar ouders en andere familieleden. Enkele gesprekken met het gezin waren voldoende om de impasse te doorbreken. Een paar maanden voor haar eindexamen Huishoudschool (begin 1973) begon patiënte zonder duidelijk aanwijsbare reden opnieuw haren uit te trekken. Haar vader was veel in het buitenland en de relatie met haar moeder was slechter geworden. Ze had weer iets van haar vroegere ontstemdheid. Patiënte wees onze adviezen van de hand en onttrok zich tenslotte aan verdere behandeling.

Patiënte B. (22 jaar) bezocht onze polikliniek in 1972 wegens een primaire enuresis nocturna en een sinds 5 jaar bestaande trichotillomanie en trichofagie. De laatste jaren klaagde zij bovendien over toenemende contactmoeilijkheden en angst voor sexualiteit. Zij consulteerde hiervoor in 1968 en 1971 reeds een zenuwarts, maar verbrak beide malen zelf de behandeling.

Patiënte is de oudste in een gezin met 2 kinderen. Tijdens de zwangerschap heeft de moeder 4-5 maanden moeten rusten wegens een placenta praevia. Bovendien bestond er hyperemesis gravidarum. De doktoren zouden haar weinig kans gegeven hebben op een levend kind. De geboorte vond plaats door forcipale extractie. De psychomotore ontwikkeling verliep normaal. Patiënte heeft geen prettige jeugdherinneringen. De vader, die een nogal slappe man geweest zou zijn, is in 1967 overleden aan een alcohol-myocardopathie. Met hem had zij een goed contact tot vlak voor zijn dood. Wel nam zij hem kwalijk dat hij van huis was weggelopen, maar ze had hierover later weer schuldgevoelens. De moeder stond in feite niet toe dat patiënte met haar vader een goede relatie had, al liet zij dit nooit rechtstreeks merken. Ze durfde geen vriendinnetjes mee naar huis te nemen omdat de moeder zich altijd vervelend en kritisch opstelde. Patiënte beschreef haar moeder als een heerszuchtige vrouw, die haar regelmatig onder druk zette. Zij liet dit toe, niet alleen omdat zij financieel afhankelijk was, maar veel meer omdat een verbreken van de relatie met haar moeder, haar weer confronteerde met de schuldgevoelens rondom de dood van de vader. Na het overlijden van haar vader moest zij van de moeder 3 jaar thuis blijven om de boekhouding van de slijterij bij te houden. In deze periode begon zij het hoofdhaar uit te trekken en op te eten. Intussen was zij ook verloofd. In 1972 behaalde patiënte het eindexamen H.B.S.-B. Zij wilde gaan studeren, maar was nog onzeker over de richting die ze zou kiezen. Hoewel ze eigenlijk niet veel van een huwelijk verwachtte, zou ze toch op korte termijn trouwen, omdat er voor haar enige voordelen een rol speelden zoals het gemakkelijker verkrijgen van huisvesting. Buitendien hoopte patiënte

een losser worden van de band met haar moeder te realiseren.

Somatisch onderzoek: intern-neurologisch geen duidelijke afwijkingen. Een Röntgenfoto van de maag naar de aanwezigheid van een trichobezoar, leverde evenmin bijzonderheden op.

Psychiatrisch onderzoek en observatie: dysplastisch gebouwde jonge vrouw. Het hoofdhaar was kort, met voornamelijk occipitaal kale plekken. Meestal trok ze het haar uit tijdens het lezen of boekhouden, maar vooral als iets niet lukte. Soms droeg ze een pruik, doch ook deze haren trok ze uit. Ze schaamde zich voor haar kale hoofd en liep daarom steeds met een muts op. Zelf beschouwde zij het haar uittrekken als een hinderlijk aanwendsel, zonder een duidelijk verband met spanningen e.d. Patiënte beschikte over een goede intelligentie. In het contact was zij vriendelijk, doch oppervlakkig. Er was een opvallende psychomotorische onrust en een sterke afweer van de emotionaliteit. Zij leek door haar onverschillig gedrag en het bagatelliseren van de klachten haar onzekerheid te willen verbergen. De sterke binding aan thuis beleefde zij echter wel als een probleem. De stemming wisselde, maar had over het algemeen een licht depressieve, soms dysfore ondertoon. Verder geen duidelijke psychopathologische verschijnselen.

Wij overwogen aanvankelijk, gezien de aard van de problematiek en de verstandelijke begaafdheid, een ontdekkende psychotherapie. Na enkele zittingen liet patiënte ons echter weten dat zij de behandeling niet wilde voortzetten. Medio 1973 vroeg zij opnieuw om een onderhoud omdat zij zeer leed onder haar kaalheid (of haar pathologische gewoonte?).

Patiënte was inmiddels gehuwd. De relatie met haar echtgenoot was zeker niet optimaal. Tenslotte was zij bereid een gedragstherapie te aanvaarden omdat zij meende dat hier minder bedreiging van uit zou gaan. Ook nu verbrak patiënte echter het contact.

Patiënte C. (22 jaar) trok reeds 2 jaar het hoofdhaar uit toen zij begin 1973 naar de afdeling psychiatrie van het Sint Radboudziekenhuis werd verwezen. De laatste maanden droeg zij, op instigatie van de moeder, een pruik. Deze maakte echter een gehavende indruk, omdat zij ook hieraan trok. Het haar-uittrekken werd door patiënte gebagatelliseerd, het liet haar onverschillig. Zelf legde ze een verband met de overdreven belangstelling van haar ouders voor het uiterlijk. Ze wist zich nog te herinneren dat haar moeder een aantal jaren geleden droomde dat patiënte kaal was. Daarbij was er in toenemende mate sprake van contactmoeilijkheden en activiteitsverlies. In haar opleidings- en werksituaties traden talloze mislukkingen op. Zij maakte zich zorgen over haar seksuele gerichtheid en was soms beangst voor haar eigen homofiele neigingen. Thuis isoleerde patiënte zich steeds meer. Ze was regelmatig agressief en uitte af en toe suicideverlangens.

Patiënte is de jongste in een middenstandsgezin met 2 kinderen.

De graviditeit, partus en vroege ontwikkeling leverden geen bijzonderheden op. De sfeer thuis was gespannen en ongezellig. Conflicten werden niet uitgesproken, maar ontkend. De vader wordt beschreven als een starre, dwangmatige man, de moeder komt uit haar beschrijving naar voren als autoritair en geneigd tot het aangaan van 'double-bind' relaties.

Patiënte voelde zich vaak door haar moeder min of meer gehanteerd omdat zij schuldgevoelens bij haar opriep. Op het eind van de Middelbare Schoolperiode kreeg patiënte haar eerste inzinkingen. Ze kreeg het gevoel te vervreemden van haar omgeving en leeg te zijn van binnen. Na het eindexamen M.M.S. is ze geleidelijk steeds duidelijker vastgelopen. Op grond hiervan werd patiënte medio 1972 elders opgenomen en tenslotte begin 1973 naar ons verwezen voor verdere observatie en behandeling.

Somatisch onderzoek: subtotaal alopecia capitis (zie afb. 3), onychofagie en enkele degeneratieve stigmata. Verder intern-neurologisch geen duidelijke afwijkingen.

Psychiatrisch onderzoek en observatie: vriendelijk lachend meisje met dysplastische, licht degeneratieve lichaamsbouw. Patiënte had grote moeite met het verbaliseren van haar problemen en bleef in het contact erg vaag. Ze praatte wel veel, maar zei eigenlijk weinig en rationaliseerde sterk. Ze imponeerde als een onzeker, sensitief meisje, dat met haar houding niet goed raad wist. Er waren zeer duidelijke stemmingsschommelingen. Ze zei vaak overvallen te worden door een bepaalde sfeer, veelal een herinneringsbeeld aan vroeger. De vorm van het denken had iets chaotisch. Inhoudelijk bleek patiënte gepreoccupeerd met 'gevoel', 'contact' en 'leefwereld'. Ze was bang voor passiviteit en voor het uiten van haar gevoelens. Zij wilde zich zelfstandig opstellen, maar bleek zeer afhankelijk van de ander te zijn, met name kon zij zich niet van thuis losmaken. Wij stelden als diagnose: karakterneurose met op de voorgrond tredend compulsief gedrag (trichotillomanie).



Afb. 3 16.4.1973



Afb. 4 3.12.1973

Met name wegens haar chaotisch functioneren en haar ik-zwakke persoonlijkheid werd aanvankelijk besloten tot een klinische, agogisch-supportieve therapie om te komen tot structuur en van daaruit tot het opbouwen van een relatie. Daarnaast kreeg patiënte intensieve bewegingstherapie om te werken aan de beleving van de eigen lichamelijkheid, om het gevoel van eigenwaarde te verhogen en de agressie te kanaliseren. Het haar uittrekken verminderde zeer duidelijk al in het begin van de opname. Van belang lijkt hierbij op te merken dat patiënte het contact met haar ouders weerde. Enkele maanden later kon zij weer zonder pruik rondlopen (zie afb. 4). Van een verbetering van de overige psychische stoornissen was echter nauwelijks sprake. In een later stadium zijn wij meer de nadruk gaan leggen op de relatieproblematiek en hebben wij door een regelmatige gezinsbegeleiding de wederzijdse afhankelijkheid enigszins kunnen doorbreken. Patiënte verleende geen enkele medewerking om het epileergedrag verder te analyseren (o.a. met behulp van 'self-monitoring'). Steeds duidelijker werd nu ook op de afdeling haar vroegere gedrag zichtbaar: ze hield zich niet aan afspraken, bleef regelmatig in bed liggen, leek apathisch, zeer labiel, soms negativistisch en dysfoor. Intussen bleef de moeder schuldgevoelens bij patiënte induceren. Zij dreigde zelfs in psycho-analyse te gaan als er geen verandering in het gedrag van haar dochter kwam! Blijkbaar had de moeder aan het verblijf van haar dochter op de psychiatrische afdeling of haar kaalheid voldoende om alléén patiënte tot zieke te definiëren. Geleidelijk begon zij weer meer haren uit te trekken. Na ruim 1 jaar klinische behandeling moesten wij tot de conclusie komen dat geen van de geboden therapieën resultaat had opgeleverd. Alles wat voor haar georganiseerd werd, wees zij af. Tenslotte bleef ons geen andere mogelijkheid dan haar te ontslaan, omdat de motivatie en de vorderingen van patiënte te gering waren om een continueren van de therapie op onze afdeling te rechtvaardigen.

Beschouwing

Ernstige trichotillomanie lijkt geen frequent voorkomend symptoom. In de loop van 2 jaar werden 4 patiënten naar onze polikliniek verwezen. De anderen zijn min of meer toevallig ontdekt en door ons uitgenodigd.

Ter adstructie zal op deze plaats iets gezegd worden over de andere patiënten die we gezien hebben. Het betreft vier geretardeerde patiënten waarvan drie op idioot en één patiënt om imbeciel niveau functioneren). Als gemeenschappelijke kenmerken kunnen de sterke tactielkineshetische praes-occupatie (o.a. stereotype bewegingen en jactatio capitis et corporis) en de autodestructieve neigingen genoemd worden. De drie eerstgenoemden zijn al jaren opgenomen in een tehuis voor geestelijk gehandicapten. De situatie van het zwakzinnige kind dient apart vermeld te worden. Deze patiënten krijgen vaak te weinig zintuiglijke prikkels en affectie ('environmental en maternal deprivation'). Tenslotte onze jongste patiënt, een jonge-

tje van 3 jaar, die sinds 1½ jaar het hoofdhaar uittrekt, waardoor beiderzijds een frontoparietale alopecia is ontstaan. Dit gedrag manifesteerde zich voor het eerst toen de moeder in verwachting was van haar 2e kind en weinig bemoeienis met patiëntje had. Het ging na enige tijd spontaan weer wat beter, maar het kind viel direct weer terug toen de ouders enkele weken alleen op vakantie gingen (objectverlies, separatie-angst?). Na een tonsillectomie ontstond een zo opvallende kaalheid dat de moeder familie-contacten begon te mijden.

Bij ons totale onderzoek zijn 6 vrouwelijke en 2 mannelijke patiënten betrokken, de leeftijd varieert van 3—36 jaar, het verstandelijk niveau van ernstig geretardeerd tot goed begaafd. Psychiatrisch-diagnostisch zijn de beschreven patiënten niet onder een bepaalde categorie te rangschikken. Geboorte-anamnese, vroege ontwikkeling en gezinsstructuur laten in enkele gevallen een stoornis in de moeder-kindrelatie vermoeden ('basic distrust'), resp. een neuropathische constitutie, waarbij meestal een algemene overprikkelbaarheid wordt gezien (Bij sommige patiënten vinden wij lichte tot duidelijke E.E.G.-afwijkingen). Bij alle patiënten vinden wij een min of meer ernstige contactstoornis, een prae-occupatie met het beleven van de eigen lichamelijkeheid en een behoefte aan tactiele prikkels, zoals jactatio, nagelbijten, duimzuigen, etc. (vergelijk Duxbaum (1960) en Dielmann (1969)). Bij enkele patiënten lijkt actueel of dreigend objectverlies een belangrijke pathogenetische factor voor de trichotillomanie (o.a. patiënte B. en het bovenvermelde 3-jarig jongetje).

Voor wat betreft de milieu-analyse vinden wij bij de drie beschreven patiënten duidelijk overeenkomsten met de conclusies van Stöckmann (1962) en Greenberg-Sarner (1965), met name de dominerende moeder en de onbeduidendheid, resp. het ontbreken van de vader. Wel lijkt bij onze patiënten (met name A. en C.) de dysforie meer op de voorgrond te staan dan de depressieve stemming. In de rapporten die door onze afdeling Sociale Psychiatrie zijn gemaakt, zien wij als gemeenschappelijke kenmerken dat de moeders hun kinderen niet de kans geven een eigen leven te leiden en dat zij een relatie met de vader eigenlijk niet toelaten. De kaalheid betekent voor de moeders een punt van grote irritatie (zeer duidelijk bij patiënte C.). Mogelijk is de agressie die in het haar uittrekken tot uiting komt niet alleen tegen zichzelf, maar ook tegen de moeder gericht. De onlustgevoelens worden op het eigen lichaam gericht, omdat ze anderszins niet geuit kunnen worden. Het betreft dan veelal mensen die op basis van hun neurotische persoonlijkheidsstructuur of gebrekkig integratievermogen niet in staat zijn tot normale regulering van hun agressie ('derived activities').

Wanneer wij trichotillomanie trachten te analyseren, lijken ons de volgende aspecten van belang.

1 *Gewoontevorming.* Göllnitz (1970) wijst hier ook op. Twee van de beschreven patiënten (B. en C.) dragen een pruik en trekken ook hieraan. Belangrijk is dat de prikkel hier uitblijft. Dit zou kunnen pleiten voor een uitgehold symptoom, maar van de andere kant juist het communicatieve aspect van de trichotillomanie kunnen onderstrepen (zie onder 4).

2 *De prikkel* die ervan uitgaat, al of niet vergezeld door pijn- of

lustgevoelens. Onze gedachte is dat er ten gevolge van een emotionele (en tactiele) deprivatie een sterke betrokkenheid op de eigen lichamelijke is, een blijvend hunkeren naar prikkels. (De tactus is immers voor de emotionele rijping van de mens van essentieel belang). Als extreem voorbeeld zou de anaclitische depressie bij zuigelingen genoemd kunnen worden, hoewel hier uiteraard meerdere factoren een rol spelen. Bij bepaalde situaties als frustratie, angst e.d. dient de prikkelsterkte te worden opgevoerd om tot een bevestiging van de eigen existentie te komen. (Vergelijk de gepresenteerde literatuur o.a. Buxbaum, 1960).

3 *Anthropologisch aspect.* Er lijkt een duidelijk verband te bestaan met automutilatief gedrag. Met name is dit opvallend bij de oligofrene patiënten. Illustratief voor de symbolische betekenis die het haar kan hebben is het volgende. Een patiënt met een schizofreniform syndroom laat zijn hoofdhaar afscheren nadat de relatie met een meisje is verflauwd. Het 'geen haar hebben' betekent voor hem 'haar niet meer hebben'. Nijdam (1974) heeft bij militaire keuringen enkele jongemannen gezien die vóór de keuring hun pubesbehaarung afschoren in verband met schuldgevoelens rondom de masturbatie.

Voor een verklaring van het frequenter voorkomen van trichotillomanie bij vrouwen zij men voorzichtig. De haarmode is tegenwoordig nogal uiteenlopend. Met de opmerking dat vrouwen hun haar langer laten groeien komt men bijvoorbeeld niet meer uit.

4 *Communicatieve aspect.* Het pathologisch gedrag wordt dan niet gezien als de uitdrukking van een individueel probleem, maar het verwijst naar een stoornis in het interactieproces binnen het gezin of daarbuiten. In dit verband lijkt het belangrijk te vermelden dat de patiënten in feite steeds hulp blijven afwijzen ('help-rejecting complainers') en dat het haar uittrekken frequent wordt gebagatelliseerd. Greenberg en Sarnet (1965) benadrukken de wijze waarop het gedrag is opgenomen in het gezinssysteem. Het is ons inziens meer essentieel te kijken naar de functie van het symptoom hier en nu (aandacht van de omgeving?, protest?, het opgeven van de vrouwelijke rol?) dan naar het waarom te blijven vragen.

Typische of specifieke verbanden tussen trichotillomanie en een bepaalde emotionele constellatie hebben wij niet kunnen vinden. De conclusie is dan ook niet bevredigend. De beschreven patiënten onttrokken zich veelal aan behandeling of gaven weinig kans tot verdere exploratie. Het gaat te ver om van een pathognomisch teken te spreken, maar er is wel een duidelijke objectieve weerstand, zoals wij die bijvoorbeeld kennen bij de anorexia nervosa, de addictie en de perversie.

Een specifieke therapie voor trichotillomanie is niet aan te wijzen. Met name gedragstherapie lijkt veelbelovend. De kans op recidief (zie patiënte A. en C.) of op symptoomverschuiving is echter zeker niet denkbeeldig. We hebben gezien dat in veel ge-

vallen het haar uittrekken een duidelijk interactiefenomeen is. De combinatie van een gedragstherapie met een hierop aansluitende gezinstherapie is ons inziens zeer zinvol. Hiernaast kan de prikkelbaarheid en de psychomotore onrust zonodig medicamenteus behandeld worden. Tenslotte kan een intensieve bewegingstherapie de behoefte aan tactiel contact bevredigen, een middel zijn om dat wat gevoeld wordt te leren verbaliseren en een eerste stap betekenen om te komen tot het uiten van gevoelens en het aangaan van een goed intermenselijk contact.

Samenvatting

Trichotillomanie of haar uittrekken wordt beschreven bij drie patiënten. Een prae-occupatie met het beleven van de eigen lichamelijkheid lijkt het gevolg te zijn van een vroege emotionele en tactiele deprivatie. Aan de hand van een literatuurbeschuouwing en eigen onderzoek worden enkele overwegingen en therapeutische mogelijkheden genoemd.

Literatuur

- Baltrusch H. J., Kayser F. (1957): Klinisch-Psychologische Studien in der Kinderklinik. Zwei Fälle von Trichobezoar und ihr psychodynamischer Hintergrund. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*.
- Bär L. H. J., Kuypers B. R. M. (1973): Behaviour therapy in dermatological practice. *British Journal of Dermatology* (88, 591).
- Barahal H. S. (1940): The psychopathology of hair-plucking (trichotillomania). *The Psychoanalytic Review* (27, 291-310).
- Bayer C. A. (1972): Self-Monitoring and mild aversion treatment of trichotillomania. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* (Vol. 3, pp. 139-141).
- Berg C. (1936): The unconscious significance of hair. *Int. Psychoanal.* (17, 73-88).
- Buxbaum E. (1960): Hairpulling and fetishism. *Psychoanal. Study Child.* (243-260).
- Childers R. T. (1958): Report of Two cases of Trichotillomania of Long Standing Duration and Their Response to Chlorpromazine. *J. Clin. Exp. Psychopath.* (19, 141-144).
- Dielmann E. (1969): Trichotillomanie im Kindesalter. *Arch. Kinderheilk.* (179, 105-11).
- Freedman A. M., Kaplan H. I., Sadock B. J. (1972): *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*. The Williams & Wilkens Co./Baltimore.
- Gollnitz G. (1970): *Neuropsychiatrie der Kindes- und Jugendalters*. Gustav Fischer Verlag Jena. (315-316).
- Greenberg H. R., Sarnier C. A. (1965): Trichotillomania. *Arch. Gen. Psychiatr.* (12, 482-489).
- Greenberg H. P. (1969): Transactions of a hair-pulling symbiosis. *Psychiat. Quart.* (43, 662-674).
- Hallopeau F. H. (1889): *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* X, 440-441.
- Ilan E., Alexander E. (1965): Eyelash and Eyebrow Pulling (Trichotil-

- lomania) Treatment of two Adolescent Girls. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, Vol. 3 No. 2, Oct. 1965.
- Leeuw J. H. A. de (1949): Trichobezoar. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. (93, III. 36, 3096).
- Mannino F. V., Delgado R. A. (1969): Trichotillomania in Children: A Review. *Amer. J. Psychiatr.* (126, 505-511).
- Mehregan A. H. (1970): Trichotillomania. *Arch. Derm.* (102, 129-133).
- Nijdam S. J. (1974): Persoonlijke Mededeling.
- Städeli H. (1963): Ein Beitrag zur Frage der Symptomwahl des Haarausreissen (I en II). *Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie* (12/3, 81-86; 12/4, 122-127).
- Stephenson P. S. (1974): Eyelash Pulling: A Rare Symptom of Anxiety. *Clinical Pediatrics*, Febr. 1974 (147-149).
- Stöckmann F. (1962): Kinderpsychiatrische Studie über die Trichotillomanie. *Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie*. (11, 281-290).
- Zaidens S. (1951): Self-inflicted dermatoses and their psycho-dynamics. *J. New. Ment. Dis.* (113, 395-404).