

Neurotische excoriaties en de obsessieve compulsieve stoornis

M. KOSSEN, G. GLAS

SAMENVATTING Zelfverwondend gedrag kan een symptoom zijn van diverse psychiatrische stoornissen. Neurotische excoriaties vormen een weinig beschreven vorm van zelfverwonding. Aan de hand van twee casussen wordt beschreven wat neurotische excoriaties zijn, bij welke psychiatrische stoornissen en persoonskenmerken deze voorkomen, wat de mogelijke verklaringen zijn en wat er bekend is over de behandeling. Neurotische excoriaties lijken als stoornis te passen binnen het spectrum van de obsessieve compulsieve stoornissen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 2, 129-133]

TREFWOORDEN diagnostiek, neurotische excoriaties, obsessieve compulsieve stoornis

Het verwonden van de eigen huid kan een symptoom zijn van een psychiatrische stoornis. In de DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition) is de *borderline* persoonlijkheidsstoornis de enige stoornis waarbij zelfverwonding (automutilatie) als een van de symptomen wordt genoemd (American Psychiatric Association 1994). Zelfverwondend gedrag wordt ook gevonden bij ziektebeelden als psychotische depressie, schizofrenie, nagebootste stoornis en impulsbeheersingstoornis (Van Moffaert 1990).

Naar aanleiding van twee patiënten die hun huid bij herhaling zeer ernstig beschadigen, wordt in dit artikel getracht een antwoord te geven op de volgende vragen: Wat is de descriptieve diagnose? Is er sprake van een apart ziektebeeld? Welke verklaringsmodellen zijn er? en: Wat is er bekend over de behandeling?

GEVALSBESPREKING

Patiënte A was een gescheiden vrouw van

51 jaar en zat langdurig in de WAO na vele conflicten met werkgevers. Zij was het ongewenste kind van een affectief verwaarlozende, ongehuwde moeder. Patiënte was sinds 25 jaar bekend met recidiverende depressies en tel- en controle-dwanghandelingen, zich uitend in vele rituele handelingen en automatismen. Zij meldde zich aan voor opname, omdat zij sinds 10 jaar de nagelriemen en de huid van de neus kapottrok met de vingers of met een naald. Patiënte begon als zij een onregelmatigheid vermoedde. Ze stopte pas als de huid 'glad' genoeg was. Deze handelingen voerde zij dagelijks uit gedurende twee tot twaalf uur. Zo stond zij regelmatig uren 'vast' onder een lantaarnpaal. Om te voorkomen dat zij begon, droeg zij handschoenen en vermeed zij spiegels.

Als behandeling heeft zij verschillende medicijnen geprobeerd (fluoxetine 60 mg/dag, fluvoxamine 300 mg/dag, clomipramine 200 mg/dag en lithiumadditie met concentraties tussen 0,8 en 1,2 mmol/l), alle zonder het gewenste effect.

Zij werd behandeld voor een obsessieve compulsieve stoornis (OCS) en ingesteld op venlafaxine 300 mg/dag gedurende 4 maanden. Dit gaf onvoldoende verbetering. De aangeboden gedragstherapie kon zij niet volgen door niet te verdragen spanning. Het denken werd dan chaotisch, met waandenkbeelden wat betreft de genezing van haar huid. Poliklinisch werd olanzapine 15 mg/dag geprobeerd, zonder resultaat. Na aanmelding voor neurochirurgische behandeling heeft patiënte zich gesuïcideerd.

Patiënt B is een gehuwde man van 62 jaar, van beroep instrumentenmaker en sinds 1984 in de WAO. In zijn jeugd is hij verbaal en fysiek mishandeld door vader. Volgens patiënt heeft vader zijn leven verwoest. Sinds 30 jaar heeft hij last van recidiverende depressies en smetvrees, waarbij hij zich veelvuldig wast uit angst voor geslachtsziekten. Hij meldt zich aan voor opname, omdat hij sinds 8 jaar meerdere uren per dag vellen van de handen trekt met de vingers en met scheermesjes.

Ook hier wordt een behandeling voor OCS gestart. Fluvoxamine 200 mg/dag geeft een duidelijke verbetering van de stemming, maar niet van het kapottrekken van de huid. Toegevoegde pimozide 2 mg/dag of risperidon 2 mg/dag geeft geen verandering van het beeld. Gedragstherapie wordt door patiënt als ondraaglijk ervaren en afgebroken.

BESPREKING

Wat is de descriptieve diagnose? In de literatuur worden steeds terugkerende manipulaties van de huid, die door patiënten als zinloos worden ervaren en waarbij ze kunnen toegeven dat zij de laesies zelf hebben veroorzaakt, omschreven met de term 'neurotische excoriaties' (NE) (Fruensgaard 1984). De laesies worden vaak geïnitieerd door jeuk of door onregelmatigheden (keratineprop, insectenbeet, acnepapels, wondkorst). Er bestaat een oncontroleerbare behoefte om aan de huid te peuteren. Dit kan plaatsvinden als men onnadenkend over de huid strijkt of vol-

gens een tevoren bedacht plan. Het peuteren geschiedt met de handen of een hulpmiddel. Meestal zijn makkelijk bereikbare plaatsen aangedaan.

NE komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De leeftijd van ontstaan varieert, maar de meeste vormen starten in de derde tot vijfde decade. Op het moment van de eerste presentatie is de gemiddelde duur van de stoornis tien tot twaalf jaar. Vaak komen patiënten eerst terecht bij een dermatoloog. De incidentie van NE onder klinische dermatologiepatiënten is 2% (Griesemer 1978).

Is er sprake van een apart ziektebeeld? Over NE is weinig geschreven. In de oudere literatuur werd gesproken over NE als aparte dermatologische stoornis, met primaire huidafwijkingen en een op de huid gefixeerde patiënt, die de vicieuze cirkel instandhoudt (Wilson 1874; Zaidens 1964). De laatste twintig jaar wordt NE meer als een psychiatrische stoornis gezien. Comorbide aandoeningen zijn de depressieve stoornis, angststoornissen, conversie en obsessieve compulsieve persoonlijkheidstrekken (Fruensgaard 1984). Afgezien van Primeau & Fontaine (1987), die schrijven dat compulsies bij OCS uit automutilatieve handelingen kunnen bestaan (oogboldrukken en trichotillomanie), gaan onderzoekers uit van NE als apart psychiatrisch ziektebeeld.

In de afgelopen jaren zijn er echter steeds meer stoornissen beschreven die qua etiologie, symptomen en therapierespons overlap tonen met OCS. Deze stoornissen behoren tot het obsessieve compulsieve spectrum (Hollander & Benzaquen 1997). Hiertoe worden ziekten als anorexia nervosa en stoornissen in de lichaamsbeleving gerekend (met de nadruk op de compulsieve, risicovermijdende kant) en stoornissen als tics, trichotillomanie, boulimie, gokken, automutilatie en de borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis (met de nadruk op de impulsieve kant). NE vertoont veel overeenkomsten met bijvoorbeeld trichotillomanie, tics en

automutilatie. Hierbij staan niet zozeer de intrusieve dwanggedachten voorop, als wel de herhaalde motorische handelingen. Verder is er geen sprake van psychotische zekerheid, maar van onzekerheid en twijfel.

Welke verklaringsmodellen zijn er? Volgens het leertheoretische model zou het produceren van de huidlaesies een aangeleerde vorm van coping kunnen zijn voor een niet te verdragen stimulus, zoals jeuk, een onregelmatigheid of een intrusieve gedachte. Met ritualisering van het gedrag wordt de gedachte of het gevoel dat 'het niet af is' weggewerkt. Deze intrusies en compulsies passen bij perfectionisme in de subtypering van OCS door Rasmussen & Eisen (1992). Naast perfectionisme worden in deze subtypering 'abnormale risicoperceptie' en 'pathologische twijfel' onderscheiden.

Het spanningsreductiemodel van OCS, waarbij de oplopende spanning geneutraliseerd moet worden met dwanghandelingen, lijkt ook bij NE van toepassing. Wells e.a. (1999) hebben dit onderzocht voor ernstig nagelbijten. Deze chronische gewoonte werkt spanningsreducerend, waarbij de spanning in het lichaam op een acceptabel niveau wordt gehouden.

Fruensgaard (1991) geeft als psychodynamische verklaring dat de agressiehuishouding bij patiënten met NE verstoord is. Deze patiënten worden omschreven als perfectionistisch, faalangstig, krenkbaar en sociaal gereserveerd. Het ene moment is de agressie explosief op de ander gericht en het andere moment op zichzelf.

Biologische verklaringsmodellen specifiek voor NE treft men in de literatuur niet aan. Aannemelijk is dat er een overlap bestaat met biologische modellen voor depressie, angst en dwang. OCS-diermodellen voor cutane beschadiging, zoals het acrale likmodel bij honden, komen daarbij het eerst in beeld. Zo blijkt likgedrag toe te nemen als de bewegingsvrijheid afneemt (Rapoport 1991). Een hypothese zou kunnen zijn dat het 'psychische territorium' door een dwangstoornis wordt verkleind, met als

gevolg een groter risico van autoagressief gedrag bij daarvoor gevoelige mensen.

Wat is er bekend over de behandeling? Onze patiënten reageerden niet op de gegeven medicatie (onder meer clomipramine, fluoxetine of fluvoxamine), die wel werkzaam is tegen compulsieve handelingen bij OCS (NVVP 1998, pp. 20-25).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van NE. Kalivas (1991) heeft in een onderzoek 28 NE-patiënten met sertraline behandeld (gemiddeld 95 mg/dag). Na een maand zijn 19 van de 28 patiënten klinisch verbeterd, ongeacht de comorbiditeit. Enkele patiënten met NE ondervinden een positief effect van doxepine 30-75 mg/dag (Harris e.a. 1987), clomipramine 50 mg/dag (Gupta e.a. 1986), pimozide 2 mg/dag (Duke 1983) en naltrexon 50 mg/dag (Smith & Pittelkow 1989).

Gedragstherapie, cognitieve therapie en psychodynamische psychotherapie zijn wisselend succesvol gebleken bij NE. Mededelingen over psychotherapeutische successen zijn anekdotisch en ongecontroleerd. Fruensgaard (1991) heeft het verdwijnen van huidlaesies gerapporteerd bij zeventien van twintig patiënten vijf jaar na ondersteunende psychiatrische contacten. De resultaten zijn beter naarmate het interval tussen het ontstaan van de klachten en behandeling korter is.

Er zijn geen onderzoeksresultaten bekend van patiënten met NE die neurochirurgie hebben ondergaan. Als NE nauw verwant is aan OCS, kan gedacht worden aan interne capsulotomie (Waziri 1990). Bij ongeveer 60% van de patiënten met OCS treedt een sterke verbetering of een volledige remissie op binnen 3 tot 6 maanden na de operatie.

CONCLUSIE

De meeste handelingen aan onze huid zijn niet pathologisch, maar juist functioneel. Tegelijk is de buitenkant van het lichaam een makkelijk bereikbaar terrein bij oplopende span-

ning. Er is een continuüm, verlopend van functioneel gedrag via redelijk onschuldig peuten naar ernstige zelfdestructieve acties.

De zelfverwonding bij onze patiënten valt descriptief binnen de diagnose NE, maar dit lijkt niet een opzichzelfstaande stoornis te zijn. NE past binnen het spectrum van de obsessieve compulsieve stoornis. Er is sprake van een 'moeten' en een subjectief gevoel van dwang. De handelingen gebeuren op een rituele wijze tot het 'af' is, waarna de verwachte spanningsdaling plaatsvindt. De motorische component van de zich herhalende bewegingen speelt een grote rol. Patiënten zelf ervaren het als onzinnige (egodys-tone) handelingen.

Er is geen duidelijke (psychotische) reden aanwezig, zoals bij de parasitaire of meer hypochondrische wanen. De huidverwondingen doen denken aan laesies bij dermatitis artefacta of simulatie. Belangrijk verschil is dat de NE-patiënt nooit geheimzinnig doet over de ontstaanswijze.

Een ondubbelzinnige, monocausale verklaring voor de huidbeschadigingen ontbreekt. Mogelijk is de aanleiding een primaire trigger vanuit de huid (jeuk of irregulariteit), naast stress in de omgeving, gevolgd door intrusieve gedachten over imperfectie, waarbij de spanning hoog oploopt, bij mensen die geneigd zijn agressie op zichzelf te richten.

Dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek over de behandeling ontbreekt. Gezien de overeenkomsten met OCS ligt het voor de hand om in eerste instantie te kiezen voor een combinatie van hooggedoseerde antidepressiva (selectieve serotonineheropnameremmers of tricyclische antidepressiva), psycho-educatie en (cognitieve) gedragstherapie.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Duke, E.E. (1983). Clinical experience with pimozide: emphasis on its use in postherpetic neuralgia. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 8, 845-850.
- Fruensgaard, K. (1984). Neurotic excoriations: A controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69 (Suppl. 312), 1-52.
- Fruensgaard, K. (1991). Psychotherapeutic strategy and neurotic excoriations. *International Journal of Dermatology*, 30, 198-203.
- Griesemer, R.D. (1978). Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatric Annals*, 8, 407-412.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., & Haberman, H.F. (1986). Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 381-386.
- Harris, B.A., Sherertz, E.F., & Flowers, F.P. (1987). Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy. *International Journal of Dermatology*, 26, 541-543.
- Hollander, E., & Benzaquen, S.D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorder. In J.A. den Boer & H.G.M. Westenberg (Red.), *Obsessive Compulsive Spectrum Disorders* (pp. 33-44). Amsterdam: Synthesis.
- Kalivas, J., Kalivas, L., Gilman, D., e.a. (1996). Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Archives dermatology*, 132, 589-590.
- Moffaert, M.M.P. van (1990). Automutilatie. *Organorama*, 1, 3-6.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). *Richtlijn farmacotherapie angststoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Primeau, F., & Fontaine, R. (1987). Obsessive disorder with self-mutilation: a subgroup responsive to pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 699-701.
- Rapoport, J.L. (1991). Recent advances in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 5, 1-10.
- Rasmussen, S.L., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (Suppl.), 4-10.
- Smith, K.C., & Pittelkow, M.R. (1989). Naltrexone for neurotic excoriations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20, 860-861.
- Waziri, R. (1990). Psychosurgery for anxiety and obsessive-compulsive disorders. In R. Noyes, M. Roth & G.D. Burrows (Red.), *Handbook of Anxiety: Vol. 4* (pp. 519-535). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Wells, J.H., Haines, J., Williams, C.L., e.a. (1999). The self-mutilative nature of severe onychophagia: a comparison with self-cutting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 40-47.
- Wilson, E. (1875). Lectures on dermatology. In *Lectures at the College of Surgeons* (pp. 187-218).
- Zaidens, S.H. (1964). Self-induced dermatoses. *Skin*, 3, 135.

AUTEURS

M. KOSSEN en G. GLAS zijn respectievelijk arts-assistent in opleiding en psychiater, ten tijde van het schrijven van dit artikel in het UMC Utrecht. Laatstgenoemde is tevens bijzonder hoogleraar reformatorische wijsbegeerte aan de Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: mevrouw M. Kossen, arts-assistent i.o., Altrecht locatie RPC Zeist, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-2001.

SUMMARY

Neurotic excoriations and obsessive-compulsive disorder. A case study – M. Kossen, G. Glas –

Self-mutilation can be a symptom of various psychiatric disorders. Neurotic excoriations are a rarely described subtype of self-mutilation. After the presentation of two vignettes, the article describes the phenomenon of neurotic excoriations, comorbid conditions including personality traits, possible explanations and treatment options. Neurotic excoriations may be regarded as part of the spectrum of obsessive-compulsive disorders.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2002) 2, 129-133]

KEYWORDS diagnosis, neurotic excoriations, obsessive-compulsive disorder