

# De diagnostiek en de psychofarmacologische behandeling van trichotillomanie

## Een literatuurstudie

*door J.P.C. Jaspers*

Gepubliceerd in 1994, no. 5

### Samenvatting

**In dit artikel worden op basis van de recente literatuur twee vragen beantwoord. De eerste vraag betreft de diagnostiek: kan trichotillomanie worden opgevat als een variant van obsessief-compulsieve stoornis? De tweede vraag betreft de behandeling: zijn psychofarmaca, in het bijzonder serotonine-heropnameremmers, effectief in de behandeling van trichotillomanie?**

Om de eerste vraag te beantwoorden wordt aandacht besteed aan het klinisch beeld, de comorbiditeit en andere diagnostische overwegingen. De verschillen tussen trichotillomanie en obsessief-compulsieve stoornis blijken te groot om de eerste vraag bevestigend te kunnen beantwoorden.

Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de klinische studies, verricht naar het effect van psychofarmaca in de behandeling van adolescenten en volwassenen met trichotillomanie. Naast twee gecontroleerde studies worden zeven open studies beschreven. De resultaten lopen sterk uiteen en zijn inconsistent.

### Inleiding

Monniken van de Jain-gemeenschap in India trekken met de hand al hun haren uit hun hoofd. Dit ritueel, 'Locha' geheten, wordt op ceremoniële wijze uitgevoerd. Hiermee geeft men te kennen afstand te hebben genomen van fysieke pijn (Shome e.a. 1993). Behalve in de context van dit sociaal geaccepteerde ritueel wordt het overmatig uittrekken van het eigen hoofdhaar op zijn minst beschouwd als een ongewenste gewoonte of, erger, als teken van psychopathologie.

Trichotillomanie, de onweerstaanbare drang om de eigen haren uit te trekken met als resultaat zichtbaar haarverlies, wordt in de DSM-III-R gerangschikt onder de stoornissen in de impulscontrole. Tot voor kort werd deze stoornis als relatief zeldzaam beschouwd. In de eerste plaats op basis van klinische ervaring. De gemiddelde dermatoloog zou slechts met twee tot drie gevallen per jaar worden geconfronteerd (Mehregan 1970). In de tweede plaats op basis van studies in klinische populaties. In de meeste van deze studies is de prevalentie ver onder de 1%, zowel in groepen die dermatologische hulp zoeken als in groepen die psychiatrische hulp zoeken.

Al worden ook wel hogere schattingen in de literatuur genoemd (Azrin en Nunn 1978), over de prevalentie in de totale populatie is nagenoeg niets bekend. De enige studie in een niet-klinische groep is die van Christenson e.a. (1991d), waarin een 0,6% levensloopprevalentie van trichotillomanie volgens DSM-III-R-criteria bij eerstejaars studenten is vastgesteld. Haar uittrekken met zichtbaar haarverlies, zonder dat aan alle criteria van de DSM-III-R wordt voldaan (zie tabel 1), kwam echter veel vaker voor: bij 1,5% van de mannen en 3,4% van de vrouwen.

*Tabel 1: Diagnostische criteria voor trichotillomanie (DSM-III-R)*

- 
- a. Herhaaldelijk niet in staat zich te verzetten tegen de impulsen zich de haren uit te trekken, hetgeen leidt tot zichtbaar haarverlies.
  - b. Toenemend gevoel van spanning onmiddellijk vóór het haar uittrekken.
  - c. Bevrediging of een gevoel van opluchting na het uittrekken van het haar.
  - d. Geen verband met een reeds tevoren aanwezige ontsteking aan de hoofdhuid en geen reactie op een waan of hallucinatie.
- 

Gelet op de schaamte waarmee dit meestal als bizar ervaren gedrag is omgeven, kan zeker sprake zijn van onderrapportage van deze stoornis (Boersma en Oranje 1992). Niet alleen is de drempel om hulp te zoeken hoog, ook wordt nogal eens ontkend dat het haarverlies door haar uittrekken is veroorzaakt (Van Moffaert en Rooymans 1992). Mede hierdoor zijn weinig studies beschikbaar waarin grotere groepen patiënten met trichotillomanie zijn onderzocht. De laatste jaren is dat op enkele plaatsen wel gelukt, waarbij vragen over de diagnostiek en behandeling naar voren zijn gekomen. Ten aanzien van de diagnostiek is in het bijzonder de vraag aan de orde of trichotillomanie niet eerder een variant van obsessief-compulsieve stoornis is in plaats van een stoornis in de impulscontrole. Ten aanzien van de behandeling is dan de vraag in hoeverre psychofarmaca, met name die psychofarmaca die ook bij obsessief-compulsieve stoornis worden toegepast, effectief zijn in de behandeling van trichotillomanie. In dit artikel zullen deze twee vragen aan de hand van de beschikbare literatuur worden beantwoord.

### **Diagnostiek**

Trichotillomanie op de vroege kinderleeftijd wordt in de literatuur onderscheiden van trichotillomanie op latere leeftijd. Eerstgenoemde vorm begint gemiddeld op de kleuterleeftijd, wordt opgevat als een ongewenste gewoonte, zoals nagelbijten, en is meestal van voorbijgaande aard.

Laatstgenoemde vorm ontstaat veelal rond het begin van de puberteit, is chronisch van aard (de gemiddelde duur van de stoornis is in de meeste studies ver boven de tien jaar) en moeilijk te behandelen. Er bestaan weliswaar geen studies waarin jonge kinderen met trichotillomanie langdurig zijn gevolgd, maar uit het gegeven dat bij adolescenten en volwassenen de trichotillomanie bijna altijd pas op latere leeftijd is begonnen, kan worden afgeleid dat hier sprake is van te onderscheiden groepen (Swedo en Leonard 1992). Ook op basis van andere verschillen kan deze conclusie worden getrokken. In de jongere leeftijdsgroep treft men meer jongens dan meisjes aan (Swedo en Rapoport 1991), terwijl in alle studies bij oudere groepen een sterke oververtegenwoordiging van vrouwen (70 tot 90% vrouwen) is terug te vinden. In dit artikel beperken we ons tot trichotillomanie bij adolescenten en volwassenen.

*Klinisch beeld* - De meest uitgebreide klinische beschrijvingen van trichotillomanie zijn die van Christenson e.a. (1991a) en Swedo en Leonard (1992). Zij baseren deze beschrijving op respectievelijk 60 en 43 patiënten.

De grote meerderheid van de patiënten trekt op meerdere plaatsen van het lichaam haren uit. Bij ongeveer tweederde betreft dit de hoofdhuid (schedel), omstreeks de helft trekt haren uit de wenkbrauwen en wimpers. Aanzienlijk minder frequent gaat het om schaamhaar, baard, snor, of haren op armen, benen of borst. Waar het de schedel betreft zijn er individueel meestal duidelijke voorkeurslocaties (vertex, temporaal, occipitaal of frontaal). De ernst van het haarverlies op de betreffende plaats kan variëren van een waarneembaar dunnere beharing tot volledig kale plekken. Het

haarverlies wordt zo goed mogelijk gecamoufleerd met behulp van make-up, haarstijl, hoofddoekjes of pruiken.

De haren worden bijna altijd één voor één uitgetrokken. Vaak is er een voorkeur voor haren die dik of ruw aanvoelen. Alle patiënten trekken haren uit met hun vingers, een minderheid gebruikt bovendien soms een pincet.

Bij ongeveer de helft is sprake van een orale component in het ritueel. De uitgetrokken haren worden in de mond genomen of er wordt aan gelikt. Sommigen eten de haren op, hetgeen tot opeenhoping van haren in de ingewanden (trichobezoar) kan leiden. Deze complicatie is echter vrij zeldzaam, vaker komt het voor dat alleen de haarwortel wordt afgebeten en opgegeten.

De hoeveelheid uitgetrokken haren, het aantal episodes en de totale hoeveelheid tijd die aan het haar uittrekken wordt besteed, variëren sterk. In ernstige gevallen kan het gaan om meerdere uren per dag, waarin enkele honderden haren worden uitgetrokken. Slechts bij een kleine minderheid gaat tijdens het haar uittrekken alle aandacht naar deze activiteit. Ook het automatisch haar uittrekken, waarvan men zich niet bewust is, komt weinig voor. Aandacht en bewustzijn voor het gedrag zijn meestal in meer of mindere mate aanwezig. Wel valt op dat het gedrag vooral in twee typen situaties optreedt: situaties waarin sprake is van negatieve emoties, zoals spanning, ergernis, onzekerheid en in situaties waarin men stilzit en vaak alleen is, zoals huiswerk maken, tv kijken, lezen (Christenson e.a. 1993). Voor bijna alle patiënten geldt dat 's avonds de meeste haren worden uitgetrokken.

Opmerkelijk is dat de grote meerderheid aangeeft dat het uittrekken van de haren niet als pijnlijk wordt ervaren. Wel probeert men weerstand te bieden tegen de aandrang. Bijna alle patiënten ervaren een toenemend gevoel van spanning vlak vóór het haar uittrekken (criterium B van de DSM-III-R) en een gevoel van bevrediging of opluchting erna (criterium C van de DSM-III-R). Christenson e.a. (1991a) vonden in hun groep van 60 patiënten dat allen aan ten minste één van deze criteria voldeden, maar dat 17% slechts aan één criterium voldeed.

*Comorbiditeit* - Tot voor kort bestond geen inzicht in de comorbiditeit bij trichotillomanie. Thans zijn enkele onderzoeken beschikbaar waarin aanvullende informatie over As 1- en As 2-stoornissen is verzameld.

Christenson e.a. (1991a) stelden bij 49 (82%) van de 60 patiënten die zij onderzochten ten minste één As 1-stoornis (anders dan trichotillomanie) vast, thans of in het verleden. De levensloopprevalentie was het hoogst voor stemmingsstoornissen (65%); op het moment van onderzoek voldeed 23% aan de criteria voor depressie in engere zin. De levensloopprevalentie voor angststoornissen bedroeg 57%, met enkelvoudige fobie (32%) en algemene angststoornis (27%) als meest voorkomende stoornissen. Slechts bij 15% was sprake van obsessief-compulsieve stoornis. Eetstoornissen en stoornissen door het gebruik van middelen kwamen bij ongeveer 20% van de patiënten voor.

Swedo en Leonard (1992) stelden bij 29 (78%) van de 37 geïnterviewde patiënten ten minste één As 1-stoornis vast. Ook in deze groep betrof het voornamelijk stemmings- en angststoornissen, met depressie in engere zin (40%) en algemene angststoornis (32%) als meest voorkomende stoornissen. Eetstoornissen en stoornissen door het gebruik van middelen kwamen in deze groep weinig voor, respectievelijk 5 en 16%. Een ander verschil met de groep uit het onderzoek van Christenson e.a. (1991a) is dat Swedo en Leonard een huidige obsessief-compulsieve stoornis als uitsluitingscriterium voor hun groep hebben genomen. Om hoeveel patiënten het hierbij gaat wordt niet vermeld. Wel vermelden zij dat van de geïnterviewde groep 16% een obsessief-compulsieve stoornis in de voorgeschiedenis had.

Winchel e.a. (1992) stelden bij 11 (55%) van de 20 patiënten die zij in hun onderzoek naar het effect van fluoxetine betrokken, ten minste één As 1-stoornis vast. Dit relatief lage aantal kan wellicht mede verklaard worden uit de 'strengere' uitsluitingscriteria: patiënten met een huidige diagnose depressie in engere zin, levensloopdiagnose bipolaire stoornis of psychotische stoornis werden uitgesloten. Hoeveel patiënten het hier betrof wordt niet vermeld. Opvallend is dat zij bijna uitsluitend stemmingsstoornissen vaststelden.

Ook over de comorbiditeit van As 2-stoornissen zijn enige onderzoeksgegevens beschikbaar. Christenson e.a. (1992) vergeleken 48 vrouwen met trichotillomanie met 48 op leeftijd gematchte vrouwelijke poliklinische psychiatriepatiënten. Naast een gestructureerd interview voor DSM-III-R-persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-R) werd de MMPI-2-persoonlijkheidsvragenlijst afgenomen. Van de trichotillomaniegroep kreeg 42% een As 2-diagnose. In de vergelijkingsgroep was significant vaker sprake van borderline-persoonlijkheid, namelijk tienmaal tegen slechts eenmaal in de trichotillomaniegroep. Verder waren er geen significante verschillen in frequentie van diagnoses tussen de groepen. In de trichotillomaniegroep werden de volgende stoornissen het vaakst vastgesteld: theatrale persoonlijkheid (15%), ontwijkende persoonlijkheid (10%), afhankelijke persoonlijkheid (8%) en dwangmatige persoonlijkheid (8%). Bij vergelijking op de MMPI-2 viel op dat bij de trichotillomaniegroep sprake was van een betere psychologische aanpassing en minder persoonlijkheidsproblematiek, met name minder depressie dan bij de psychiatrische groep.

Swedo en Leonard (1992) stelden bij 14 (38%) van de 37 geïnterviewde patiënten ten minste één As 2-stoornis vast, waaronder tienmaal theatrale, zevenmaal borderline- en zesmaal passief-agressieve persoonlijkheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat bij ongeveer 80% van de patiënten met trichotillomanie ten minste één andere As 1-stoornis werd vastgesteld en bij ongeveer 40% een As 2-stoornis. De beperkte onderzoeksgegevens stemmen wat betreft de aard van de stoornis redelijk overeen als het gaat om As 1; ten aanzien van As 2 zijn de verschillen groter.

*Trichotillomanie en obsessief-compulsieve stoornis* - In de literatuur worden drie argumenten genoemd ter ondersteuning van de opvatting dat trichotillomanie wellicht het best opgevat kan worden als een variant van obsessief-compulsieve stoornis. Allereerst de opvallende overeenkomsten in het klinisch beeld. Ten tweede gegevens uit de familieanamnese, die wijzen op een verhoogde prevalentie van obsessief-compulsieve stoornis bij eerstegraads familieleden van patiënten met trichotillomanie (Swedo en Rapoport 1991). Ten derde de resultaten van studies naar de effecten van psychofarmaca, met name de serotonine-heropnameremmers clomipramine en fluoxetine, die ook worden toegepast bij de behandeling van obsessief-compulsieve stoornis. Nog afgezien van de vraag hoe steekhoudend deze argumenten zijn, zijn ook tegenargumenten geformuleerd, waarover later meer.

Opvallend is dat een directe vergelijking van patiënten met trichotillomanie versus patiënten met obsessief-compulsieve stoornis nauwelijks heeft plaatsgevonden. Stanley e.a. (1992) zijn de enige onderzoekers die deze vergelijking wel hebben gemaakt. Uit hun onderzoek, waaraan acht trichotillomaniepatiënten en dertien patiënten met obsessief-compulsieve stoornis deelnamen, kwamen belangrijke klinische verschillen tussen beide groepen naar voren. Trichotillomanie begon op jongere leeftijd dan obsessief-compulsieve stoornis, gemiddeld op respectievelijk 13- en 20-jarige leeftijd. Bij vergelijking van de aard van de symptomen valt op dat de aandrang om het symptoomgedrag uit te voeren sterker is bij obsessief-compulsieve stoornis en dat het uitvoeren van het gedrag bij obsessief-compulsieve stoornis niet en bij trichotillomanie wel met 'genot' gepaard gaat. Op de 'Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale', een beoordelingsschaal die door Stanley e.a. (1993) werd aangepast voor trichotillomanie, scoren de patiënten met trichotillomanie lager, hetgeen vooral is toe te schrijven aan het feit dat obsessieve gedachten bij trichotillomanie significant minder voorkomen

dan bij patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis. Ook geassocieerde obsessief-compulsieve symptomen, zoals vermijding en besluiteloosheid, kwamen minder voor bij trichotillomanie. Uit de 'Leyton Obsessional Inventory' (LOI), een zelfrapportagevragenlijst voor obsessief-compulsief gedrag, bleek dat het symptoomgedrag en de mate waarin dit interfereerde met het dagelijkse leven voor trichotillomanie significant geringer waren dan bij obsessief-compulsieve stoornis. Uit verschillende angst- en depressiematen (Hamilton, Beck, Spielberger) bleek trichotillomanie met minder angst en depressie gepaard te gaan dan obsessief-compulsieve stoornis.

### **Het effect van psychofarmaca op trichotillomanie**

*Gevalsbeschrijvingen* - In de literatuur over medicamenteuze behandeling van trichotillomanie ontbraken tot voor kort gecontroleerde studies. Swedo e.a. (1989) waren de eersten die de toepassing van tricyclische antidepressiva bij trichotillomanie systematisch onderzochten. Vóór die tijd waren wel gevalsbeschrijvingen gepubliceerd waarin verschillende psychofarmaca als effectief waren beschreven. Swedo e.a. (1989) noemen onder andere chloorpromazine, amitriptyline en imipramine. Ook de laatste jaren zijn nog gevalsbeschrijvingen verschenen, met name over het positieve effect van fluoxetine (Alexander 1991), trazodon (Sunkureddi en Markovitz 1993) en clomipramine (Hollander e.a. 1993); clomipramine ook wel in combinatie met corticosteroiden voor cutaan gebruik (Black en Blum 1992; Gupta en Freimer 1993).

*Gecontroleerde studies* - Swedo e.a. (1989) vatten trichotillomanie op als een variant van obsessief-compulsieve stoornis. Zij verwezen naar literatuur waaruit bleek dat clomipramine effectiever is dan placebo en superieur boven andere antidepressiva bij de behandeling van obsessief-compulsieve stoornis. Op deze specifieke werking, onafhankelijk van het antidepressieve effect, baseerden zij de keuze voor clomipramine bij de behandeling van trichotillomanie. Desipramine werd gekozen voor de vergelijkingsgroep vanwege het vergelijkbare antidepressieve effect, vergelijkbare bijverschijnselen en het afwezig zijn van effecten op obsessief-compulsieve stoornis.

Veertien vrouwen, allen met een ernstige vorm van trichotillomanie, namen deel aan het onderzoek dat dubbelblind en volgens een cross-over-opzet werd uitgevoerd. Na een placebofase van twee weken volgden twee opeenvolgende behandelfasen van elk vijf weken, zie tabel 2 voor nadere informatie. Naast effectmaten betreffende trichotillomanie werden wekelijks globale - niet nader omschreven - metingen van angst en depressie verzameld. Het effect van clomipramine bleek duidelijk superieur aan dat van desipramine. Drie patiënten werden klachtenvrij met clomipramine en negen vertoonden een afname in ernst van de klachten van 50% of meer. Swedo e.a. rapporteerden geen systematische follow-up-data. Zij vermeldden wel dat negen patiënten na het onderzoek clomipramine bleven gebruiken en dat dezen na vier tot zes maanden de verbetering hadden weten te handhaven.

Christenson e.a. (1991b) deden eveneens een dubbelblind onderzoek, volgens een cross-over-opzet uitgevoerd, waarin het effect van fluoxetine werd vergeleken met een placebo. De keuze voor fluoxetine was gebaseerd op de veronderstelde specifieke werking bij obsessief-compulsieve stoornis.

Vijftien patiënten maakten de behandeling af. De eerste behandelfase telde zes weken (fluoxetine of placebo). Hierop volgde een behandelpauze van vijf weken om te voorkomen dat de effecten van de medicatie zouden doorlopen in de tweede behandelfase van zes weken waarin werd overgeschakeld van fluoxetine naar placebo en omgekeerd. Naast effectmaten voor trichotillomanie werden ook de Hamilton Rating Scale voor Depressie en de Beck Depressie-vragenlijst in het onderzoek opgenomen, zie tabel 2. De resultaten waren tegengesteld aan de verwachtingen: de effectmaten voor trichotillomanie gaven geen verbetering te zien, noch bij het gebruik van fluoxetine noch bij de placebobehandeling. Weliswaar leidde bij twee patiënten het gebruik van fluoxetine tot een aanzienlijke verbetering, hier stond tegenover dat bij anderen juist een verslechtering optrad. Bij de

maten voor depressie trad op de Hamilton een significante verandering op die eveneens tegengesteld was aan de verwachtingen: verbetering tijdens de placebofase en verslechtering tijdens de fluoxetinefase.

Tabel 2: Gecontroleerde studies naar het effect van psychofarmaca op trichotillomanie

auteur	aantal/ drop-outs	geslacht M/V	leeftijd M/SD	duur TM M/SD	onderzoeks- opzet	psycho- farmaca	dosis M/SD	duur	effectmaat	resultaat
Christenson e.a. 1991b	21/6	1/14	31,6/6,2	17,6/6,7	dubbelblind placebo- gecontroleerd crossover	FLU PLA	20/80 mg	2-6 weken met 5 weken tusschenperiode	1. ernst TM 2. drang TM 3. aantal episodes 4. geschatte aantal 5. HRSD 6. BDI	FLU=PLA geen verbetering
Swedo e.a. 1989	14/1	-/13	31,6/7,6	16,2/9,4	dubbelblind crossover	CLO (6) DES (7)	180/36 mg 173/33 mg	2-5 weken	1. ernst TM 2. TM-impairment 3. klinisch oordeel 4. angst 5. depressie	CLO > DES 12/13 ↑ >50%

FLU = fluoxetine  
 PLA = placebo  
 CLO = clomipramine  
 DES = desipramine  
 TM = trichotillomanie  
 HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression  
 BDI = Beck Depression Inventory

*Ongecontroleerde studies* - Deze laatste gegevens staan in schril contrast met de gegevens van verschillende ongecontroleerde studies en multiple gevalbeschrijvingen naar het effect van fluoxetine op trichotillomanie, zie tabel 3.

Tabel 3: Open studies naar het effect van psychofarmaca op trichotillomanie

auteur	aantal/ drop-outs	psycho- farmaca	dosis	duur	effectmaat	resultaat
Christenson e.a. 1991c	12/2	LI	900-1500 mg	1,5-14 maanden	1. aantal episodes TM 2. aantal haaren 3. ernst kaalheid	8/10 verbeterd
Koran e.a. 1991	17/4	FLU	26- 80 mg (M = 48 mg)	7-12 weken (M = 5,9)	YBOCS HAM-D	5/13 ↑ >50%
Nirama e.a. 1992	8/1	FLU (3) CLO (2)	M = 45 mg M = 123 mg	M = 11 weken	YBOCS TM-impairment	verbetering verbetering
Pollard e.a. 1991	4/0	CLO	75- 150 mg	3 maanden	?	1/4 verbeterd bij follow-up
Stanley e.a. 1991	6/1	FLU	60- 80 mg	12 weken	YBOCS aantal haaren	4/5 ↑ >40% 4/5 ↑ >50%
Stein e.a. 1992	7/0	CLO/FLU + PIM	50- 250 mg 20- 80 mg 1- 3 mg	variërend tot 12 maanden	?	3/7 verbeterd
Winchel e.a. 1992	26/4	FLU	M = 74,2 mg cristallien	12-16 weken	klinisch oordeel TM LOI HAM-A HAM-B BDI	8/12 ↑ >50%

LI = lithium  
 FLU = fluoxetine  
 CLO = clomipramine  
 PIM = pimozide  
 TM = trichotillomanie  
 YBOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale  
 HAM-D = Hamilton Depression  
 HAM-A = Hamilton Anxiety  
 LOI = Leyton Obsessional Inventory  
 BDI = Beck Depression Inventory

Wat betreft geslacht, leeftijd en duur van de trichotillomanie bestaat er een grote overeenkomst tussen de open studies. Het gaat in 90% van de gevallen om vrouwen, de gemiddelde leeftijd in de studies varieert tussen de 26 en 36 jaar en de gemiddelde duur van de klacht varieert van 15 tot 22 jaar.

In de open studies worden doorgaans significante verbeteringen gerapporteerd. Hoewel de criteria niet altijd duidelijk zijn en voor de verschillende studies niet eensluidend, zou in totaal bij ongeveer tweederde van de patiënten sprake zijn van een succesvolle behandeling, c.q. een klinisch relevante verbetering. Deze positieve resultaten kunnen wellicht ten dele worden verklaard door 'publikatiebias': de neiging om met name positieve resultaten te beschrijven en te publiceren. Enkele

onderzoekers (Stanley e.a. 1991; Winchell e.a. 1992) stelden vast dat de verbetering snel werd bereikt: al na enkele weken. Stein en Hollander (1992) daarentegen vonden geen tot matig resultaat bij hun patiënten, die zij acht tot eenentwintig weken fluoxetine en/of clomipramine gaven. Pas nadat aan de medicatie pimozide was toegevoegd, verbeterden drie van de zeven patiënten aanzienlijk.

Follow-up-gegevens zijn schaars en teleurstellend. Stanley e.a. (1991) constateerden na vier weken bij twee van de vier verbeterde patiënten een terugval. Pollard e.a. (1991) boekten op korte termijn een duidelijke verbetering bij de vier vrouwen die zij met clomipramine behandelden. Ondanks het voortzetten van de medicatie bleek echter bij de follow-up na drie maanden dat drie van de vier volledig waren teruggevallen.

## **Discussie**

De vraag of trichotillomanie het best kan worden opgevat als een variant van obsessief-compulsieve stoornis, zal op basis van de studies die tot nu toe voorhanden zijn eerder ontkennend dan bevestigend beantwoord dienen te worden. Naast de overeenkomsten vallen immers vooral de verschillen tussen beide stoornissen op. In de eerste plaats verschillen in het klinisch beeld: bij trichotillomanie nemen obsessies een duidelijk minder vooraanstaande plaats in dan bij obsessief-compulsieve stoornis. Ook het gegeven dat het uitvoeren van het gedrag bij trichotillomanie vaak met een zeker genot gepaard gaat, vormt een belangrijk verschil met obsessief-compulsieve stoornis, waarbij de dwanghandeling wel kan leiden tot vermindering van spanning, maar waarbij geen plezier wordt beleefd aan het uitvoeren ervan (Stanley e.a. 1992). Tevens blijkt er een verschil in de situaties waarin het symptoomgedrag zich veelal voordoet: één type 'risicosituatie' bij trichotillomanie is die waarin men stilzit, in zekere zin in rust is en geen bijzondere spanning ervaart (Christenson e.a. 1993). Bovendien, in tegenstelling tot obsessief-compulsieve stoornis, waarbij men geheel door de obsessies of dwanghandelingen in beslag wordt genomen, vraagt het uittrekken van de haren zelden veel aandacht.

In de tweede plaats zijn de ernst van de symptomen en de gevolgen ervan voor het dagelijkse leven bij trichotillomanie geringer: het gevoel van dwang is minder sterk en de interferentie met het dagelijks leven relatief beperkt. Mogelijk dat hierdoor de secundaire angst en depressie ook geringer zijn (Stanley e.a. 1992). De comorbiditeit in termen van andere As 1- en As 2-stoornissen is waarschijnlijk ook verschillend. Christenson e.a. (1992) stelden vast dat trichotillomanie in minder dan tien procent van de gevallen samengaat met dwangmatige persoonlijkheid. Zij verwezen ter vergelijking naar de studie van Baer e.a. (1990), waarin bij 25% van de patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis een dwangmatige persoonlijkheid werd vastgesteld.

De specifieke werkzaamheid van serotonine-heropnameremmers, die bij obsessief-compulsieve stoornis en trichotillomanie vergelijkbaar zou zijn, vormt eveneens een argument om trichotillomanie te beschouwen als een variant van obsessief-compulsieve stoornis. De conclusie uit het voorgaande overzicht van de studies hiernaar moet echter zijn dat de specifieke werkzaamheid tot nu toe onvoldoende is aangetoond. Ook andere studies op dit gebied geven niet meer duidelijkheid. Een onderzoek van Swedo e.a. (1991) naar het cerebrale glucose metabolisme bij patiënten met trichotillomanie met behulp van positron emissie tomografie (PET) suggereert verschillen in de patronen van hypermetabolisme tussen obsessief-compulsieve stoornis en trichotillomanie. Ninan e.a. (1992) vonden bij de voormeting geen verschillen tussen hun patiënten met trichotillomanie en de normale controles wat betreft verschillende aminozuren in de cerebrospinale vloeistof (CSF). Deze voormetingen hingen ook niet samen met de ernst van de trichotillomanie. Wel werd een significante negatieve correlatie gevonden tussen de voormeting van CSF 5-HIAA (hydroxyindoleacetic acid) en de mate van verbetering bij het toedienen van een serotonine-heropnameremmer. De veronderstelling van de onderzoekers hierbij is dat een serotonine-heropnameremmer beter werkt bij trichotillomanie naarmate het autoreceptormechanisme beter functioneert.

De resultaten van de behandelstudies zijn inconsistent. Fluoxetine lijkt in de open studies redelijk succesvol, maar in het enige gecontroleerde onderzoek (Christenson e.a. 1991b) blijkt er geen effect op te treden, noch bij fluoxetine noch bij placebo. De werking van clomipramine lijkt overtuigend te zijn aangetoond in het gecontroleerde onderzoek van Swedo e.a. (1989), maar uit de open studies komt naar voren dat het hier wellicht om een beperkt effect op de korte termijn gaat. Twijfel aan de specifieke werking van serotonine-heropnameremmers bij trichotillomanie is eveneens gerechtvaardigd op basis van de resultaten van de studies waarin andere psychofarmaca, bij voorbeeld lithium (Christenson e.a. 1991c), vergelijkbare resultaten geven.

Bovenstaande bevindingen doen veronderstellen dat de verbeteringen wellicht zijn toe te schrijven aan specifieke factoren in de behandeling. Argumenten die hiervoor zijn aan te voeren, zijn het doorgaans snel bereikte effect in de verschillende studies, de terugval ondanks het continueren van de medicatie op een eerder werkzaam niveau en de context waarin het onderzoek veelal zal hebben plaatsgevonden. Kenmerkend voor dit laatste is het volgende citaat: 'Patients were seen for 30 minutes weekly to twice monthly during the first month and every 2 to 4 weeks thereafter. We limited psychotherapy to supportive techniques such as allowing ventilation of distress; giving information; instilling hope; and communicating positive regard, sympathy, and empathy. We made no attempts to help solve life problems or to use behavioral techniques' (Koran e.a. 1992: 147). De beschrijvingen van de verschillende onderzoeken staan een vergelijking op dit punt niet toe, zodat onduidelijk lijkt in hoeverre verschillen in resultaten aan dergelijke specifieke factoren zijn toe te schrijven.

De verschillende onderzoeken zijn op meer punten moeilijk vergelijkbaar. Dit geldt zeker voor de effectmaten, die niet alleen nogal uiteenlopen, maar bovendien niet of nauwelijks gevalideerd zijn. De verschillen in succesratio's (zie tabel 3) zijn wellicht gedeeltelijk hieraan toe te schrijven. Hierbij komt dat de aangepaste 'Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale', die relatief vaak als effectmaat wordt gebruikt, in het onderzoek van Stanley e.a. (1993) enkele psychometrische tekortkomingen te zien geeft: een te lage interne consistentie en te geringe test- heretest betrouwbaarheid van de 'gedragsschaal'. Ook al zijn recent gestandaardiseerde meetinstrumenten ontwikkeld om de ernst van trichotillomanie vast te kunnen stellen (Winchel e.a. 1992a/1992b), heeft psychometrisch onderzoek hiernaar nog onvoldoende plaatsgevonden.

Een andere tekortkoming in de meeste tot nu toe uitgevoerde studies is het gebrek aan systematische follow-up-gegevens. Hierbij doen zich ook vragen voor over de optimale behandelduur, het effect van stoppen van de medicatie op trichotillomanie en dergelijke.

Een geheel andere vraag tot slot is die naar de relatieve effectiviteit van psychofarmacologische behandeling bij trichotillomanie in vergelijking met andere vormen van behandeling. Trichotillomanie staat bekend als een moeilijk te beïnvloeden stoornis met een grote kans op terugval. Gedragstherapie en hypnose lijken relatief nog het meest succesvol, al bestaat de literatuur op dit gebied bijna uitsluitend uit gevalbeschrijvingen en ongecontroleerde studies (Friman e.a. 1984). Een directe vergelijking van deze benaderingen met een psychofarmacologische benadering heeft tot nu toe niet plaatsgevonden. Het is dan ook niet goed mogelijk hierover uitspraken te doen.

## Literatuur

**Alexander, R.C. (1991), Fluoxetine treatment of trichotillomania (letter). *Journal of Clinical Psychiatry***

52, 88.



- Azrin, N.H., en R.G. Nunn (1978), *Habit control in a day*. New York: Simon & Schuster.
- Black, D.W., en N. Blum (1992), Trichotillomania treated with clomipramine and a topical steroid (letter). *American Journal of Psychiatry* 149, 842-843.
- Boersma, I.H., en A.P. Oranje (1992), Trichotillomanie bij kinderen: vaak over het hoofd gezien. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 136, 355-358.
- Christenson, G.A., E. Chernoff-Clementz en B.A. Clementz (1992), Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 407-413.
- Christenson, G.A., T.B. Mackenzie en J.E. Mitchell (1991a), Characteristics of 60 adult hair pullers. *American Journal of Psychiatry* 148, 365-370.
- Christenson, G.A., T.B. Mackenzie, J.E. Mitchell en A.L. Callies (1991b), A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *American Journal of Psychiatry* 148, 1566-1571.
- Christenson, G.A., M.K. Popkin, T.B. Mackenzie en G.M. Realmuto (1991c), Lithium treatment of chronic hair pulling. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 116- 120.
- Christenson, G.A., R.L. Pyle en J.E. Mitchell (1991d), Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 415-417.
- Christenson, G.A., S.L. Ristvedt en T.B. Mackenzie (1993), Identification of trichotillomania cue profiles. *Behaviour Research and Therapy* 31, 315-320.
- Friman, P.C., J.W. Finney en E.R. Christophersen (1984), Behavioral treatment of trichotillomania: an evaluative review. *Behavior Therapy* 15, 249-265.
- Gupta, S., en M. Freimer (1993), Trichotillomania, clomipramine topical steroids (letter). *American Journal of Psychiatry* 150, 524.
- Hollander, E., M.Y. Hwang, L.S. Mullen, C. DeCaria, D.J. Stein en L. Cohen (1993), Clinical and research issues in depersonalization syndrome (letter). *Psychosomatics* 34, 193-194.
- Koran, L.M., A. Ringold en W. Hewlett (1992), Fluoxetine for trichotillomania: an open clinical trial. *Psychopharmacology Bulletin* 28, 145-149.
- Mehregan, A.H. (1970), Trichotillomania: a clinicopathologic study. *Archives of Dermatology* 102, 129-133.
- Moffaert, M. Van, en H.G.M. Rooymans (1992), Cutane automutilatie; beloop en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 136, 360-362.
- Ninan, P.T., B.O. Rothbaum, M. Stipetic, R.J. Lewine en S.C. Risch (1992), CSF 5-HIAA as a predictor of treatment response in trichotillomania. *Psychopharmacology Bulletin* 28, 451-455.
- Pollard, C.A., I.O. Ibe, D.N. Krojanker, A.D. Kitchen, S.S. Bronson en T.M. Flynn (1991), Clomipramine treatment of trichotillomania: a follow-up report on four cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 128-130.

Shome, S., M.S. Bhatia en R.K. Gautam (1993), Culture-bound trichotillomania (letter). *American Journal of Psychiatry* 150, 674.

Stanley, M.A., T.C. Bowers, A.C. Swann en D.J. Taylor (1991), Treatment of trichotillomania with fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 282.

Stanley, M.A., R.C. Prather, A.L. Wagner, M.L. Davis en A.C. Swann (1993), Can the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale be used to assess trichotillomania? A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy* 31, 171-177.

Stanley, M.A., A.C. Swann, T.C. Bowers, M.L. Davis en D.J. Taylor (1992), A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 30, 39-44.

Stein, D.J., en E. Hollander (1992), Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 123-126.

Sunkureddi, K., en P. Markovitz (1993), Trazodone treatment of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania (letter). *American Journal of Psychiatry* 150, 523-524.

Swedo, S.E., en H.L. Leonard (1992), Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatric Clinics of North America* 15, 777-790.

Swedo, S.E., H.L. Leonard en J.L. Rapoport (1990), Trichotillomania (hair pulling) (letter). *New England Journal of Medicine* 322, 471-472.

Swedo, S.E., H.L. Leonard, J.L. Rapoport, M.C. Lenane, E.L. Goldberger en D.L. Cheslow (1989), A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine* 321, 497-501.

Swedo, S.E., en J.L. Rapoport (1991), Annotation: trichotillomania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 401-409.

Swedo, S.E., J.L. Rapoport, H.L. Leonard, M.B. Schapiro, S.I. Rapoport en C.L. Grady (1991), Regional cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. *Archives of General Psychiatry* 48, 828-833.

Winchel, R.M., J.S. Jones, A. Molcho, B. Parsons, B. Stanley en M. Stanley (1992a), Rating the severity of trichotillomania: methods and problems. *Psychopharmacology Bulletin* 28, 457-462.

Winchel, R.M., J.S. Jones, A. Molcho, B. Parsons, B. Stanley en M. Stanley (1992b), The psychiatric institute trichotillomania scale (PITS). *Psychopharmacology Bulletin* 28, 463-476.

Winchel, R.M., J.S. Jones, B. Stanley, A. Molcho en M. Stanley (1992), Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry* 53, 304-308.

**Summary: Diagnosis and psychopharmacological treatment of trichotillomania: a review**

**In this article two issues in the recent literature on trichotillomania are evaluated. One issue is a diagnostic one: is trichotillomania an obsessive compulsive spectrum disorder? The other issue concerns treatment: are antiobsessional serotonin reuptake blockers useful in treating trichotillomania?**

To answer the first question attention is paid to the clinical characteristics, comorbidity, and other diagnostic issues concerning trichotillomania. The differences between trichotillomania and obsessive compulsive disorder are too many to give an affirmative answer to the first question.

Next, this review summarizes the clinical studies on psychopharmacological treatment of trichotillomania in adolescents and adults. Two controlled and seven open studies are described. The results of these studies diverge and are inconsistent.

De auteur is als klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij de afdeling Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen, Oostersingel 29, 9713 EZ Groningen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 9-2-1994.