

Behandeling van drie patiënten met excessief krabben en trichotillomanie

Te mooi om waar te zijn?

Tekst: Do Doeksen en Erik ten Broeke Foto: Studio WNDRLND

Er is een nieuwe, alternatieve behandeling voor excoriatiestoornis (huidpulkstoornis) en trichotillomanie (haren uittrekken) met behulp van het imaginair uitvoeren van het zelfbeschadigend gedrag tijdens werkgeheugenbelasting. Een eerste mooie toevalstreffer smaakte naar meer. Ook eenzelfde interventie bij twee patiënten met trichotillomanie verliep succesvol. Maar verder onderzoek, waarmee inmiddels een start is gemaakt, is noodzakelijk.

Trichotillomanie en excoriatiestoornis worden in de DSM 5 geclassificeerd onder de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, ook wel obsessief compulsieve spectrumstoornissen (OCS) genoemd, meer in het bijzonder de subgroep 'repetitieve lichaamsgerichte gedragingen'. Over het ontstaan van deze stoornissen is niet veel bekend. Er is een aantal behandelingen beschreven voor OCS. De meeste daarvan zijn gericht op het versterken van de zelfcontrole. Het bekendste voorbeeld is de *habit reversal* methode (Azrin & Nunn, 1973). Deze procedure bestaat uit de toepassing van een incompatibele respons, dat wil zeggen het uitvoeren van een bepaalde activiteit, die onverenigbaar is met het uitvoeren van het ongewenste gedrag.

In Nederland zijn verscheidene interventieprogramma's beschreven en onderzocht. Een voorbeeld is de aanpak van Hoogduin, Hagenaars en Keijsers (2011). Deze auteurs spreken van 'ongewenste gewoontes' en beschrijven een behandeling die eveneens overwegend is gericht op het versterken van zelfcontrole, met als voornaamste elementen: stimuluscontrole, stimulus-respons-interventie (incompatibele-respons) en beperking in tijdsduur en plaats. Zij ontwikkelden de *zelf controle cognitie vragenlijst* (ZCCL) waarmee de moeite met verzet (bijvoorbeeld 'de drang om te ...is zo sterk dat ik mij er niet tegen verzetten kan') en het belang van positieve effecten (bijvoorbeeld 'wanneer ik verdrietig ben verwacht ik dat ...mij zal troosten') wordt gemeten.

Een nieuwe behandelmethode

Op basis van tot op heden verschenen onderzoek, is de conclusie gerechtvaardigd dat geen van de huidige behandelingen daadwerkelijk effectief is, in ieder geval niet op de langere termijn. Dat vraagt niet alleen om nadere theorievorming en meer onderzoek, maar biedt voorlopig eveneens een legitimatie voor het experimenteren met nieuwe behandelingen voor deze ontwrichtende stoornissen of 'ongewenste gewoontes'. Wij beschrijven een dergelijk 'klinisch experiment' waarbij gebruik wordt gemaakt van imaginatie met werkgeheugenbelasting (WGB). De werkwijze wordt geïllustreerd aan de hand van drie casussen.

De kracht van imaginatie

Het gebruik van imaginatie in therapie is niet nieuw. Te denken valt aan hypnose, *Imaginaire Rescripting*, *Imaginaire Exposure*, COMET en het woede/wraak/wrok-Protocol). Ook bij EMDR staat imaginatie en visualisatie centraal. De nadruk ligt daarbij op het in het geheugen activeren van mentale representaties zodat deze vervolgens kunnen worden 'bewerkt'. Bij de *future template* en/of de zogenoemde *mental video check* daarentegen wordt een soort 'blauwdruk' in het geheugen opgebouwd die toekomstig gedrag gevoelsmatig haalbaarder en daardoor daadwerkelijk waarschijnlijker maakt. In de EMDR-variant die in dit artikel wordt geïntroduceerd wordt echter op een geheel andere wijze gebruik gemaakt van imaginatie. De patiënt wordt aangemoedigd het in de werkelijkheid ongewenste en dus te onderdrukken gedrag juist *wel* maar dan *imaginair* ►



uit te voeren, terwijl het werkgeheugen met een afleidende taak wordt belast. De doelstelling is vanzelfsprekend dat de patiënt niet of in ieder geval veel minder zal vervallen in het daadwerkelijke, schadelijke gedrag. De beschreven aanpak is voortgekomen uit het experimenteren tijdens de behandeling van een patiënte –Anke– die zo vreselijk leed onder tot dan toe onbehandelbaar gebleken (krabben ten gevolge van) eczeem dat euthanasie een reële optie voor haar was. De opvallend goede resultaten van de behandeling gaven aanleiding tot de toepassing ervan bij andere patiënten met ernstige schadelijke gewoontes en zelfs automutilatie. Al doende werd de werkwijze verder ontwikkeld en aangescherpt. Hieronder doen we verslag van dit proces. In de nabeschouwing besteden we aandacht aan de noodzakelijke relativering en wenselijkheid van onderzoek alvorens de werkwijze onomwonden aan te bevelen.

Casus excessief krabben

Anke is een vrouw van 39 jaar. Zij werkt als *recruiter*. Zij vraagt op aanraden van haar dermatoloog expliciet om EMDR. Ze lijdt al lang aan ernstig eczeem met extreem krabben tot gevolg. Tot dusver zijn de klachten behandeld met medicatie en voedingsadvies, uiteindelijk zonder resultaat. De klachten zijn begonnen na een ontslag en verergerden toen zij elders een jaarcontract kreeg en zij onzeker werd over het al dan niet verlengen hiervan. Dit leidde tot een langdurig ziekbed. Hoe warmer het is, des te meer last Anke heeft van het eczeem (en dus excessief krabben). Zij is erg angstig dat wanneer de temperatuur in de zomer stijgt, zij weer zo ziek wordt dat het niet meer zal zijn uit te houden. Uit de anamnese komt naar voren dat haar moeder ook leed aan ernstig eczeem en op enig moment tegen patiënte zei: "Ik stop ermee". De toen 11-jarige Anke belde daarop de huisarts.

Er wordt voor gekozen te beginnen met de gebeurtenissen rond ontslag en beoordeling, omdat Anke in eerste instantie vooral af wil van de stress die zij ervaart vanwege een aanstaand functioneringsgesprek en over het al dan niet verlengen van haar huidige contract. Vervolgens worden de herinneringen rond de ziekte van haar moeder en haar eigen ziekbed behandeld met EMDR. Na het bewerken van deze beladen herinneringen wordt een *flashforward* met betrekking tot de komende zomer gedesensitiseerd, meer in het bijzonder de absolute machteloosheid van een niet te onderdrukken jeuk.

Behandelverloop

Wanneer Anke gedurende de behandeling een fytotherapeutisch middel gebruikt, waar zij allergisch voor blijkt te zijn, ontstaat er een extreme toename van eczeem en jeuk. Zij ziet er verschrikkelijk uit, met wondjes en plekken over haar hele lichaam, gezicht en hals. De lijdensdruk is zichtbaar groot, hetgeen nog fors wordt versterkt door de gevolgen van onophoudelijk krabben. Ze smeekt om de EMDR te richten op de verschrikkelijke, onverdraaglijke jeuk. Niet in het minst omdat ook de therapeut –in navolging van eerdere behandelaars –goeddeels wanhopig wordt van de ontstane situatie, wordt besloten het bij wijze van experiment te proberen. De gevolgde werkwijze werd ter plekke geïmproviseerd. Inmiddels heeft de werkwijze zich ontwikkeld tot een vorm van protocol (zie Box I).

Box I: Jeukprotocol

1. Vraag de patient zich te concentreren op de jeukplek
2. Vraag hoe hoog de *Level of Urge* is (LoU; dwz. de drang om te krabben= jeuk) op een schaal van 0-10
3. Laat de patiënt zich voorstellen dat ze zichzelf zo hard mogelijk krabt, terwijl het werkgeheugen wordt belast
4. Vraag na iedere set naar de LoU en instrueer de patiënt opnieuw imaginair te gaan krabben tot de LoU =0 geworden
5. Geef dan de volgende suggestie: 'Maak de plek maar wit, dan weten we dat het daar rustig is.'
6. Waar zit de volgende jeukplek? Concentreer je daarop en herhaal de werkwijze.

Gedurende de sessie gebeurt er onverwacht iets vreemds. Anke gaat lachen en zegt zich *high* te voelen. Zij kent dit fenomeen als ze daadwerkelijk krabt en meent zelf dat dit het gevolg is van de endorfines die vrijkomen. In deze sessie worden zes 'jeukplekken' behandeld totdat de jeuk is verdwenen.

Anke wordt bij wijze van huiswerk gevraagd iedere avond voor zij in bed stapt, alle jeukplekken te 'behandelen' zoals ook in de sessie is gedaan. Dat wil zeggen, door imaginair te krabben, terwijl zij haar vinger volgt die ze voor haar eigen ogen heen en weer beweegt. Zodra de behandelde plek LoU=0, moet zij de desbetreffende plek imaginair wit maken en de volgende jeukplek aanpakken. De reden dat voor deze onconventionele werkgeheugenbelasting wordt gekozen, is dat de oogbewegingen gedurende de sessie zo'n goed ►

resultaat gaven, dat de therapeut de kans dat dit generaliseerbaar was naar de thuissituatie het grootst achtte. Bovendien was tappen geen optie, omdat Anke overall jeuk had en tappen dan mogelijk het krabben zou vervangen. Een andere mentale taak was achteraf gezien mogelijk een goed alternatief geweest.

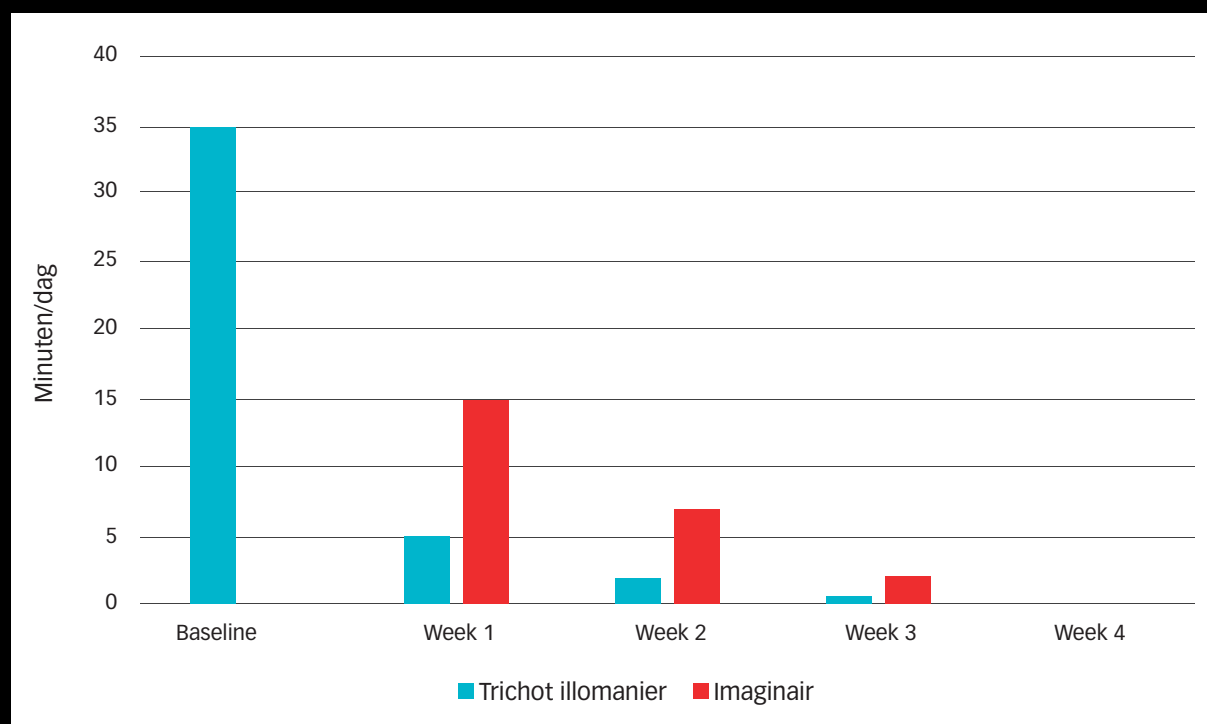
Alle zittingen verlopen op dezelfde manier. Er worden per sessie, afhankelijk van de actuele ernst van de klachten, gemiddeld zes jeukplekken behandeld. Opvallend is dat Anke zich telkens na ongeveer 20 minuten weer *high* voelt (alsof ze een 'cocktail heeft gedronken of een joint heeft gerookt'). Het huiswerk doet zij trouw. Na vier zittingen is sprake van een forse verbetering. Het desensitiseren tijdens de sessies wordt afgerond. Wel blijft Anke thuis oefenen met imaginair krabben, terwijl ze haar vinger voor haar ogen heen en weer beweegt. Deze taak ziet zij als een essentieel onderdeel van de behandeling. Anke is erg enthousiast en vertelt dat haar huid haar leven niet meer beheerst en dat zij voor het eerst sinds een jaar geen bebloede lakens meer heeft als ze wakker wordt. Zelfs toen in de zomer de temperatuur boven de 20 graden was, was er geen sprake van een toename van de klachten. Een schriftelijke follow-up na acht maanden laat zien dat Anke's huid nog steeds in betere conditie is dan in lange tijd en dat zij in de zomer niet ziek(er) is geworden. Ook haar dermatoloog is blij verrast over het resultaat. Zij zegt wel regelmatig te moeten blijven oefenen om het krabben niet weer te laten toenemen.

Twee casussen trichotillomanie

Na het succes bij de behandeling van de door jeuk geïstigeerde Anke, deed zich de gelegenheid voor de gevolgde werkwijze uit te proberen bij twee patiëntes met hardnekkige trichotillomanie, Wilma (30) en Paula (38). Zij hadden al meer dan 20 jaar last van trichotillomanie en waren gemiddeld 35 minuten per dag bezig met haren uittrekken. Beiden beleefden het haartrekken als een verslaving. Bij deze twee casussen werden er ook kwantitatieve gegevens verzameld (zie Figuur 1).

Box II. Protocol Imaginair Haartrekken

- Vraag de patiënt de aandacht te richten op de plek waar zij het meest haar wil trekken en stel vast hoe sterk de drang is om te trekken (*Level of Urge, LoU*)
- Instrueer de patiënt in gedachten naar de plek te gaan en imaginair zo hard als zij zich kan voorstellen aan haar haar te trekken: "Doe in gedachten wat je lichaam/hand wil doen"
- Belast tijdens de imaginatie het werkgeheugen zo optimaal mogelijk
- Vraag naar de LoU: 'Hoe sterk is de drang nu op een schaal lopend van 0 tot 10?'
- Herhaal deze stappen totdat de LoU=0
- Verplaats zodra de LoU=0 de aandacht naar de volgende plek
- Herhaal de werkwijze tot de LoU=0 voor de gehele hoofdhuid.



Figuur 1. Behandelbeloop van Paula's haartrekken (aangegeven in aantal minuten)

Huiswerk

Analoog aan de huiswerkinstructies bij Anke in de vorige casus, wordt aan beiden gevraagd om bij optreden van drang geheel imaginair aan het haar te trekken, terwijl zij hun vinger voor hun ogen bewegen, en dat te herhalen totdat de LoU voor alle plekken op het hoofd 0 is. Er wordt gekozen voor deze vorm van werkgeheugenbelasting omdat dit in de eerste casus tot een goed resultaat leidde. Ook nu had evengoed voor een andere vorm van werkgeheugenbelasting (bijvoorbeeld *tap-pen*) gekozen kunnen worden.

Resultaten

Zowel bij aanvang als gedurende de behandeling is de tijd die Paula en Wilma dagelijks besteden aan haartrekken bijgehouden (zie tabel 1). Beiden waren bij aanvang van de therapie gemiddeld 35 minuten per dag bezig met het uittrekken van haar. Na drie therapiesessies en drie weken dagelijks thuis oefenen, zodra er drang was om aan haar te trekken, was de trichotillomanie –dat wil zeggen het daadwerkelijke haartrekken– geheel verdwenen. Opvallend was dat ook de noodzaak (of drang?) om imaginair haar uit te trekken bij beide patiëntes geheel afwezig was. De gehele behandeling besloeg vier weken.

Na zes maanden blijkt Paula geen terugval te hebben gehad. Wel benadrukt zij dat zij nog regelmatig de oefening thuis moet herhalen wanneer zij de drang voelt om aan haar haar te trekken. Van Wilma zijn geen *follow-up*gegevens bekend.

Algemene beschouwing

Na de mooie toevalstreffer bij excessief krabben is min of meer dezelfde interventie toegepast bij trichotillomanie. Anke die zich lange tijd excessief krabde vertelt meerdere keren zich *high* te voelen wanneer zij imaginair het ongewenste gedrag uitvoert. De achtergrond daarvan is niet zomaar duidelijk, maar denkbaar is dat het zichzelf daadwerkelijk pijn doen endorfines (opioïde peptiden met pijnstillende eigenschappen) vrijmaakt en dit door een proces van klassieke conditionering ook als geconditioneerde respons optreedt wanneer zij imaginair hetzelfde doet.

Nieuw in deze aanpak is niet alleen dat het gedrag imaginair wordt uitgevoerd, maar dat tegelijkertijd het werkgeheugen door het uitvoeren van een motorische taak wordt belast. De werkgeheugenbelasting richt zich echter niet zoals bij EMDR op een visueel target, maar puur op de drang in het lichaam en het imaginair uitvoeren van het ongewenste gedrag. Mogelijk zorgt de werkgeheugenbelasting voor het remmen van

Mogelijk zorgt de werkgeheugenbelasting voor het remmen van de amygdala en dus voor arousaldaling waardoor de drang om het ongewenste gedrag in de realiteit uit te voeren afneemt

de amygdala en dus voor *arousaldaling* waardoor de drang om het ongewenste gedrag in de realiteit uit te voeren afneemt. Bij het aldus behaalde resultaat speelt mogelijk ook mee dat de patiënt het gedrag, ook al is het imaginair, mag blijven uitvoeren. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan kenmerkende cognities rond het 'Belang van positieve effecten' en 'Moeite met verzet', zoals gemeten met de ZCCL. Bij follow-up blijken alle drie patiënten deze veilig bevonden werkwijze thuis bij toenemende aandrang toe te passen. Vooral bij de patiënten met trichotillomanie, bleek dat overigens na enige weken nog maar zelden nodig.

Alvorens deze werkwijze onomwonden aan te bevelen, is verder onderzoek noodzakelijk. Er is inmiddels een start gemaakt met een studie met een zogenoemd *multiple baseline design* op de afdeling Psychodermatologie van het Erasmus Medisch Centrum. Daarnaast is de eerste auteur, samen met een aantal collega's, verdere ervaringen aan het opdoen in de vorm van een *pilot study* bij patiënten met krabgedrag ten gevolge van een huidaandoening. In het verlengde daarvan wordt de methode op basis van een positief verlopen casus ook uitgetoetst bij patiënten die automutileren. In een volgende publicatie wordt verslag gedaan van de desbetreffende casus (Ten Broeke & Doeksen, in voorbereiding) Het is spannend te gaan zien of het in de hier beschreven casus gaat om toevalstreffers (die te mooi zijn om waar te zijn) of om de contouren van een effectieve werkwijze die navolging verdient. ■

Referenties

- Broeke, E., ten, & Doeksen, D. (in voorbereiding). Effecten van imaginair automutileren plus werkgeheugenbelasting.
- Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., & Hagenaars, M. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoontes en Zelf Controle Cognitielijst (ZCCL). In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red). *Protocolaire behandeling van volwassenen met psychische klachten deel 2*. Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2014). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, Handboek voor theorie en praktijk. (pp. 571-581)
- Keijsers, G.P. J., Maas, J, Opdorp, A. van & Minnen, A. van (2016). Addressing self-control cognitions in the treatment of trichotillomania: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy to behavior therapy, *Cognitive Therapy Research*, 02 Februari 2016. (pp. 522-531)
- Willemsen, R. (2017). Skin picking en trichotillomanie. *Nederlands tijdschrift voor Dermatologie en Veneerologie*, vol 27, nr 02. (pp. 57-62)