

## Acne excoriée (picker's acne) als uiting van 'skin picking disorder'

### Waarom het plukken, friemelen en beschadigen van de huid zo onweerstaanbaar plezierig kan zijn

J.S. Khoudja, K. Kennedy\*

Josefine is een vrouw van 26 jaar die samen met haar vriendin Ashanti in Leiden woont. Na het cum laude afronden van haar studie rechten is zij twee jaar geleden begonnen met een promotieonderzoek. Het is een stressvolle baan waardoor zij 's avonds vaak niet veel fut meer heeft en na het eten op de bank neerploft. De laatste tijd zit Josefine bijna elke avond uit verveling maar een beetje te netflixen. Ashanti heeft al een paar keer aangegeven dat ze er eigenlijk van baalt dat Josefine zich zo afsluit van haar omgeving.

Tijdens het tv kijken zit Josefine vaak puistjes of andere oneffenheden op haar armen en gezicht uit te knippen of weg te krabben. Josefine is zich vaak niet bewust van het feit dat zij aan haar huid zit te pulken totdat Ashanti er iets van zegt. Het is Ashanti trouwens ook opgevallen dat Josefine steeds vaker en steeds langer met haar huid bezig is. Josefine voelt vaak een drang, een noodzaak om aan haar huid te friemelen. Als Josefine tegen deze drang ingaat voelt zij zich vaak erg ongemakkelijk en onrustig en wordt de drang om te krabben alsmat groter. Wanneer Josefine zich uiteindelijk overgeeft aan het krabben ervaart zij vaak een gevoel van opluchting.

Ashanti heeft regelmatig wat van het uitknippen en krabben gezegd, met name omdat Josefine, ondanks het feit dat ze weet dat zij lelijke wonden in het gezicht veroorzaakt, toch doorgaat met het beschadigen van de huid. Op haar armen, benen, rug en in het gezicht heeft Josefine nu al een flink aantal lelijke littekens (foto 1,2).



Foto 1. Littekens rug.



Foto 2. Littekens gezicht.

Als ze 's morgens wakker wordt, vallen de rode plekken en wondjes op haar armen en gezicht haar erg op en voelt Josefine zich vaak schuldig dat zij 'het weer gedaan heeft'. Afgezien van het feit dat ze nu steeds meer tijd besteed aan het peuteren, is zij nu ook vaak lang bezig is met het camoufleren van de wonden. Met als resultaat dat zij nogal eens te laat komt. Van haar directe leidinggevende heeft ze al een reprimande ontvangen.

Josefine is met het uitknippen al een keer naar de huisarts geweest, maar ze voelde zich niet geholpen en niet gehoord. Zij kreeg toen een crème met het advies om niet te veel te pulken. Maar dat advies heeft weinig verbetering opgeleverd aangezien Josefine het idee heeft dat zij de drang om te krabben niet kan tegenhouden. Josefine heeft al een paar keer geprobeerd om met krabben te stoppen, maar telkens als zij dat probeerde liep de spanning te hoog

op en begon zij toch weer met krabben. Na een heftige woordenwisseling met Ashanti maakt Josefine uiteindelijk weer een afspraak bij de huisarts. Tijdens het consult, waarbij ze dit keer in huilen uitbarst, vertelt ze de huisarts dat ze wel weet dat ze niet moet plukken, maar dat zij het niet kan stoppen. Ze kan zich er niet tegen verzetten en schaamt zich voor haar plekken. Geschrokken vraagt de huisarts gericht door naar het plukgedrag en eventuele uitlokkende factoren. Bij het lichamelijk onderzoek ziet hij op haar armen, borst, benen en gezicht donkere verkleuringen, oude littekens en nieuwe krabeffecten. De huisarts vertelt dat hij zich zorgen maakt en verwijst Josefine naar een dermatoloog gespecialiseerd in psychodermatologie met de vraagstelling: obsessive-compulsive disorder (OCD) of acne excoriée als onderdeel van skin picking disorder (SPD)?

### Wat kan het nog meer zijn?

SPD wordt regelmatig verward met OCD of body dysmorphic disorder (BDD).

OCD komt vaak voor bij patiënten met SPD (6 - 52%) en kenmerkt zich door de aanwezigheid van obsessies en compulsies die het dagelijks functioneren in de weg staan (1-3). Obsessies bestaan uit steeds weer terugkerende, indringende gedachten, ideeën en impulsen die de patiënt als storend ervaart en aanleiding geven tot angst. Compulsies kenmerken zich door dwangmatig gedrag dat vaak gepaard gaat met het doen van rituele handelingen die erop gericht zijn om de onderliggende angsten te neutraliseren (2).

SPD is net als OCD ook een psychodermatologische aandoening waarbij de patiënt herhaaldgedrag vertoont dat uiteindelijk aanleiding geeft tot erosies en atypische ulceraties. SPD staat ook bekend onder de namen: neurotische excoriaties (excoriation disorder), psychogene excoriaties. Acne excoriée wordt vaak gezien bij jongere vrouwen die aan de acnelaesies krabben, ontstekingen veroorzaken en in een vicieuze cirkel terecht komen van krabben en het ontstaan van huidinfecties. Het beschadigen van de huid kan dan toegeschreven worden aan de ervaring van het plezierige gevoel, maar kan ook gemotiveerd worden door jeuk en het idee dat oneffenheden van de huid weg moeten (2,3).

SPD wordt gezien als onderdeel van het OCD-OCRD spectrum (2-5) en komt vaak met een andere aandoening voor hetgeen de diagnostiek bemoeilijkt. Psychiatrische aandoeningen die vaak voorkomen zijn: depressies (12,5 - 52%), angststoornissen (8 - 23%) en middelenmisbruik (14 - 36%). Over het algemeen manifesteert de SPD zich al op jonge leeftijd terwijl de secundaire co-morbiditeiten zich later tonen.

### 'Skin picken'

Het plukken bij SPD wordt vaak ook gedaan in de vorm

### De diagnostische criteria voor het stellen van de diagnose SPD zijn (3,4):

- Huidafwijkingen door herhaaldelijke manipulatie van de huid (bijv. BDD).
- Aantoonbare pogingen om met beschadigen van de huid te stoppen.
- Het beschadigen van de huid geeft aanleiding tot veel onrust (stress) en belemmert het sociaal en professioneel functioneren.
- Het beschadigen van de huid is niet het gevolg van een huidinfectie zoals bijv. schurft, of ten gevolge van drugsmisbruik (cocaïne, amfetaminen).
- De huidafwijkingen zijn niet de oorzaak van een andere psychiatrische aandoening (bijv. huidbeschadigingen die ontstaan zijn tijdens een psychose) en worden niet verklaard door een bij de patiënt reeds bekende dermatologische aandoening (acne, atopisch eczeem etc.) (3,4).

van een routine, zoals tijdens het tv kijken, voor het slapen gaan of voor het aanbrengen van 'schoonheidsproducten' en heeft dan een wat meer ritualistisch karakter (1). Over het algemeen worden de huidafwijkingen gezien op plaatsen die gemakkelijk bereikbaar zijn (gelaat, armen, benen) en worden voornamelijk gezien aan de tegenovergestelde zijde van de dominante hand. Voorafgaande aan het krabben ervaren patiënten vaak een toename van stress. Het uitknippen van puistjes, krabben, pulken etc. geeft een korte opluchting en gaat regelmatig gepaard met een 'warm, plezierig gevoel in het hele lichaam', de zogenaamde 'rush' die vaak gevolgd wordt door schuldgevoel en schaamte vanwege de wondjes die hierbij gemaakt zijn. SPD kan in principe op elke leeftijd ontstaan, maar het merendeel van de patiënten meldt dat de aandoening begon rond het begin van de puberteit. Triggers die aanleiding geven tot 'skin picking' zijn stress, boosheid, angst, verveling en vermoeidheid. Patiënten (het merendeel vrouwen) zijn vaak niet in staat om het krabben te stoppen, hetgeen aanleiding kan geven tot schaamte en sociale isolatie. Doordat sommige patiënten geobsedeerd zijn door enerzijds het krabben en anderzijds het camoufleren van de wonden ontstaan vaak sociaal onwenselijke situaties, zoals het vaak te laat komen op school of op het werk of absentie (2,3).

SPD heeft een negatieve invloed op de levenskwaliteit van patiënten. Patiënten voelen zich vaak beperkt door het moeten skin picken (3) en daarna door het gevoel te moeten camoufleren.

SPD gaat vaak gepaard met andere psychische stoornissen (co-morbiditeit) die een repetitief karakter hebben, zoals trichotillomanie en onychofagie (2).

Door sommige auteurs worden SPD en trichotillomanie gerekend tot de 'body-focused repetitive behaviour disorders' (BFRBD). Deze groep van aandoeningen wordt gekarakteriseerd door het zich steeds weer herhalen van bepaalde handelingen, zoals nagelbijten, op de lippen of op de wangen bijten, aan korstjes pulken, puistjes in het gelaat openkrabben (de acne excoriée), neuspeuteren en op de duim zuigen, maar voldoen niet aan alle criteria voor een OCDR-classificatie in de DSM-5.

SPD heeft een prevalentie variërend van 1,4 - 5,4% in de volwassen populatie en is een aandoening die zeer serieuze vormen kan aannemen en zodoende multidisciplinair behandeld dient te worden. De erosies en ulceraties leiden bij 62% van de 'skin pickers' tot infecties waarvan bijna 20% in aanmerking komt voor systemisch gebruik van antibiotica. Afgezien van de infecties kunnen bloedingen en zenuwbeschadigingen ontstaan (2,3).

*Vanwege schaamte voor de aangedane huid wordt deze vaak gemaskeerd met make-up en/of bedekkende kleding.*

De huid die veelvuldig gemanipuleerd is kenmerkt zich door littekens, hypo- en hyperpigmentaties, waarbij de laesies in verschillende stadia van genezing gevonden kunnen worden. De huid die makkelijk zichtbaar voor de patiënt zelf is, zoals in het gezicht, op de armen, de romp en de benen, is vaak aangedaan. Meestal wordt er geplukt met de vingernagels, maar ook pincetten, comedonenlepels en andere hulpmiddelen kunnen worden gebruikt (3). Vanwege schaamte voor de aangedane huid wordt deze vaak gemaskeerd met make-up en/of bedekkende kleding. In tegenstelling tot patiënten met dermatitis artefacta, ontkennen SPD-patiënten bij presentatie niet dat ze de laesies zelf hebben veroorzaakt en is er meestal sprake van een goed ontwikkeld ziekte-inzicht (2).

Vaak hebben patiënten al meerdere pogingen gedaan om te stoppen voordat zij in contact komen met een hulpverlener. Slechts 20% van de SPD-patiënten wordt uiteindelijk ook gezien door een hulpverlener. Vaak zijn patiënten gewend geraakt aan het komen en gaan van nieuwe laesies en behandelen zij zichzelf met behulp van illegale drugs en alcohol (resp. 17,4% en 22,8%) (3).

### Rol van de behandelaar

Patiënten met SPD presenteren zich vaak bij de huisarts met vragen die betrekking hebben op de littekens. Hoewel patiënten met SPD het plukgedrag niet ontkennen gaat het gedrag nog wel geregeld gepaard met schaamtegevoelens. Doordat het plukgedrag een beladen onderwerp voor patiënten is wordt de impact van het plukgedrag op het dagelijkse leven en de hoeveelheid tijd die besteed wordt

aan het plukken vaak niet direct duidelijk uitgesproken bij de behandelaar. De hulpvraag moet hierbij goed geëxploreerd worden. Bij het uitvragen van de klacht is het belangrijk de preoccupatie met de huid, de dwangmatigheid van het plukken, de schaamte en de stoppogingen uit te vragen. Hiernaast is het van belang stil te staan bij andere mogelijke comorbide aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen, obsessieve compulsieve aandoeningen en andere BFRBD uit te vragen (5). Om uiteindelijk de diagnose SPD te kunnen stellen moeten andere oorzaken voor het plukgedrag uitgesloten zijn, zoals drugs, medicatiegebruik of onderliggende ziektes.

*Nadat het plukgedrag in kaart is gebracht worden er manieren gezocht om uitlokkende scenario's te vermijden, door praktische oplossingen aan te bieden in combinatie met ontspanningsoefeningen.*

### Behandeling

De behandeling van SPD bestaat uit het behandelen van de huidafwijkingen en de geconstateerde psychopathologie. De huidafwijkingen (erosies, ulceraties, huidinfecties) moeten adequaat behandeld worden om complicaties (necrose, sepsis) te voorkomen. Tegelijkertijd moet het plukgedrag behandeld worden. Voor de behandeling van het plukgedrag zijn er psychotherapeutische en psychofarmacologische behandelopties beschikbaar. Onder psychotherapeutische behandeling vallen de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de habit reversal therapie (HRT). De HRT is de meest gebruikte therapie voor BFRBD, SPD en trichotillomanie. Hierbij wordt bewustzijn rond het plukgedrag gecreëerd en vervolgens worden er niet beschadigende handelingen aangeleerd die als alternatief ingezet kunnen worden voor het plukgedrag. Bij de eerste stap van HRT worden patiënten bewust gemaakt van hun plukgedrag: op welke momenten ze plukken, wat het plukgedrag uitlokt, hoe vaak ze plukken. Nadat het plukgedrag in kaart is gebracht worden er manieren gezocht om uitlokkende scenario's te vermijden, door praktische oplossingen aan te bieden in combinatie met ontspanningsoefeningen. De volgende stap in HRT is het plukken te vervangen door een andere handeling waarmee de patiënt zichzelf niet schaadt, hierbij kan gedacht worden aan een vuist maken, een stressbal gebruiken of op de handen te zitten. Als laatste stap wordt een persoon uit de omgeving aangewezen die de patiënt steunt door middel van positieve feedback en het helpen met het identificeren van obstakels. Als er sprake is van psychiatrische co-morbiditeit kunnen patiënten behandeld

worden met een combinatie van HRT, cognitieve gedragstherapie (CGT) en SSRI's.

Bijzonder interessant is het gebruik van de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) waarbij patiënten leren opmerkzaamheid te ontwikkelen ten aanzien van gedachten en emoties die met het plukgedrag te maken hebben. In het verlengde van de CGT en de ACT liggen de Mindfulness Based Cognitive Therapy, de Mindfulness Based Stress Reduction en de Mindful Self-Compassion. Deze mindfulness based interventies worden de laatste jaren succesvol ingezet bij een groot aantal indicatiegebieden (3,5). Andere strategieën die in de literatuur genoemd worden zijn: hypnose, biofeedback, eye movement desensitization reprocessing (EMDR) en dialectical behavioral therapy (DBT) (3,5-7).

## Conclusie

SPD is een psychodermatologische aandoening met een zware psychologische last. Het is een aandoening die vaak niet gediagnosticeerd wordt in de eerste lijn. Patiënten voelen zich vaak niet gehoord en onbegrepen bij presentatie. Als patiënten vanaf het begin met een open houding gehoord worden valt er veel winst te behalen met behandelingen, zoals de habit reversal therapie en cognitieve gedragstherapie.

Met dank aan Pieter Leenheer, medisch fotograaf, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

## Literatuur

1. Koo JYM, Lee CS. **Psychocutaneous Medicine**. Chapter 12, New York, USA, Marcel Dekker Inc, 2003;169-91.
2. Bewley A, Taylor RE, Reichenberg JS, et al. **Psychodermatology**. Chapter 16, Wiley Blackwell, Oxford, United Kingdom, 2014;114-42.
3. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. **Skin Picking Disorder**. Am J Psychiatry, 2012; 169:1143-1149.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition. Hoofdstuk 6. Washington, DC, American Psychiatric Association. Obsessive Compulsive and Related Disorders.
5. Grant JE, Stein DJ. **Body-focussed repetitive behavior disorders in ICD-11**. Review Braz J. Psychiatry, 2014;36 Suppl 59-64
6. Lochner C, Roos A, Stein DJ. **Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options**. Neuro-psychiatric Disease and Treatment, 2017;13:1867-72
7. Shenefelt PD. **Mindfulness Based Cognitive Hypnotherapy and Skin Disorders**. Am J Clin Hypno, 2018;(61)1:34-44

\* *Jamèl Sharif Khoudja, co-assistent, LUMC, Leiden*

*Cornelis (Kees) Kennedy, stafdocent afdeling Huidziekten, LUMC, Leiden*