

# Psychodermatologie, een korte kennismaking

J.L. Klatte, P.M.J.H. Kemperman\*

Het effect van stress op de huid werd door Hippocrates al beschreven aan de hand van patiënten die hun haren uitrokken als reactie op emotionele stress. Sinds de tweede helft van de 18e eeuw is door dermatologen, chirurgen, filosofen en psychiaters geschreven over de relatie tussen psyche en de huid. Ondanks dat de psychodermatologie in de geschiedenis al werd beschreven als een subspecialisme van dermatologie, is het een nog relatief onbekend wetenschapsgebied en pas sinds twee decennia meer in opkomst, met name onder dermatologen, psychiaters en psychologen. De laatste jaren groeit zelfs weer de aandacht en lijkt de psychodermatologie een bloeiende toekomst tegemoet te gaan (1).

## Psychodermatologie

De psychodermatologie bestudeert de relatie tussen huidziekten, psychologische en sociale factoren. Bij een derde van de patiënten met een huidziekte spelen psychosociale- of psychiatrische factoren een rol. Zo kan een psychiatrische of psychosociale aandoening de oorzaak of het gevolg zijn van een huidziekte. Psychodermatologie richt zich onder andere op psychiatrische stoornissen met expressie op de huid, het behandelen van huidziekten met psychologische behandelmethode en het leren omgaan met een chronische huidziekte (2). In dit overzicht wordt de groep van psychodermatologische ziektebeelden beschreven waarbij patiënten met psychiatrische klachten huidafwijkingen krijgen. Tabel 1 geeft een overzicht van de psychiatrische aandoeningen die op de huid tot uiting komen (3).

## Parasieten- of infestatiëwaan

De betekenis van een waan is een niet op de werkelijkheid berustend denkbeeld. Patiënten met een parasietenwaan

zijn ervan overtuigd dat ze besmet zijn met beestjes, terwijl dat niet zo is. Meestal betreft het insecten, wormen of parasieten. Omdat het niet altijd parasieten zijn, wordt het steeds vaker infestatiëwaan genoemd. De geschatte incidentie van parasietenwaan is twee tot zeventien per één miljoen inwoners. Daarmee is het een zeldzame aandoening die vaker bij vrouwen voorkomt dan bij mannen. De aanvangsleeftijd is gemiddeld 57 jaar.

Parasietenwaan wordt beschreven als een waanstoornis met betrekking tot het eigen lichaam. Meestal wordt er geen oorzaak gevonden, dan wordt het primaire parasietenwaan genoemd. Als er wel een onderliggende oorzaak aantoonbaar is, zoals een psychiatrische- of lichamelijke aandoening, intoxicatie of medicijngebruik, dan wordt het een secundaire parasietenwaan genoemd (4,5).

## Kliniek

Patiënten ervaren het gevoel van bijten, steken of kruipen van (voor de medici) niet aantoonbare beestjes en presen-

Tabel 1. Psychiatrische aandoeningen met expressie op de huid (3,4)

Indeling	Aandoeningen	Betekenis
Waanstoornissen	Parasieten- of infestatiëwaan	De overtuiging besmet te zijn met parasieten terwijl dit in werkelijkheid niet zo is
Obsessieve-compulsieve en verwante aandoeningen	Body dysmorphic disorder	Obsessie met een minimale of niet bestaande afwijking van het uiterlijk
	Skin-picking/ dermatillomanie	Herhaald dwangmatig beschadigen van de eigen huid
	Trichotillomanie	Overmatige aandrang om de eigen haren uit te trekken
Nagebootste stoornissen	Dermatitis artefacta	Opzettelijk beschadigen van de huid met als doel de status dermatologische patiënt te krijgen



Foto 1a. Een zakje gevuld met op plakband verzamelde pluisjes en insecten, het match-box sign (Bron: auteur)

teren zich met krabwondjes en littekens. Deze zitten vaak op plekken waar de patiënt gemakkelijk bij kan. Kenmerkend is dat patiënten een bewijs meenemen om de behandelaar te overtuigen van de aanwezigheid van de beestjes. Vaak is het een doosje of plakband met pluisjes, huidschilfers en draadjes. Dit wordt het 'match-box sign' (foto 1a,1b en foto 2) genoemd. De waan kan ernstige sociale beperkingen veroorzaken. Patiënten hebben geen ziektebesef of -inzicht en zullen bij confrontatie ontkennen en vaak ontstaat er een gevoel van onbegrip. Voor het stellen van de diagnose is het belangrijk om de klacht serieus te nemen en goed lichamelijk onderzoek te doen om andere dermatologische oorzaken van de symptomen uit te sluiten (5).

### Behandeling

Behandeling van een parasietenwaan vindt bij voorkeur plaats bij de psychiater. Indien de patiënt een psychiatrisch consult weigert kan de dermatoloog proberen de patiënt te overtuigen om een proefbehandeling met antipsychotica te starten. De dermatoloog overlegt dan met de psychiater over de keuze van het medicijn. Bij een psychodermatologisch spreekuur houden de dermatoloog en de psychiater/psycholoog gezamenlijk spreekuur. Deze multidisciplinaire aanpak maakt verwijzen meer laagdrempelig, zodat de juiste behandeling vanaf een vroeg stadium ingezet kan



Foto 1b. In detail hetzelfde zakje (Bron: auteur)

worden (6). De eerste keus behandeling voor parasietenwaan is medicamenteus met antipsychotica. De moeilijkheid van de behandeling ligt in de acceptatie van de patiënt voor behandeling met antipsychotica. Belangrijk is dat de patiënt zich serieus genomen voelt en dat er een vertrouwensband ontstaat. Omdat er geen ziektebesef of ziekteinzicht is wordt geadviseerd om de patiënt niet te confronteren of tegen te spreken en tegelijkertijd de overtuiging ook niet te bevestigen. De behandelaar kan bijvoorbeeld zeggen dat antipsychotica voor verschillende aandoeningen gegeven kunnen worden en dat ze ook werkzaam kunnen zijn tegen stress en jeuk. Binnen enkele weken wordt er meestal effect van de behandeling gezien en meer dan de helft van de patiënten komt uiteindelijk tot gedeeltelijk of volledig herstel. De behandeling moet wel voortgezet worden om terugval te voorkomen (5,7).

### Body dysmorphic disorder

Bij body dysmorphic disorder (BDD) is de patiënt obsesief bezig met een vermeende afwijking van het uiterlijk, terwijl er voor een ander weinig tot geen afwijkingen te zien zijn. De prevalentie van BDD varieert van 0,7 tot 2,4% en

het komt evenveel voor bij mannen als bij vrouwen. De leeftijd van optreden varieert van 5 tot 80 jaar, met als meest voorkomende periode de adolescentie (8).

### Kliniek

De preoccupatie heeft meestal betrekking tot de huid, het haar of de neus. De patiënten vertonen compulsief gedrag, zoals steeds in de spiegel kijken, camoufleren, skin-picking en overmatige lichaamsverzorging. Het belangrijkste criterium voor BDD is de discrepantie tussen de ernst van de lichamelijke afwijking en de mate van bezorgdheid over de afwijking. Bijna de helft van de patiënten met BDD denkt gedurende drie tot acht uur per dag aan het lichaamsdeel en een kwart zelfs meer dan acht uur per dag. Dit leidt vaak tot beperkingen in het functioneren. Omdat de gedachten en repetitieve gedragingen in BDD



Foto 2. Een meegenomen bewijs, onder de microscoop herkenbaar als een gewoon spinnetje die niet in de huid kan leven (Bron: auteur)

overeenkomen met de dwanggedachten en dwanghandelingen bij een obsessieve-compulsieve stoornis wordt BDD in de DSM-5 geassocieerd onder de 'obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen' (tabel 1) (3,4).

### Behandeling

Patiënten met BDD komen vaak bij de dermatoloog of plastisch chirurg terecht. Regelmatig wordt BDD niet herkend en krijgen deze patiënten een cosmetische behandeling terwijl zij eigenlijk psychiatrische of psychologische hulp nodig hebben. Alleen cosmetische behandeling geeft deze patiënten geen voldoening en leidt meestal tot 'shop-gedrag'. BDD kan medicamenteus behandeld worden met antidepressiva, de eerste keus zijn selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's). Binnen twaalf weken moet bij behandeling met SSRI's een afname gezien worden van de dwanghandelingen en dwanggedachten. Tevens nemen depressieve symptomen en het ervaren van angst af. Niet medicamenteuze behandeling met cognitieve gedragstherapie laat ook een goed effect zien. Zowel individueel als in groepen blijkt cognitieve gedragstherapie effectief bij BDD (8).

### Dermatitis artefacta

Dermatitis artefacta is een vorm van zelf toegebracht huidletsel waarbij het beschadigen van de huid, met als doel de status van dermatologische patiënt te verkrijgen, voorop staat. Het begint voornamelijk in de adolescentie en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Veel voorkomende oorzaken zijn een chronische ziekte of een andere psychiatrische aandoening, zoals een angststoornis, depressie of persoonlijkheidsstoornis. Een psychotrauma, zoals seksueel misbruik of verwaarlozing, kan ook de onderliggende oorzaak zijn (9).

### Kliniek

De beschadigingen zien er vaak vreemd uit met grillige vormen en soms juist met scherpe, hoekige grenzen. De beschadigingen variëren van korstjes, rode plekken en blaren tot brandwonden, snijwonden en littekens. De beschadiging kan mechanisch zijn met scherpe voorwerpen of door wrijven, krabben of bijten. Een andere vorm van beschadiging is door een warmtebron, zoals vuur of sigaretten. Tot slot komt er chemische beschadiging voor met zuren of bijtende stoffen. Net zoals bij parasietenwaan valt het bij dermatitis artefacta op dat de beschadigingen op goed bereikbare plekken zitten, zoals gelaat, borst en armen en benen. Bij de diagnostiek is het belangrijk om geduld en begrip te tonen. Patiënten zullen vaak ontkennen dat ze het zelf doen. Soms is de patiënt zich zelfs niet eens bewust van het gedrag. Een voorwaarde voor het vaststellen van de diagnose is dat de dermatoloog na onderzoek geen andere verklaring heeft voor de symptomen (9).

## Behandeling

De behandeling van dermatitis artefacta is moeizaam. De huidafwijkingen moeten grondig onderzocht worden en goed symptomatisch behandeld worden (vaak wondbehandeling). Om verdere medicalisering te voorkomen is het belangrijk om uit te leggen welke diagnoses uitgesloten zijn. Ook bij dermatitis artefacta is de vertrouwensband belangrijk. De patiënt heeft goede begeleiding nodig van een psychiater, dermatoloog, psycholoog of maatschappelijk werker. De onderliggende psychische en sociale problemen moeten vastgesteld en zo mogelijk verbeterd worden. Vroegtijdige confrontatie wordt afgeraden omdat het meestal averechts werkt. Naarmate de vertrouwensband groeit en veel somatische oorzaken zijn uitgesloten kan een externe factor bespreekbaar worden gemaakt. Het confronteren moet niet veroordelend zijn, en er moet ook gelijk (psychologische) hulp worden aangeboden (10).

## Overige aspecten van de psychodermatologie

Zoals genoemd in de introductie omvat de psychodermatologie meerdere aandoeningen dan alleen de psychiatrische stoornissen. Wij gaan hier niet diep op in maar zullen de overige onderwerpen voor de volledigheid kort noemen. Jeuk en krabgedrag bijvoorbeeld is een veelvoorkomend probleem bij chronische huidaandoeningen zoals eczeem en psoriasis. Het is hier van groot belang om naast medicamenteuze therapie de patiënt te leren omgaan met jeuk en het krabgedrag te verminderen. Uit onderzoek blijkt psychologische behandeling met cognitieve gedragstherapie hiervoor eveneens effectief te zijn. Dan is er ook een grote groep patiënten die ten gevolge van een chronische huidaandoening psychosociale problemen hebben, zoals angst, schaamte, depressie of ervaren stigmatisatie. Hierbij blijkt ook cognitieve gedragstherapie het meest effectief. Voorbeelden van methoden die toegepast worden zijn stressmanagement, relaxatietherapie en groepsbehandelingen (11).

## Do's en don'ts

- Vraag bij huidaandoeningen altijd naar de impact van de huidziekte op het dagelijkse leven.
- Probeer bij het vermoeden op bijvoorbeeld een parasietenwaan of dermatitis artefacta niet direct een bekentenis te onthalen of de patiënt te confronteren. Dit kan juist een averechts effect hebben. Neem een neutrale houding aan.
- Wanneer het vermoeden bestaat dat er sprake is van een psychodermatologische aandoening, is het goed om deze patiënt te verwijzen voor diagnostiek en zo nodig behandeling. Direct doorverwijzen naar een psychiater is vaak een grote stap en de patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen. Verwijzing naar een psychodermatologie spreekuur kan dan uitkomst bieden.

## Conclusie

Psychodermatologie is uitgegroeid tot een groot subspecialisme van dermatologie, klinische psychiatrie en psychiatrie. Er wordt in toenemende mate aandacht besteed aan behandeling van psychologische problematiek als oorzaak of als gevolg van een huidziekte. Een aantal van deze aandoeningen vereist een specifieke benadering. Goede communicatie is hierbij van belang. Een multidisciplinaire behandeling blijkt zinvol.

## Literatuur

1. Franca K, Chacon A, Ledon J, et al. **Psychodermatology: a trip through history.** *An Bras Dermatol*, 2013;88:842-3.
2. Van Praag MCG, de Korte J. **Psychodermatologie op het dermatologisch spreekuur.** *Ned Tijdschr Dermatol Venereol*, 2009;19:418-422.
3. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. **DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria.** *Depression and anxiety*, 2014;31:487-493.
4. Gupta MA, Gupta AK. **Current concepts in psychodermatology.** *Curr Psychiatry Rep*, 2014;16:449.
5. Jagt YQ, Sutherland AL, Meijer JH, et al. **Parasieten- of infestatiewaan een therapeutische uitdaging.** *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2014;158:A7548.
6. Evers AWM, Crijns MB, Kemperman PMJH. **Een inblik in de psychodermatologie.** *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2013;157:A5659.
7. Patel V, Koo JYM. **Delusions of parasitosis; suggested dialogue between dermatologist and patient.** *Journal of dermatological treatment*, 2015 Jan; Epub 1-5.
8. Vulink NC, Denys D. **Body dysmorphic disorder (stoornis in de lichaamsbeleving).** *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2005;47:21-7.
9. Duller P, van der Veen JPW, Evers AWM. **Dermatitis artefacta aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling.** *Ned Tijdschr Dermatol Venereol*, 2009;19:398-402.
10. Musaph H, van Joost TH. **Dermatitis artefacta.** *Ned Tijdschr Geneeskd*, 1992;136:358-360.
11. Evers AWM. **Psychodermatologische screening en behandeling.** *Ned Tijdschr Dermatol Venereol*, 2009;19:423-5.

\* J.L. Klatter, AIOS dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam en  
P.M.J.H. Kemperman, dermatoloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

## Contact

psychodermatologie@amc.nl