

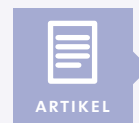
Behandeloptyes bij pediatrische trichotillomanie

G. LANDUYT, B. DIERCKX, P.F.A. DE NIJS, G.C. DIELEMAN

- ACHTERGROND** Trichotillomanie (TTM) is een psychiatrische aandoening die zich voor het eerst in de kindertijd en de adolescentie manifesteert. Onbehandeld bestaat het risico op chroniciteit. TTM brengt een grote lijdensdruk met zich mee voor de patiënt; de aandoening gaat gepaard met sociale isolatie en het ontstaan van somatische en psychiatrische comorbiditeit. Desondanks zijn de onderzoeksinspanningen, met name op farmacotherapeutisch gebied, nog beperkt.
- DOEL** Een overzicht geven van de fenomenologie van en de comorbiditeit en de behandelopties bij deze onderbelichte kinderpsychiatrische aandoening.
- METHODE** Een PubMed-zoekactie met de MeSH-term 'trichotillomania/therapy'.
- RESULTATEN** We vonden 49 bruikbare artikelen. Selectieve serotonineheropnameremmers (ssri's) zijn de meest voorgeschreven medicatie bij pediatrische TTM hoewel de werkzaamheid ervan niet is aangetoond. Een meta-analyse van verschillende ssri's bij volwassenen met TTM leverde geen statistisch significant verschil op met placebo. De effectiviteit van ssri's bij kinderen en jongeren werd nog niet onderzocht. Een meta-analyse van de effecten van clomipramine bij volwassenen met TTM leverde wel een statistisch significant verschil op met de controleconditie. De effectiviteit van clomipramine bij kinderen en jongeren werd nog niet onderzocht. Olanzapine bleek in een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) bij volwassenen met TTM effectiever dan placebo. Ondanks deze RCT en de positieve resultaten van open-labelstudies met pimozide en haloperidol bij volwassenen, is er nog geen studie gepubliceerd over de werkzaamheid van antipsychotica bij kinderen en jongeren. In een RCT bij 7-18-jarigen leidde cognitieve gedragstherapie in de vorm van habit reversal therapy (HRT) bij 75% tot vermindering van de ernst van de symptomen.
- CONCLUSIE** Er bestaat tot op heden op therapeutisch gebied enkel evidentie voor HRT, als werkzame interventie bij kinderen en jongeren met TTM.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 463-470

TREFWOORDEN adolescent, behandeling kind, trichotillomanie



Pediatrische trichotillomanie (TTM) is een stoornis van de impulsinhibitie waarbij kinderen en jongeren zich letterlijk de haren uit het hoofd trekken. Artikelen uit de jaren 70 beschrijven TTM als een zeldzame aandoening, maar in 1991 wees een epidemiologische studie van Christenson e.a. bij studenten op een *lifetime*prevalentie van 0,6 tot 3,4%. De prevalentie bij kinderen en jongeren is nog onbekend.

Kinderen en jongeren met TTM krijgen vaak een negatief zelfbeeld door pestgedrag van leeftijdsgenoten en confrontatie met boosheid en onmacht van familieleden. Het idee niet in staat te zijn het ongewenste gedrag te stoppen, gaat gepaard met minderwaardigheidsgevoelens en gevoelens van schuld en schaamte (Diefenbach e.a. 2005; Duke e.a. 2010). Veelvuldig haartrekken kan leiden tot sociale isolatie bij zichtbaar haarverlies (Franklin e.a. 2008).

In deze literatuurstudie gaan we eerst in op de classificatie en de fenomenologie van deze weinig bekende aandoening. Vervolgens geven we een overzicht van de verschillende therapeutische opties en bespreken we de controverse die leeft rondom de betekenis van *early-onset* trichotillomanie.

Classificatie

In DSM-IV werd trichotillomanie geïnclassificeerd als een stoornis van de impulsinhibitie waarbij voldaan moest worden aan vijf criteria:

- A. Recidiverend uittrekken van de eigen haren, hetgeen leidt tot waarneembaar haarverlies.
- B. Toenemend gevoel van spanning voor het uittrekken van het haar of bij pogingen dit gedrag te weerstaan.
- C. Lust, voldoening of opluchting bij het uittrekken van het haar.
- D. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis en is niet het gevolg van een somatische aandoening.
- E. De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op andere terreinen.

Hoewel bij volwassenen aan criterium B en C bijna altijd voldaan wordt in geval van klinisch relevant haartrekgedrag, blijkt dit niet altijd zo te zijn bij kinderen en jongeren. In een grootschalig onderzoek bij 133 jongeren tussen 10 en 17 jaar met klinisch relevant haartrekgedrag, gaf 61,7% aan zich bewust te zijn van een toenemend gevoel van spanning voorafgaand aan het uittrekken van haar (criterium B) en gaf 78,2% aan zich bij het uittrekken van haar wat beter te voelen (criterium C) (Franklin e.a. 2008). Bij een vergelijkbare studie door dezelfde onderzoeksgroep bij 110 kinderen jonger dan 10 jaar gaf 63% van de ouders aan dat zij meenden dat hun kind spanning ervoer voorafgaand aan het uittrekken van haar en gaf 70,6% aan dat zij meenden dat het uittrekken van haar voor ontspanning zorgde (Walther e.a. 2014). Er bestaat in de literatuur consensus over het idee dat criterium B en C niet noodzakelijk zijn voor het toekennen van de diagnose in geval van klinisch relevant haartrekgedrag en in DSM-5 zijn criterium B en C dan ook verwijderd (Woods e.a. 2006b).

In de DSM-5 staat trichotillomanie geïnclassificeerd als een stoornis die deel uitmaakt van het obsessieve-compulsieve spectrum en waarbij voldaan wordt aan vijf criteria:

- A. Recidiverend uittrekken van het eigen haar, met haarverlies tot gevolg.
- B. Herhaaldelijke pogingen om het haar uittrekken te stoppen.
- C. Het haar uittrekken veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

AUTEURS

GOEDELE LANDUYT, kinder- en jeugdpsychiater, GGZ-Delfland, Delft.

BRAM DIERCKX, kinder- en jeugdpsychiater, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam.

PIETER DE NIJS, kinder- en jeugdpsychiater, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam en Lucertis Sarr Expertisecentrum Autisme.

GWEN DIELEMAN, kinder- en jeugdpsychiater, Erasmus MC-Sophia, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Goedele Landuyt, Family FACT team, De Barones, St.Jorisweg 2, 2612 GA, Delft.

E-mail: g.landuyt@ggz-delfland.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-1-2016.

tig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

- D. Het haar uittrekken of haarverlies kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening.
- E. Het haar uittrekken kan niet beter worden verklaard door symptomen van een andere psychische stoornis.

Fenomenologie

De incidentie van TTM piekt tijdens de peuterleeftijd en de adolescentie (Du Toit e.a. 2001). Het haartrekgedrag volgt bij de meeste kinderen en jongeren een chronisch fluctuerend beloop (*waxing and waning*) (Keuthen e.a. 2001). Onbehandeld neigt de aandoening naar chroniciteit in de volwassenheid (Bruce e.a. 2005).

Meer meisjes dan jongens worden aangemeld voor behandeling en ook bij volwassenen zoeken meer vrouwen hulp (Franklin e.a. 2008). Een mogelijke verklaring voor deze oververtegenwoordiging van vrouwen zou kunnen zijn dat gendergerelateerde opvattingen over uiterlijk (waarbij haarverlies op de kruin bij mannen als normaal wordt beschouwd) ervoor zorgen dat volwassen mannen met TTM minder sociale hinder ondervinden en daardoor minder vaak professionele hulp zoeken, wat leidt tot een vertekening van de prevalentiecijfers. Zo zou het ook kunnen dat ouders van een jongetje met TTM er eerder voor kiezen om het haar kort te scheren in plaats van psychologische hulp te zoeken voor hun zoon.

De meest voorkomende lokalisaties waar haar wordt uitgetrokken zijn: behaarde hoofdhaar (85,7%), wimpers (51,9%), wenkbrauwen (38,3%) en pubisregio (27,1%). In mindere mate wordt ook haar uitgetrokken van benen (18,8%) en armen (9,0%) (Franklin e.a. 2008). Naarmate het kind ouder wordt, neemt het aantal lokalisaties waar haar wordt uitgetrokken toe. Kinderen jonger dan 5 jaar trekken exclusief hoofdhaar uit (Walther e.a. 2014).

Het haar uittrekken kan in korte episoden op verschillende momenten tijdens de dag plaatsvinden of minder frequent, maar dan gedurende uren. Vaak gaat het haar uittrekken gepaard met een bepaald ritueel, waarbij het kind eerst het haar selecteert, vervolgens het op een bepaalde manier eruittrekt (bijvoorbeeld zonder de wortel te beschadigen) en tegen de lippen aanwrijft of in de mond met de tanden bewerkt, alvorens het weg te gooien of in te slikken (Woods e.a. 2006b).

Vanuit de klinische praktijk maakt men onderscheid tussen twee stijlen van haartrekken: 'automatisch trekken' en 'gefocus trekken'. Bij het automatisch trekken is het kind of de jongere zich niet bewust van het gedrag tot hij/zij plots het haar op de grond ziet liggen of door iemand anders erop aangesproken wordt. Meestal treedt het gedrag op bij sedentaire activiteiten zoals lezen of televisiekijken. Bij het gefocust trekken wordt het haartrekken aangewend als een manier om emoties te reguleren. In dit geval zijn kinderen zich vaak wel bewust van toenemende spanning voorafgaand aan het uittrekken van haar.

De meeste kinderen vertonen een combinatie van beide gedragsstijlen, waarbij het automatisch trekken vooral voorkomt bij de allerkleinsten en het aandeel van het gefocust trekken toeneemt naarmate het kind ouder wordt. Het haar uittrekken gebeurt meestal niet wanneer er anderen aanwezig zijn, afgezien van naaste familieleden. Sommige kinderen ontkennen haar uit te trekken, wat verklaard kan worden vanuit schaamtegevoelens of het gevoel kan zijn van een exclusief 'automatische' trekstijl, waarbij het trekken onbewust gebeurt (Flessner e.a. 2008b).

Een verwijzing naar een dermatoloog is gewenst wanneer de patiënt blijft ontkennen het haar zelf uit te trekken en er differentiaaldiagnostisch gedacht wordt aan dermatologische aandoeningen zoals alopecia areata, tinea capitis en secundaire syfilis (Hautmann e.a. 2002). Met een huidbiopt en dermatoscopie is het mogelijk om TTM te onderscheiden van andere oorzaken van alopecia.

Somatische en psychiatrische comorbiditeit

Somatische consequenties van chronisch haartrekken zijn onherstelbare schade aan de haargroei en de haarkwaliteit, carpaletunnelsyndroom, spierpijn in de rug, schouders en

nek, blefaritis en gebitsschade. Het doorslikken van haren (trichofagie) kan tot een trichobezoar leiden, een gastro-intestinale haarmassa die gepaard kan gaan met bloedbraken, anemie, buikpijn, misselijkheid, pancreatitis en obstructieve icterus. Hierbij is chirurgische interventie (conventionele laparotomie) vaak geboden ter preventie van darmobstructie of zelfs -perforatie (Fallon e.a. 2013).

De meest voorkomende comorbide stoornissen bij 10- tot 17-jarigen met TTM zijn angststoornissen (24%), stemmingsstoornissen (18,8%), AD(H)D (16,5%), ticstoornissen (4,5%), eetstoornis (3,8%) en oppositionele-opstandige gedragsstoornis (3,0%) (Franklin e.a. 2008). 'Body focused repetitive behavior' (BFRB) is een term voor lichaamsgeoriënteerd repetitief gedrag zoals excoariestoonnis (pathologisch huidkrabben), onychofagie (nagelbijten) en TTM (McGuire e.a. 2012). Van kinderen jonger dan 10 jaar met TTM geeft 41,5% van de ouders aan dat er bij hun kind sprake is van minstens een andere BFRB.

Er wordt minder psychiatrische comorbiditeit waargenomen bij kinderen jonger dan 10 jaar dan bij adolescenten en volwassenen. Bij kinderen jonger dan 5 jaar zijn er minder bijkomende psychiatrische klachten dan bij 5- tot 10-jarigen (Walther e.a. 2014).

METHODE

Om een kwalitatief overzicht te verkrijgen van de beschikbare onderzoeksliteratuur voerden wij een PubMed-zoekactie uit met de MeSH-term: 'trichotillomania/therapy', leeftijdsrestrictie: 0-18 jaar, taalrestrictie: Engels, Duits, Nederlands en Frans en publicatiedatum tussen 1 januari 1995 en 1 november 2015. Dit leverde 109 resultaten op waarvan 49 artikelen werden meegenomen in de bespreking. Wanneer artikelen niet werden gebruikt, was dit omdat de focus van het artikel op de dermatologische of oftalmologische aspecten van de aandoening lag of omdat het artikel van onvoldoende kwaliteit was.

RESULTATEN

Farmacotherapie

SSRI'S EN TCA'S

Sommige auteurs zien TTM als een stoornis die deel uitmaakt van het obsessieve-compulsieve spectrum. Een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) komt voor bij 10,7% van alle patiënten met TTM (Woods e.a. 2006a).

SSRI's en tricyclische antidepressiva (TCA's) zijn effectief in de behandeling van OCS. Er werden dan ook enkele placebogecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van SSRI's bij TTM verricht. Een meta-analyse van 4 studies bij 72

volwassen deelnemers met TTM toonde aan dat het behandel-effect van verschillende SSRI's niet verschilt van placebo-behandeling (Bloch e.a. 2007). Het betrof twee cross-overstudies die fluoxetine (maximale dosis 80 mg) vergeleken met placebo; de deelnemers kregen beide behandelingen achtereenvolgens 12 weken. De andere 2 waren gerandomiseerde gecontroleerde studies waarin in de ene 12 weken fluoxetine (maximale dosis 60 mg) werd vergeleken met 12 weken wachtlijst en in de andere 12 weken sertraline (maximale dosis 200 mg) met 12 weken placebo. In geen van deze vier studies kwam een significant verschil naar voren tussen de resultaten met een SSRI of met placebo-behandeling.

Bij kinderen en jongeren met TTM zijn geen studies gedaan naar effectiviteit van SSRI's. Ondanks de afwezigheid van wetenschappelijke onderbouwing, zijn SSRI's nog steeds de meest voorgeschreven medicatie in de behandeling van kinderen en jongeren met TTM (Franklin e.a. 2008).

SSRI's kunnen wel van nut zijn in de behandeling van comorbide angst- en stemmingsstoornissen. Een meta-analyse van 2 studies bij 24 volwassen deelnemers met TTM toonde aan dat het behandel-effect van *habit reversal therapy* beter is dan dat van clomipramine, en dat van clomipramine beter dan van placebocondities (Bloch e.a. 2007). De ene studie was een cross-overstudie waarin 5 weken clomipramine (maximale dosis 250 mg) werd vergeleken met 5 weken desipramine (maximale dosis 250 mg) dat als actieve controleconditie beschouwd werd. De andere studie was een RCT waarin 9 weken clomipramine (maximale dosis 250 mg) werd vergeleken met 9 weken placebo. Bij kinderen en jongeren met TTM zijn geen studies gedaan naar effectiviteit van clomipramine.

ANTIPSYCHOTICA

Andere auteurs zien TTM als een stoornis die deel uitmaakt van het spectrum van impulsinhibitiestoornissen. Haartrekgedrag zou immers beschouwd kunnen worden als stereotiep gedrag dat fenomenologisch lijkt op tics. Olanzapine, effectief in de behandeling van ticstoornissen bij kinderen, bleek in een RCT met 25 deelnemers effectiever dan placebo in de behandeling van volwassenen met TTM (van Ameringen e.a. 2010). De behandeling met olanzapine (gemiddelde dosis: 10,8; SD: 5,7 mg/d) werd vergeleken met placebo-behandeling gedurende 12 weken. Beoordeeld met de CGI-I, bleek 85% van de deelnemers uit de olanzapine-groep te reageren op de behandeling (CGI-I = 1 of 2) versus slechts 17% van de placebogroep.

Er is tevens een gevalbeschrijving van de succesvolle behandeling van een 13-jarig meisje na additie van olanzapine 5 mg aan de behandeling met paroxetine 40 mg (Pat-hak e.a. 2004). Er zijn positieve resultaten beschreven bij ongecontroleerde studies met pimozide en haloperidol bij

volwassenen (Stein & Hollander 1992; van Ameringen 1999). Enkele gevalbeschrijvingen bij volwassenen rapporteren positief over het effect van aripiprazol (Jefferys & Burrows 2008; Yasui-Furukori & Kaneko 2011). Er is nog geen RCT uitgevoerd naar de werkzaamheid van olanzapine of een ander antipsychoticum in de behandeling van kinderen en jongeren.

DIVERSE MIDDELEN

Wegens de fenomenologische gelijkheid tussen TTM en verslaving en de goede resultaten van naltrexon, een opiaantagonist, in de behandeling van verslaving, ontstond de hypothese dat naltrexon ook de drang om haar uit te trekken bij TTM zou kunnen minderen. Een ongecontroleerde open-labelstudie van naltrexon (66,07; SD: 22,23 mg/d) bij 14 kinderen met TTM (gemiddelde leeftijd: 9; SD: 1,88 jaar) gedurende 10 maanden gaf een hoopvol resultaat: 11 van de 14 deelnemers bleken te reageren (De Sousa 2008). Hierop volgde een RCT bij 51 volwassenen waarbij de behandeling met naltrexon (150 mg/d) vergeleken werd met placebo-behandeling gedurende 8 weken. Meer deelnemers uit de naltrexongroep reageerden op de behandeling in vergelijking met de placebogroep, maar het resultaat was niet statistisch significant (Grant e.a. 2014).

Lochner e.a. (2006) boekten positieve resultaten in de behandeling van volwassenen met TTM in een ongecontroleerde open-labelstudie met topiramaat. Adewuya e.a. (2008) beschreven de casus van een 10-jarig meisje dat bij dosisverhoging van valproïnezuur (dat zij kreeg ter behandeling van comorbide epilepsie) een vermindering van haartrekgedrag liet zien.

Omdat men vermoedt dat glutamaterge disfunctie een rol speelt in de pathofysiologie van OCS en vanwege de fenomenologische gelijkheid met TTM, ontstond de hypothese dat glutamaterge modulators zoals N-acetylcysteïne een gunstige invloed zouden uitoefenen op compulsieve gedragingen. Nadat N-acetylcysteïne in een RCT effectief was gebleken in de behandeling van TTM bij volwassenen (Grant e.a. 2009), waren de verwachtingen hooggespannen voor de RCT die de effectiviteit zou testen bij 8- tot 17-jarigen met TTM (n = 39). Behandeling met N-acetylcysteïne (dosis: 2400 mg) werd vergeleken met placebo-behandeling gedurende 12 weken. Het verschil met de controlegroep bleek echter niet statistisch significant (Bloch e.a. 2013).

Psychotherapie

Azrin en Nunn (1973) introduceerden *habit reversal therapy* (HRT) voor de behandeling van tics en motorische gewoontegedragingen. In 1980 publiceerden ze een studie waarbij deze vorm van gedragstherapie in de behandeling van TTM werd vergeleken met *negative practice* waarbij de patiënt ieder uur 30 seconden voor de spiegel de handelingen van

het haar uittrekken nadoet zonder echt haar uit te trekken. Hierbij bleek HRT dubbel zo effectief als negative practice. Franklin e.a. (2011) pasten in hun studie een HRT-protocol toe in twee fasen. Tijdens de eerste fase (8 weken) krijgt het kind wekelijks een sessie waarin men de actieve onderdelen van de therapie uitwerkt. Tijdens de tweede fase (8 weken) krijgt het kind om de twee weken een sessie en in de weken daartussen een telefoongesprek waarin bij wijze van terugvalpreventie wordt teruggeblikt op de afgelopen periode om na te gaan of er nog haartrekgedrag heeft plaatsgevonden en om thema's uit de actieve fase van de behandeling in herinnering te brengen. De stappen uit de actieve fase van HRT zijn de volgende:

- Psycho-educatie over TTM en de behandeling.
- Training met technieken om het kind te helpen zich meer bewust te worden van gevoelens die aan het haartrekken voorafgaan en van het haartrekgedrag zelf.
- Stimuluscontrole: de omgeving zo aanpassen dat het minder waarschijnlijk wordt dat er nog haar wordt uitgetrokken (bijvoorbeeld: geen pincet meer op de slaapkamer).
- *Competing response training* (CRT): het aanleren van gedrag dat onverenigbaar is met het uittrekken van haar (bijvoorbeeld: op de handen zitten).
- Progressieve spierrelaxatie.
- Cognitieve herstructurering: maladaptieve cognities rondom haartrekgedrag en hoogrisicosituaties identificeren en uitdagen.

In een RCT voor deze vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij 24 kinderen tussen 7 en 18 jaar bleek dat 75% met vermindering van de ernst van de symptomen reageerde op de behandeling in week 16, vergeleken met *minimal attention control* (MAC) waarbij 0% een vermindering van klachten rapporteerde. Er namen te weinig kinderen deel aan de follow-up om iets te kunnen zeggen over langetermijnresultaten (Franklin e.a. 2011).

Een eerdere open trial door dezelfde onderzoeksgroep kwam uit op een vergelijkbaar resultaat: 77% van de 46 kinderen toonden een respons in week 16 en na 6 maanden follow-up was dit nog 63%. Ook angst- en somberheidsklachten waren na behandeling significant in ernst afgenomen (Tolin e.a. 2007).

Een meta-analyse van 3 studies bij 59 volwassen deelnemers met TTM toonde aan dat het behandelingseffect van HRT significant is, vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep (Bloch e.a. 2007).

Een pilotstudie met 5 volwassenen waarin elementen uit de *acceptance and commitment therapy* (ACT) werden gecombineerd met HRT in een behandeling van 10 wekelijkse sessies was succesvol voor alle deelnemers (Flessner e.a. 2008a). Afhankelijk van de stijl van het haartrekken leken andere onderdelen van de therapie beter aan te slaan. Zo

reageerden deelnemers met gefocust trekken vooral op de ACT en de deelnemers met automatisch trekken vooral op HRT.

Na een gevalbeschrijving van een volwassene die succesvol werd behandeld met HRT, verrijkt met elementen volgens Linehan (Keuthen e.a. 2012), volgde nog een gevalbeschrijving van deze HRT-Linehan-behandeling bij een 15-jarige adolescente bij wie de emotieregulerende functie van het gefocust haartrekgedrag duidelijk aandacht behoefde (Welch & Kim 2012). In deze gevalbeschrijving werd beschreven hoe er bij ouders vaak heftige gevoelens van onmacht en radeloosheid leven die behandeling in de weg kunnen staan. Middels ouderbegeleiding worden zij geholpen hun kind op afstand te steunen in de strijd tegen de stoornis.

Er zijn ook gevalbeschrijvingen van de succesvolle behandeling van kinderen vanaf 8 jaar met hypnotherapie, bestaande uit geleide verbeelding en progressieve relaxatie (Cohen e.a. 1999).

Wij concluderen dat zowel voor kinderen en jongeren vanaf 7 jaar als voor volwassenen er duidelijke evidentie bestaat voor de effectiviteit van CGT gebaseerd op HRT bij TTM.

Controverse rondom early-onset-TTM

Sommige auteurs beschouwen TTM bij kinderen jonger dan 5 jaar als 'benigne gewoontegedrag' of hoogstens als een apart subtype van TTM dat zelflimiterend en benigne van aard zou zijn (Byrd e.a. 2002). Er zijn auteurs die het haartrekken beschouwen als gedrag dat de functie aanneemt van een transitioneel object en om die reden een atypisch voorbeeld is van leeftijdsadequaat gedrag met een gunstige prognose (Kao e.a. 2005; Madsen & Bygum 2008). Er zijn echter geen prospectieve studies die het natuurlijk verloop van early-onset-TTM hebben onderzocht.

De meeste ouders van wie de peuter zichzelf de haren uit het hoofd trekt, zullen na overleg met de huisarts actie ondernemen door het kind wanten aan te doen bij het slapengaan of door het haar van hun peuter af te scheren, wat meestal succesvol is. Er vindt dus vaak wel een interventie plaats, in de vorm van stimuluscontrole. Het is dan ook voorzichtiger en correcter om te stellen dat het natuurlijk verloop van early-onset-TTM onbekend is.

De stelling dat early-onset-TTM zelflimiterend zou zijn, is wetenschappelijk onvoldoende onderbouwd. Dit geldt ook voor de veronderstelde benigne aard van de aandoening. De potentieel letale somatische complicaties (o.a. trichobezoar met risico op darmperforatie) maken van early-onset-TTM een aandoening die meer van onze wetenschappelijke en klinische aandacht verdient dan het tot nu toe heeft gekregen.

Bij kinderen jonger dan 5 jaar, zien we voornamelijk automatisch haartrekken dat plaatsvindt rondom bedtijd. Er zijn in deze leeftijdscategorie ook kinderen die het haar van hun moeder uittrekken en op de vloer zoeken naar haren om ze op te eten. Bij de allerkleinsten lijkt haartrekken wel vaker in een gedragssequentie geassocieerd te raken met duimzuigen (Messinger 1999). In zulke situaties resulteert het bestraffen van het duimzuigen (door een substantie met vieze smaak op de duim aan te brengen) niet enkel in het uitdoven van het duimzuigen, maar ook van het haartrekgedrag (Watson & Allen 1993).

Vanwege hun cognitieve ontwikkeling komen de allerkleinsten nog niet in aanmerking voor cognitieve gedragstherapie, hoewel via ouderbegeleiding wel gedragstherapeutische interventies plaats kunnen vinden. Met het toedienen van medicatie zijn artsen terughoudend op zulke jonge leeftijd. De literatuur rondom therapeutische opties bij TTM bij kinderen jonger dan 5 jaar beperkt zich tot gevalsbeschrijvingen waarbij gedragstherapeutische interventies met stimuluscontrole en focus op belonings-schema's goed effect sorteren (Rahman e.a. 2009). Er wordt ook melding gemaakt van gevallen waarbij speltherapie met harige poppen ervoor zorgt dat de alopecia zich verplaatst van het kind naar de pop.

DISCUSSIE

Een opvallende vaststelling van deze literatuurstudie is dat er bijzonder weinig onderzoek is gedaan naar de farmacotherapeutische behandeling van TTM en dat de meeste studies zich richten op volwassenen. Op therapeutisch

gebied bestaat momenteel enkel evidentie voor cognitieve gedragstherapie in de vorm van HRT als interventie bij kinderen en jongeren met TTM. De behandelresultaten van HRT, zeker op korte termijn, zijn uitermate gunstig. Gezien de voorlopig positieve resultaten bij volwassenen met additie van ACT aan de behandeling met HRT, adviseren we verder onderzoek om vast te stellen of ACT ook meerwaarde heeft bij kinderen en jongeren met TTM.

De farmacotherapie voor kinderen en jongeren met TTM is in wetenschappelijk opzicht nog onontgonnen terrein. Ondanks positieve resultaten bij volwassenen, is de effectiviteit van clomipramine bij kinderen en jongeren nog niet onderzocht. Ook de atypische antipsychotica zijn nog niet onderzocht bij kinderen en jongeren ondanks de bewezen effectiviteit van olanzapine in de behandeling van volwassenen met TTM. Olanzapine heeft een ongunstig bijwerkingenprofiel en er is weinig ervaring met langdurig olanzapinegebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Binnen de groep atypische antipsychotica zijn er echter andere middelen waarmee wel uitgebreid ervaring bestaat, zoals aripiprazol en risperidon. Aangezien er geen specifieke reden is om olanzapine te verkiezen, zou het onderzoek naar het behandelresultaat dan ook bij voorkeur met één van deze middelen kunnen plaatsvinden.

Tot slot is het, voor een beter begrip van de betekenis van de symptomen van early-onset-TTM, van belang om een prospectieve cohortstudie op te zetten. Een van de vele vragen die zo beantwoord zouden kunnen worden, is of deze kinderen een hoger risico hebben op vergelijkbare klachten in de adolescentie.

LITERATUUR

- Adewuya EC, Zinser W, Thomas C. Trichotillomania: a case of response to valproic acid. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 531-3.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Washington: APA; 2013.
- Azrin N, Nunn R. Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther* 1973; 11: 619-28.
- Azrin N, Nunn R, Frantz S. Treatment of hair-pulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1980; 11: 13-20.
- Bloch MH, Panza KE, Grant JE, Pittenger C, Leckman JF. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 231-40.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, e.a. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 839-46.
- Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Pediatr Drugs* 2005; 7: 365-76.
- Byrd MR, Richards DF, Hove G, Friman PC. Treatment of early onset hair pulling as a simple habit. *Behav Mod* 2002; 26: 400-11.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 415-7.
- Cohen HA, Barzilai A, Lahat E. Hypnotherapy: an effective treatment modality for trichotillomania. *Acta Pediatr* 1999; 88: 407-10.

- De Sousa A. An open-label pilot study of naltrexone in childhood-onset trichotillomania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 30-3.
- Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behav Res Ther* 2005; 43: 869-84.
- Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 181-93.
- Du Toit PL, Kradenburg van J, Niehaus DJH, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 247-56.
- Fallon SC, Slater BJ, Larimer EL, Brandt ML, Lopez ME. The surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and literature review. *J Ped Surg* 2013; 48: 830-4.
- Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behav Modif* 2008; 32: 579-94.
- Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Piacentini J. Styles of pulling in youth with trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology and comorbid psychiatric symptoms. *Behav Res Ther* 2008; 46: 1055-61.
- Franklin ME, Edson A, Ledley DR, Cahill S. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 763-71.
- Franklin ME, Flessner CA, Woods DW, Keuthen NJ, Piacentini JC, Moore P, e.a. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29: 493-500.
- Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 756-63.
- Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LR, Kim SW. The opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of trichotillomania: results of a double-blind, placebo-controlled, study. *J Clin Psychopharmacol* 2014; 34: 134-8.
- Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 807-21.
- Jefferys D, Burrows G. Reversal of trichotillomania with aripiprazole. *Depression and anxiety*. 2008; 25: E37-40.
- Kao P, Needlman MD, Stein MT. A toddler with hair fascination. *J Dev Behav Pediatr* 2005; 26: 308-11.
- Keuthen NJ, Sprich SE. Utilizing DBT skills to augment traditional CBT for trichotillomania: an adult case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19: 372-80.
- Keuthen NJ, Fraim C, Deckersbach T, Dougherty DD, Baer L, Jenike MA. Longitudinal follow up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 101-7.
- Lochner C, Seedat S, Niehaus DJH, Stein DJ. Topiramate in the treatment of trichotillomania: an open-label pilot study. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 255-9.
- Madsen JT, Bygum A. Trichotillomania in early childhood: a report of two cases with a peculiar habit. *Pediatr Dermatol* 2008; 25: 575-6.
- McGuire JF, Kugler BB, Park JM, Horng B, Lewin AB, Murphy TK, e.a. Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43: 855-83.
- Messinger ML. Trichotillomania. *Pediatr Rev* 1999; 20: 249-50.
- Pathak S, Danielyan A, Kowatch RA. Successful treatment of trichotillomania with olanzapine augmentation in an adolescent. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004; 14: 153-4.
- Rahman O, Toufexis M, Murphy TK, Storch EA. Behavioral treatment of trichotillomania and trichophagia in a 29-month-old girl. *Clin Pediatr* 2009; 48: 951-3.
- Stein DJ, Hollander E. Low-dose pimozone augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 123-6.
- Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cogn Behav Ther* 2007; 36: 129-44.
- Van Ameringen M, Mancini C, Oakman JM, Folvolden P. The potential role of haloperidol in the treatment of trichotillomania. *J Affect Disord* 1999; 56: 219-26.
- Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Bennett M, Oakman J. A randomized double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1336-43.
- Walther MR, Snorrason I, Flessner CA, Franklin ME, Burkel R, Woods DW. The Trichotillomania Impact Project in Young Children (TIP-YC): Clinical characteristics, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry Hum Dev* 2014; 45: 24-31.
- Watson TS, Allen KD. Elimination of thumb-sucking as a treatment for severe trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 830-5.
- Welch SS, Kim J. DBT-enhanced cognitive behavioral therapy for adolescent trichotillomania: an adolescent case study. *Cogn Behav Prac* 2012; 19: 483-93.
- Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006; 44: 639-56.
- Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, e.a. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment and treatment utilization. *J Clin Psychiatr* 2006; 67: 1877-88.
- Yasui-Furukori N, Kaneko S. The efficacy of low-dose aripiprazole treatment for trichotillomania. *Clin Neurophar* 2011; 43: 258-9.

SUMMARY

Treatment options for paediatric trichotillomania

G. LANDUYT, B. DIERCKX, P.F.A. DE NIJS, G.C. DIELEMAN

BACKGROUND Trichotillomania (TTM) is a psychiatric condition that first manifests itself in infancy and adolescence. If untreated, the condition can become chronic. TTM places a considerable burden on the individual patient. The condition is often linked to social isolation and the emergence of somatic and psychiatric comorbidity. Nevertheless, investment in research, particularly in the pharmacotherapeutical area, has been rather limited.

AIM To provide an overview of the phenomenology of TTM, the associated comorbidity and the therapies available for treating this underexposed child psychiatric disorder.

METHOD We searched PubMed using the the MeSH term 'trichotillomania/therapy' and located 49 relevant articles.

RESULTS We found 49 usable articles. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are the most frequently prescribed drugs for the treatment of pediatric TTM, although their efficacy is not yet proven. The results of a meta-analysis of several SSRIs did not differ significantly from the results obtained with patients who had been prescribed only placebos. The efficacy of SSRIs in youths has not been studied yet. A meta-analysis of clomipramine with adult TTM patients did show a statistical difference with the control group. The efficacy of clomipramine in youths has not yet been studied. In a randomised controlled trial (RCT), treatment of adult TTM patients with olanzapine proved to be more effective than placebos. Despite this RCT and the positive results of open-label studies with pimozide and haloperidol in adults, there is no research available concerning the efficacy of antipsychotics in children and youths. In an RCT with 7-8 year-olds, cognitive behavioural therapy was found to decrease the symptoms in 75% of the participants.

CONCLUSION For now there's only evidence for HRT as effective intervention in children and youths with TTM.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 463-470

KEY WORDS adolescent, child, treatment, trichotillomania