

Onder dermatitis artefacta wordt verstaan een huidaandoening die een persoon zelf veroorzaakt, met als doel het verwerven van de status van dermatologisch patiënt. Dermatitis artefacta is betrekkelijk zeldzaam en de prognose wordt over het algemeen als ongunstig beschouwd. Patiënten met deze diagnose roepen bij hun behandelaars vragen en discussie op. Zij passen niet in het gebruikelijke beeld van een dermatologische patiënt die hinder ondervindt van een huidziekte en zo snel mogelijk wil genezen. De ongewone pathogenese van dermatitis artefacta vraagt een speciale - bij voorkeur multidisciplinaire - benaderingswijze. Dit vormde de aanleiding om vanuit de Nederlandse Werkgroep voor Psychodermatologie (NWP) aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling te formuleren, gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke literatuur en klinische consensus. 1-8

Dermatitis artefacta

Aanbevelingen bij de diagnostiek en behandeling

Dit artikel is eerder verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, Vol. 19, nummer 8, september 2009 en met toestemming van redactie en auteur overgenomen.

P. Duller ¹, J.P.W. van der Veen ², A.W.M. Evers ¹, C. Kennedy ³, H. van Os-Medendorp ⁴, F.J. van Sandwijk ⁵, J. de Korte ⁶

¹ Psycholoog, Universitair Medisch Centrum St Radboud, afdeling Dermatologie en Medische Psychologie, Nijmegen

² Dermatoloog, Martini Ziekenhuis, Groningen

³ Dermatoloog, Universitair Medisch Centrum Leiden, afdeling Dermatologie, Leiden

⁴ Verpleegkundig onderzoeker, Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Dermatologie, Utrecht

⁵ Maatschappelijk werker, Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Dermatologie, Utrecht

⁶ Psycholoog, Academisch Medisch Centrum, afdeling Huidziekten, Amsterdam

CASUS

Ziektegeschiedenis

Een 44-jarige vrouw wordt regelmatig poliklinisch gezien in verband met scherp begrensde, roodschilderende gebieden op de voorzijde van de romp en de bovenarmen. De klachten bestaan al jaren en gaan gepaard met pijn. Er is geen jeuk. Patiënte ontkent het gebruik van externa. In het verleden is

sprake geweest van auto-intoxicaties met laxantia en diuretica. Ook zijn er periodes met excessief alcoholgebruik geweest. Zij is bekend bij de internist met buikklachten en bij de oogarts met visusklachten. Een somatische verklaring voor deze klachten werd nooit gevonden.

DERMATOLOGISCH ONDERZOEK

Verspreid over de voorzijde van de bovenarmen - links meer dan rechts - en thoracaal worden tot handgrote scherp begrensde, roodschilderende, soms iets verheven, plekken gezien. Verder zijn er op het lichaam geen dermatologische afwijkingen en geen aanwijzingen voor psoriasis of atopische stigmata.

HISTOPATHOLOGISCH ONDERZOEK

De epidermis toont hyper- en enige parakeratose met een breed en sterk gekorrelde stratum granulosum. Hoog dermaal is er enig rondkernig perivasculair infiltraat. De patholoog beschrijft het beeld als passend bij een verworven ichthyosis.

DIAGNOSE

Op grond van deze voorgeschiedenis en de klinische presentatie wordt gedacht aan een dermatitis artefacta.

PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

De hierboven gestelde waarschijnlijkheidsdiagnose dermatitis bij patiënte geen direct aanwijsbare psychopathologie of in het oog springende psychosociale problematiek. Wel is er

sprake van een overmatige gerichtheid op lichamelijke klachten. Uit observaties door verpleegkundigen in de kliniek blijkt dat patiënte regelmatig aandacht vraagt door middel van vage lichamelijke klachten als buik- en hoofdpijn. Voorts draagt zij een grote button met de tekst 'ik ben slechtziend' zonder dat van een duidelijke visuele handicap kan worden gesproken. Op grond van bovenbestaande gegevens en de voorgeschiedenis wordt geconcludeerd dat patiënte een sterke neiging heeft tot somatiserend gedrag, zich uitend op verschillende terreinen. Op grond van deze gegevens en de klinische presentatie wordt dermatitis artefacta waarschijnlijk geacht.

THERAPIE EN BELOOP

Patiënte wordt gedurende verschillende kort opeenvolgende opnames behandeld met externa als 3% pix lithantracis in pasta zinci oxidi en ureumzalf FNA, soms met halfzijdige applicaties afgezet tegen indifferente therapie. In alle gevallen treedt volledige regressie van de afwijkingen binnen maximaal drie dagen op. Op suggesties in de richting van zelfbeschadigend gedrag wordt door patiënte ontkennend gereageerd. Zij stemt wel in met een poliklinische begeleiding door de psycholoog. Er volgen enkele gesprekken met de psycholoog met als voornaamste doel een vertrouwensrelatie met patiënte op te bouwen. Hierna blijkt patiënte bereid te praten over haar

DIAGNOSTIEK VAN DERMATITIS ARTEFACTA

Classificatie en differentiaal diagnose

Dermatitis artefacta wordt volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV ingedeeld bij de nagebootste stoornissen. Patiënten met dermatitis artefacta dienen te worden onderscheiden van andere patiënten met zelfbeschadigend gedrag waarbij het doel om 'de status van dermatologisch patiënt te verkrijgen' niet op de voorgrond staat, bijvoorbeeld patiënten met impulscontrole-stoornissen, zoals acne excoriée en trichotillomanie (tabel 1). Een belangrijk verschil is dat deze patiënten hun zelfbeschadigend gedrag meestal zullen erkennen, waardoor zij veel toegankelijker voor behandeling zijn. Ook patiënten met zelfbeschadiging als gevolg van een psychotische beleving zoals parasietenwaan en dysmorfofobie dienen te worden onderscheiden.¹

DIAGNOSTISCHE AANWIJZINGEN

De diagnose dient door de behandelend dermatoloog op basis van dermatologische bevindingen te worden gesteld (tabel 2). Voorwaarde is het onvermogen om pathofysiologie achter de gepresenteerde symptomen aan te tonen. De diagnose wordt echter vooral gesteld op basis van de locatie, de vorm en het beloop van de huidafwijkingen. De laesies komen overwegend voor op bereikbare plaatsen zoals armen, handen,

Tabel 1. Differentiaal diagnose

| | |
|-----------------------|--|
| Dermatitis artefacta | Zelfbeschadiging met als doel het verkrijgen van de status van patiënt |
| Differentiaaldiagnose | Zelfbeschadigend gedrag bij: <ul style="list-style-type: none"> • Impulscontrolestoornissen (bijv. trichotillomanie, acne excoriée) • Psychotische beleving (bijv. parasietenwaan) |

eigen rol in het ontstaan en onderhouden van de huidklachten. Zij verklaart deze te veroorzaken door middel van meubelspray. Een duidelijk motief en functie van het zelfbeschadigend gedrag kan zij echter niet noemen. In de hierna volgende gesprekken blijven de dermatologische afwijkingen gedurende de resterende behandelperiode weg en de behandeling wordt na enkele maanden afgesloten. Verdere psychologische behandeling gericht op een verheldering van de functies van het zelfbeschadigend gedrag bleek vanwege een laag introspectief vermogen van patiënte niet zinvol en daardoor niet geïndiceerd.

hoofd, nek, benen, voeten, romp en buik. Bij rechtshandigen komen in grotere mate beschadigingen op de linkerzijde van het lichaam voor, bij linkshandigen andersom. De laesies zien er vaak vreemd, grillig of bizar uit, bij mechanische of thermische beschadiging veelal met scherpe hoekige begrenzingen. De laesies kunnen een bepaald patroon op de huid vormen, bijvoorbeeld een rechthoek of cirkel, of kunnen gelijkmatig over de huid verdeeld zijn, bijvoorbeeld min of meer evenwijdig of langgerekt. Bij chemische beschadiging kan histologisch onderzoek nader inzicht verschaffen. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van werkelijke beschadiging: ook het

Tabel 2. Diagnostische aanwijzingen

| |
|---|
| 1. Dermatologische bevindingen |
| <ul style="list-style-type: none"> • geen pathofysiologie • locatie huidlaesies op bereikbare plaatsen (bijv. linkerzijde bij rechtshandigen) • vorm huidlaesies: vreemd, grillig of bizar (bijvoorbeeld scherpe hoekige begrenzingen, een distributiepatroon niet passend bij een bekende dermatose) • herstel huidafwijkingen na occlusie |
| 2. Observatie van het zelfbeschadigend gedrag |
| 3. Psychopathologie |

aanbrengen van make-up of kleurkrijt hoort tot de (meer onschuldige) mogelijkheden. Genezing van de laesies treedt op wanneer zij voor de patiënt onbereikbaar worden gemaakt, bijvoorbeeld onder occlusie met een zinklijm- of gipsverband. In enkele gevallen kan doorobservatie (bijvoorbeeld door verpleegkundigen tijdens een opname of door verwanten) het mutileren worden waargenomen. Psychosociale bevindingen kunnen de diagnose ondersteunen. Veelal zijn patiënten al bekend zijn met psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld ernstige psychopathologie of een ziektegeschiedenis met lichamelijk onverklaarde klachten.

DOORVERWIJZING NAAR EEN PSYCHOLOOG OF PSYCHIATER

Het is aan te bevelen om reeds in de diagnostische fase een psycholoog of psychiater te betrekken. Deze kan in aanvulling op het dermatologisch onderzoek andere diagnoses uitsluiten en onderzoek doen naar eventueel aanwezige psychopathologie. Daarnaast kan hij de motivatie van de patiënt en de functies van het zelfbeschadigend gedrag in beeld brengen en een uitspraak doen over behandelopties. Samen met de dermatoloog kan er vervolgens een multidisciplinair behandelplan worden opgesteld. De doorverwijzing naar een psycholoog of psychiater kan weerstand bij de patiënt oproepen. Deze kan in de meeste gevallen worden voorkomen door de patiënt op het dermatologisch spreekuur te blijven zien en de verwijzing in heldere en neutrale termen te formuleren, bijvoorbeeld door aan te geven dat het om een algemeen onderzoek gaat naar mogelijke factoren die bij het ontstaan en beloop van de huidandoening een rol kunnen spelen. Daarbij kan het immers ook gaan om psychologische

factoren als stress, zoals dat regelmatig bij huidandoeningen als psoriasis en eczeem het geval is.

KLINISCHE OPNAME

Een klinische opname kan in uitzonderlijke gevallen geïndiceerd zijn ter bevestiging van de diagnose, met als doel het beloop van de laesies na occlusie te observeren of het mutilerend gedrag te laten observeren. Enige terughoudendheid is geboden omdat door de opname de status van 'dermatologisch patiënt' wordt versterkt.

De volgende punten dienen in acht te worden genomen:

1. Spreek de opnameduur voor diagnostisch onderzoek van tevoren af.
2. Stel met de betrokken disciplines als verpleegkundigen een diagnose-observatieplan op.
3. Zorg voor eenvormigheid en consistentie in het beleid bij alle betrokkenen disciplines.

BEHANDELING

De behandeling dient er op gericht te zijn het zelfbeschadigend gedrag te doen verminderen of te laten verdwijnen. Dit doel kan meestal pas op langere termijn worden gerealiseerd. Wanneer de patiënt rechtstreeks wordt geconfronteerd met de diagnose, zal hij in de meeste gevallen zijn eigen aandeel hierin ontkennen. In de sfeer van wantrouwen - deze kan gemakkelijk ontstaan, ook als er slechts indirecte toespelingen op het zelfbeschadigende gedrag van de patiënt worden gemaakt - ontwikkelt zich geen wederzijdse basis voor therapeutisch handelen. Vaak zal de patiënt het contact verbreken, zijn

Tabel 3. De drie stappen in de multidisciplinaire behandeling

| |
|--|
| 1. Opbouwen van een vertrouwensrelatie |
| 2. Confrontatie met zelfbeschadigend gedrag |
| 3. Vermindering zelfbeschadigend gedrag (door middel van psychotherapie) |

Tabel 4. Aandachtspunten voor confrontatie met zelfbeschadigend gedrag

- Voorwaarde: opbouwen van een vertrouwensrelatie
- Confronteren bij voorkeur in aanwezigheid van een psycholoog of psychiater
- Neutrale houding aannemen, geen beschuldiging
- Duidelijke informatie geven over de diagnose

huidlaesies blijven veroorzaken en andere artsen of instanties gaan bezoeken.

Wil de dermatoloog therapeutisch iets voor de patiënt gaan betekenen, dan zal eerst aandacht geschonken moeten worden aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt (tabel 3). Deze vertrouwensrelatie moet ervoor zorgen dat de patiënt contact met de dermatoloog blijft houden en het spreekuur blijft bezoeken. Koblenzer geeft een aantal belangrijke aanbevelingen.⁵⁻⁶ Zo stelt zij voor te starten met een symptomatische behandeling, de patiënt regelmatig te laten terugkomen en zoveel mogelijk te laten participeren in de behandeling. Dit laatste dient ervoor om de patiënt op een positief verzorgende manier met de huid te leren omgaan in plaats van op een destructief-beschadigende manier. In tegenstelling tot de diagnostische fase is het inpakken in bijvoorbeeld zinklijm niet zinvol, omdat de patiënt er meestal toe zal overgaan op een andere plaats laesies te veroorzaken, dan wel binnen korte tijd na het beëindigen van de behandeling op dezelfde plaats een nieuwe laesie aan te brengen. Voorts moet de dermatoloog ervoor waken zich niet door de patiënt tot nieuw onderzoek te laten verleiden, bijvoorbeeld nieuwe allergologische testen. Tijdens de periode waarin de vertrouwensrelatie met de patiënt wordt opgebouwd, krijgen de dermatoloog en de geconsulteerde psycholoog of psychiater gelegenheid om meer te weten te komen over de psychopathologie van de patiënt en kan een multidisciplinair behandelplan worden opgesteld.²

In aanvulling op de dermatologische behandeling is in de meeste gevallen een psychotherapeutische behandeling noodzakelijk om het zelfbeschadigend gedrag van de patiënt te laten verdwijnen. Voorwaarde is dat de dermatoloog de patiënt eerst confronteert met het feit dat deze de huid-aandoening zelf veroorzaakt. Als de patiënt niet ontvankelijk is voor confrontatie, is een oorzakelijke therapie niet mogelijk. De dermatoloog zal samen met de psycholoog of psychiater bij iedere patiënt zorgvuldig moeten bekijken in welk stadium van de behandeling confrontatie geïndiceerd is.

Er gelden enkele algemene aanbevelingen voor confrontatie met zelfbeschadigend gedrag (tabel 4):

- Confronteer niet te snel. Een goede vertrouwensrelatie en inzicht in de achtergronden van de problematiek zijn voorwaarden voor een geslaagde confrontatie.
- Kies het tijdstip zorgvuldig en bespreek dit bij voorkeur in een multidisciplinair team.
- Confronteer bij voorkeur in aanwezigheid van een psycholoog of psychiater.
- Neem uitvoerig de tijd voor het consult. Wees attent op de emoties van de patiënt zoals paniek, angst, boosheid, verdriet en ontkenning.
- Blijf neutraal en vermijd een sfeer van beschuldiging of van betrappt-zijn.
- Wees duidelijk in de diagnose. De uitspraak 'volgens mij komt deze huidafwijking voort uit iets van buitenaf' is geen confrontatie met het zelfbeschadigend gedrag. Benoem duidelijk dat het vermoeden bestaat dat de patiënt de huid-aandoening zelf veroorzaakt.
- Biedt direct hulp aan. Noem verdere behandelmogelijkheden die van tevoren met de psycholoog of psychiater besproken zijn.

Indien de patiënt zijn eigen aandeel in de oorzaak van zijn huid-aandoening erkent, kan een psychotherapeutische behandeling starten die erop gericht is het zelfbeschadigend gedrag te laten verdwijnen. In een psychotherapeutische behandeling zullen de functies van het zelfbeschadigend gedrag worden verhelderd. Vervolgens is de behandeling erop gericht de patiënt nieuwe oplossingsstrategieën te leren en het zelfbeschadigende gedrag te doen verminderen. Zie Claes et al.¹ voor een verdere beschrijving van de psychotherapeutische behandeling. Kennis en ervaring op het gebied van de psychodermatologie in Nederland zijn slechts op enkele plaatsen georganiseerd in de vorm van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Niet elk ziekenhuis beschikt over een psycholoog,

psychiater of andere professional met een psychotherapeutische opleiding (bijvoorbeeld een gespecialiseerd maatschappelijk werker) met belangstelling voor en expertise in psychodermatologische problematiek. De Nederlandse Werkgroep voor Psychodermatologie (NWP) probeert waar mogelijk in de bestaande lacunes te voorzien en biedt zich aan als forum voor vragen op dit terrein. Voor informatie kunt u contact opnemen met onze secretaris: mevr. S. Spillekom-van Koullil, UMC St. Radboud, Medische Psychologie 840, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, e-mail info@psychodermatologie.nl.

Dankbetuiging

Wij danken mevrouw dr. G. Casteelen, psychiater, mevrouw drs. P. Eland-de Kok, verpleegkundig specialist en prof. dr. W. van Vloten, dermatoloog, voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van dit manuscript.

Literatuurlijst

1. Claes L, Vandereycken W, Vertommen, H. Cutane artefacten: functies, diagnostiek en behandeling. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2002; 12: 106-108.
2. Gieler U. Factitious Disease in the Field of Dermatology. *Psychother Psychosom* 1994; 62: 48-55.
3. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: A critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 45-52
4. Joe, EK, Li VW, Magro CM, Arndt KA, Bowers KE. Diagnostic Clues to Dermatitis Artefacta. *Cutis* 1999; 63: 209-214
5. Koblenzer, CS. *Psychocutaneous Disease*. Orlando, Florida: Grune and Stratton, 1987.
6. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta: Clinical Features and Approaches to Treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 47-55.
7. van Moffaert MM, Rooymans HGM. Cutane automutilatie: beloop en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 360-362.
8. Van Moffaert MM. The spectrum of dermatological self-mutilation and self-destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. In: Koo JYM, Lee CS, ed. *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker; 2003:169-189.
9. American Psychiatric Association. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. 2e ed. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002.

Samenvatting

Dermatitis artefacta is een huidaandoening die door de patiënt zelf wordt veroorzaakt met het doel het verwerven van de status van dermatologische patiënt. Aan de hand van beschikbare wetenschappelijke literatuurgegevens en klinische consensus worden in dit artikel vanuit de Nederlandse Werkgroep voor Psychodermatologie (NWP) adviezen gegeven voor de diagnostiek en de behandeling. De diagnose dient op grond van dermatologische bevindingen te worden gesteld. Gedragsobservaties en psychosociale bevindingen kunnen de diagnose ondersteunen. Zowel in de diagnostische fase als tijdens de behandeling is het verkrijgen van een vertrouwensrelatie een voorwaarde voor verdere therapeutische stappen met als uiteindelijk doel de vermindering van het zelfbeschadigend gedrag. Het heeft de voorkeur om een psychotherapeutisch geschoolde behandelaar bij de diagnostiek en behandeling te betrekken. ■■

Trefwoorden: psychologie-dermatitis artefacta-multidisciplinair.