

Voorspelling van Resultaten van Psychologische Behandeling
bij Patiënten met Trichotillomanie op Basis van Impliciete
Actietendenties

Scriptie P. Vos, s4342585

Mastervariant Gezondheidszorgpsychologie

Radboud Universiteit Nijmegen

Begeleider: Prof. Dr. G.P.J. Keijsers

Nijmegen, juli 2018

Trichotillomanie is een psychische aandoening waarbij patiënten de drang hebben om hun eigen haren uit te trekken. Cognitieve gedragstherapie blijkt op de korte termijn effectief te zijn. Een deel van de patiënten valt echter terug na aanvankelijke goede resultaten en het is onduidelijk waarom deze patiënten terugvallen. Het huidige these-onderzoek onderzocht of impliciete actietendenties een bijdrage leverden aan de mate van trichotillomanie symptomen. De maten voor het meten van trichotillomanie symptomen, bestaande uit de Massachusetts General hospital Hairpulling Scale, de Severity Urge Resistance Frequency scale en Alopeciaschaal, werden zowel voor als na een gestandaardiseerde cognitieve gedragstherapie afgenomen. Ook vonden twee follow-up metingen plaats om te de lange termijn effecten te volgen. De impliciete actietendenties werden gemeten aan de hand van de Approach Avoidance Task. Eenentwintig trichotillomanie patiënten namen deel aan het these-onderzoek. Resultaten toonden aan dat de behandeling effectief was, maar dat impliciete actietendenties niet samenhangen met de ernst van de klachten en ook geen significante bijdrage leverden aan de voorspelling van de mate van symptomen. Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek werden besproken.

Trichotillomanie (TTM) is een psychische aandoening binnen het obsessieve-compulsieve spectrum waarbij patiënten een onweerstaanbare drang hebben om de eigen haren uit te trekken (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Dit betreft in 80% van de gevallen haren van de hoofdhuid, maar er kunnen ook wimpers, wenkbrauwen, schaamhaar of combinaties van eerdergenoemde haren uitgetrokken worden (Christenson & Mansueto, 1999; Flessner et al., 2010). In bijna de helft van de gevallen wordt het haartrekken voorafgegaan en gevolgd door een rituele handeling. Als handeling vooraf kan er met het haar gespeeld worden of wordt er een haar met een specifieke structuur of kleur geselecteerd. Het haartrekken kan gevolgd worden door het verzamelen van de haren, het strelen van de lippen met het haar of het afbijten van de wortel (Duke, Keely, Geffken, & Storch, 2010; Grant & Odlaug, 2008). Voorafgaand aan het haartrekken beleven patiënten vaak een gevoel van spanning en verveling, wat tijdens het haartrekken afneemt (Diefenbach, Tolin, Meunier & Worhunsky, 2008; Roberts, O'Connor & Bélanger, 2013). Dit leidt ertoe dat een groot deel van de TTM-patiënten het haartrekken als aangenaam ervaart. Het haartrekken wordt gevolgd door gevoelens van spijt en schuld (Christenson & Mansueto, 1999). Het haartrekken leidt tot haarverlies en tijdelijke functionele beperkingen (Woods et al., 2006). Schattingen komen uit op een prevalentie van 3.4% voor vrouwen en 1.5% voor mannen (Christenson, Pyle & Mitchell, 1991; Duke, Bodzin, Tavares, Geffken, & Storch, 2009).

TTM wordt gezien als ongewenst gewoontegedrag waarvan de uitvoering automatisch en onbewust verloopt (Keijsers et al., 2006). Gewoontegedrag wordt volgens het duale procesmodel van Strack en Deutsch (2004) aangestuurd door twee interactieve cognitieve systemen, namelijk het gecontroleerde (expliciete) systeem en het automatische (impliciete) systeem. De automatische cognitieve processen van het impliciete systeem zijn altijd actief en

behoeven weinig inspanning of gerichte controle bij de uitvoering van geroutineerd gedrag. Voorbeelden van automatische cognitieve processen zijn actietendenties, aandachtsbiases en impliciete associaties (Maas, 2015). Deze impliciete cognitieve processen kunnen echter ook disfunctioneel worden. Dit is het geval bij ongewenst gewoontegedrag, zoals roken (Mogg, Bradley, Field & Houwer, 2003), problematisch eetgedrag (Brignell, Griffiths, Bradley & Mogg, 2009; Veenstra & De Jong, 2010), overmatig alcoholgebruik (Stacy & Wiers, 2010), huidkrabben (Schuck, Keijsers & Rinck, 2012) en haartrekken (Lee, Franklin, Turkel, Goetz & Woods, 2012). Patiënten met TTM voelen bijvoorbeeld automatisch de drang om haren te trekken wanneer zij zich in bepaalde situaties bevinden. De situatie ontlokt als het ware het routinegedrag. Het gecontroleerde cognitieve systeem kan deze automatische processen remmen indien er voldoende cognitieve capaciteit beschikbaar is. Dit betekent dat het geautomatiseerde gedrag enkel tegengehouden kan worden indien de patiënt actief weerstand biedt met voldoende inspanning en cognitieve reserves.

Uit onderzoek bleek cognitieve gedragstherapie (CGT) op de korte termijn een succesvolle behandeling te zijn van TTM. CGT leidde tot betere behandelresultaten dan een behandeling met antidepressiva of in vergelijking met een wachtlijstconditie (Van Minnen, Hoogduin, Keijsers, Hellenbrand & Hendriks, 2003). Na zes zittingen CGT vertoonden 64% van de TTM-patiënten een klinische relevante verbetering (Van Minnen, Keijsers, Martijn & Hoogduin, 2005). Het terugvalpercentage was echter groot; bij een follow-up meting twee jaar na de behandeling namen de effect sizes met 70% af (Keijsers et al., 2006). Het behouden van een goed behandelresultaat bij TTM blijkt dus moeilijk, wat ook geconcludeerd werd in overzichtsartikelen (Duke et al., 2010; Keijsers et al., 2006; Maas et al., 2017).

Het huidige these-onderzoek richtte zich op de eerder genoemde automatische processen bij het gewoontegedrag van TTM-patiënten, met het idee dat deze processen mogelijk een rol spelen in het risico op terugval na een aanvankelijk succesvolle behandeling.

Automatische (impliciete) cognitieve processen worden vaak onderverdeeld in drie categorieën: actietendenties, aandachtsbiases en impliciete associaties (Maas, 2015). De actietendenties kunnen onderzocht worden met behulp van computertaken, zoals de Approach Avoidance Task (AAT; Rinck & Becker, 2007). Bij de AAT verschijnen er stimuli op een beeldscherm en trekken deelnemers deze stimuli met een joystick naar zich toe of duwen ze deze stimuli van zich af. Men is sneller in het naar zich toetrekken dan in het wegduwen van stimuli als men deze stimuli impliciet als positief evalueert. Wanneer stimuli impliciet als negatief beoordeeld worden, duwt men deze sneller van zich weg. Het sneller naar zich

toetrekken geeft een toenaderingstendentie weer, terwijl het sneller van zich afduwen een vermijdingstendentie weergeeft (Maas, 2015).

Deze actietendenties werden onderzocht bij diverse soorten geautomatiseerd gedrag. Uit onderzoek bleek dat rokers sneller zijn dan niet-rokers in het naar zich toe trekken van rokengerelateerde stimuli, zoals foto's van een iemand met een sigaret in de mond of een sigaret in een asbak (Mogg et al., 2003). Ook waren mensen met problematisch eetgedrag relatief sneller in het naar zich toe trekken van voedsel gerelateerde stimuli, zoals foto's van hoog en trouwens ook laag calorierijk voedsel (bijvoorbeeld pizza of een fruitschaal) dan mensen zonder problematisch eetgedrag (Brignell et al., 2009; Veenstra & De Jong, 2010). Uit een overzichtsartikel over actietendenties bij alcoholverslaafden, blijkt dat alcoholverslaafden alcoholgerelateerde stimuli, zoals foto's van deze stimuli, positiever evalueerden dan niet-verslaafden. Bovendien trokken alcoholverslaafden alcoholgerelateerde afbeeldingen sneller naar zich toe dan controleproefpersonen (Stacy & Wiers, 2010). Over het algemeen is aangetoond dat mensen een toenaderingstendentie en aandachtsbias richting cues hebben die gerelateerd zijn aan hun ongewenst gewoontegedrag en dat zij deze cues automatisch positief evalueren (Maas, 2015).

Actietendenties werden ook onderzocht bij mensen met een excoriatiestoornis, een stoornis gerelateerd aan TTM. Excoriatiestoornis, ofwel pathologisch huidkrabben, bestaat uit terugkerend krabben aan wondjes of onregelmatigheden van de huid, waardoor de huid beschadigd raakt (Keijsers & Maas, 2015). Evenals bij TTM gebeurt dit automatisch en onbewust. In een onderzoek van Schuck et al. (2012) beoordeelden deelnemers tijdens een AAT controlefoto's (foto's van materiaalstructuren zoals karton), foto's van een neutrale huid en foto's van aangedane huid (foto's van oneffenheden zoals ontstekingen of littekens). Er werd vermijding van stimuli met aangedane huid gevonden, aangezien excoriatiestoornis patiënten langzamer waren in het trekken dan in het duwen van stimuli met aangedane huid, in vergelijking met andere stimuli en in vergelijking met de controlegroep. Daarnaast vonden Schuck et al. dat excoriatiestoornis patiënten langzamer reageerden op stimuli met aangedane huid in het algemeen, zowel in de duw- als trekconditie, wanneer ze vergeleken werden met andere stimuli en met de controlegroep. De langere reactietijd werd door de auteurs geïnterpreteerd als een afleidingseffect, waarbij patiënten door de stimuli afgeleid raken van de taak. Zowel dit afleidingseffect als de vermijding waren significant geassocieerd met de ernst van de excoriatiestoornis voorafgaand aan de behandeling. Voorts bleek sterkere vermijding van foto's van aangedane huid een beter behandelresultaat te voorspellen. Dit was niet het geval voor onbehandelde patiënten: een hogere vermijding hing samen met

verslechtering van klachten. Opvallend is dus dat mensen met een excoriatiestoornis, in tegenstelling tot ander gewoontegedrag als roken, juist langzamer en vermijdsnd reageren op stoornisspecifieke stimuli.

Inmiddels werden ook twee studies voltooid over de impliciete cognitieve processen bij patiënten met TTM. In de eerste studie vergeleken Lee et al. (2012) de aandachtsverwerking van TTM-patiënten met behulp van een exogenous cueing task met die van een controlegroep. Bij deze taak identificeren patiënten letters (E of F) die zich op bepaalde afbeeldingen bevinden. Letters worden sneller geïdentificeerd als de aandacht al bij de desbetreffende afbeelding is. Lee et al. gebruikten haar-gerelateerde, dreiging-gerelateerde en neutrale afbeeldingen bij de cueing task. Uit de resultaten bleek dat patiënten met TTM geneigd waren om hun aandacht af te leiden van de TTM-gerelateerde stimuli in een later stadium van de aandachtsverwerking. De sterkte van de vermijding van TTM-gerelateerde stimuli bleek bovendien significant geassocieerd te zijn met de ernst van TTM-klachten. Er lijkt bij TTM dus sprake te zijn van vermijding van TTM-gerelateerde stimuli, vergelijkbaar met de bevindingen van Schuck et al. (2012) bij patiënten met excoriatiestoornis.

In de tweede studie onderzocht Maas (2015) of TTM-patiënten een toenaderingstendentie hebben ten opzichte van TTM-gerelateerde stimuli. Zij verwachtte dat deze toenaderingstendentie positief zou correleren met de ernst van de TTM-klachten en dat een combinatie van CGT en AAT-training tot minder terugval zou leiden dan CGT alleen. In deze AAT-training werd TTM-patiënten aangeleerd om afbeeldingen van de aangedane huid sneller weg te duwen. Resultaten toonden echter ook hier aan dat TTM-patiënten langzamer reageerden op TTM-gerelateerde foto's vergeleken met neutrale foto's, vergelijkbaar met de bevindingen van Schuck et al. (2012) bij patiënten met excoriatiestoornis. Maas benoemde als mogelijke verklaring voor deze langere reactietijden het ambivalentie-effect, in lijn met het onderzoek van Breiner, Stritzke en Lang (1999). Breiner et al. toonden namelijk aan dat toenaderings- en vermijdingstendenties ook afhankelijk zijn van eerdere ervaringen. Ongewenste gewoontes worden vaak als ambivalent ervaren: gevoel van opluchting bij toegeven maar ook ontevredenheid omdat men weer heeft toegegeven.

Noemenswaardig is een derde studie die liet zien dat er een positieve correlatie bestaat tussen ervaringsgerichte vermijding en de ernst van de TTM-klachten (Begotka, Woods & Wetterneck, 2004). Ervaringsgerichte vermijding is de onwil om in contact te blijven met persoonlijke ervaringen zoals ongewenste gedachten of emoties (Chawla & Ostafin, 20007). De auteurs concludeerden dat patiënten die meer ervaringsgericht vermijden, ernstigere TTM-klachten vertoonden. Daarnaast rapporteerden deze patiënten frequentere en intensere drang

om haar te trekken, waren zij minder bekwaam om hun drang te controleren en ervoeren zij meer haartrek-gerelateerde onrust dan individuen die niet ervaringsgericht vermeden. Dezelfde patiënten trokken echter niet daadwerkelijk meer haren en waren ook niet minder succesvol in de behandeling.

Zoals eerder benoemd kan TTM op de korte termijn succesvol behandeld worden met CGT, maar het terugvalpercentage na succesvolle behandeling is groot en het is onbekend waarom deze patiënten terugvallen. Het huidige these-onderzoek onderzocht of impliciete actietendenties de resultaten van de psychologische behandeling, evenals eventuele terugval, konden voorspellen. Deze onderzoeksvraag werd onderverdeeld in vier te onderzoeken hypothesen. Als eerste werd verwacht dat TTM-patiënten vermijdend reageren op TTM-gerelateerde stimuli in een AAT. Dit sluit aan bij de resultaten uit eerder onderzoek naar ongewenste gewoonten bij patiënten met specifiek TTM en excoriatiestoornis, uitgevoerd door Lee et al. (2012) en Schuck et al. (2012). De tweede hypothese sloot aan bij onderzoek van Maas (2015), waarbij verwacht werd dat er een ambivalentie-effect wordt gevonden in een AAT waarbij TTM-patiënten langzamer reageren op TTM-gerelateerde afbeeldingen dan op controle afbeeldingen. De derde hypothese luidde dat de AAT-score samenhangt met de ernst van de TTM-gerelateerde klachten op de voormeting. Bij de vierde hypothese werd verwacht dat vermijdende impliciete actietendenties een voorspeller is van een slechter behandelresultaat.

Bij de hypothesen van het huidige onderzoek dient opgemerkt te worden dat er dus ook tegenstrijdige bevinden gerapporteerd werden in onderzoek naar actietendenties bij ongewenste gewoontegedrag bij roken, problematisch eetgedrag en overmatig alcoholgebruik die niet aansluiten bij de huidige hypothesen die specifiek voor TTM-patiënten werd opgesteld (Brignell et al., 2009; Mogg et al., 2003; Stacy & Wiers, 2010; Veenstra & De Jong, 2010).

Methode

Het huidige these-onderzoek is gebaseerd op gegevens uit een groter onderzoek dat wordt uitgevoerd in twee academische psychotherapeutische centra: Ambulatorium Radboud Centrum Sociale Wetenschappen en Virenze/RIAGG Maastricht. Omdat het onderzoek nog lopende is, hebben de uitgevoerde analyses in het huidige these-onderzoek een voorlopig karakter en is de statistische power lager dan die voor de uiteindelijke onderzoeksresultaten. Metingen, meetresultaten en computertaken die irrelevant zijn voor het huidige onderzoek, werden buiten beschouwing gelaten.

Deelnemers

In totaal namen 21 TTM-patiënten deel aan de studie. Achttien van hen waren vrouw en de leeftijd varieerde van 17 tot 60 jaar, met een gemiddelde van 26.9 jaar tijdens de voormeting. De inclusiecriteria waren een DSM-5 diagnose TTM, beheersing van het Nederlands en 17 jaar of ouder. Deelnemers werden na de intake schriftelijk en mondeling geïnformeerd over de studie en kregen voldoende tijd om te beslissen of ze wilden deelnemen. Deelname vond geheel vrijwillig plaats. Deelnemers waren zich ervan bewust dat de behandeling alleen gericht was op TTM, volgens een behandelprotocol werd uitgevoerd en uit een vast aantal sessies bestond. Comorbiditeit vormde geen exclusie zolang TTM de primaire behandeldiagnose was. Deelnemers werden door de huisarts of een andere gezondheidsinstelling doorverwezen. Er werden zeven sessies cognitieve gedragstherapie aangeboden die gebaseerd waren op zelfcontroleprocedures. Deelname was in overeenstemming met standaard ethische richtlijnen voor patiënt gerelateerd onderzoek. De studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van Psychologie en Neurowetenschappen door Maastricht University, referentienummer [ECP-146-04-11-2014].

Procedure

Patiënten meldden zich aan bij een van beide behandelcentra voor een behandeling van TTM. Hierna vond een intake plaats, bestaande uit een gesprek, een semi-gestructureerd diagnostisch interview, de Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview, en een gestandaardiseerd interview voor TTM. Deze instrumenten staan nader beschreven in de materiaalsectie. Patiënten die aan de DSM-5 criteria voor TTM voldeden, werden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Zij kregen een informatiebrochure (Bijlage 1) en toestemmingsverklaring mee om thuis door te nemen en, indien men mee wilde doen, te ondertekenen.

Vervolgens werden de deelnemers opgeroepen voor de voormeting (Meting 1). Deze meting duurde ongeveer 45 minuten, waarbij de Massachusetts General hospital Hairpulling Scale, de Severity Urge Resistance Frequency Scale en de Alopeciaschaal werd afgenomen. Tevens werd de Approach Avoidance Task achter de computer uitgevoerd. Na een oefenronde werd de deelnemer gevraagd om het gedrag te vertonen dat ze normaliter vertonen voordat ze gaan haartrekken, door bijvoorbeeld de plek op dezelfde manier aan te raken of met hun haar te spelen. Dit werd gedaan om de stimuli van het haartrekken te activeren. Vervolgens werd de AAT uitgevoerd. Het eerste behandelgesprek sloot direct aan op voormeting. Tijdens dit gesprek werden ook de overige zes gesprekken vastgelegd.

De behandelgesprekken duurden drie kwartier en vonden eens per twee weken plaats. Bij ieder gesprek hoorden dagelijks huiswerkopdrachten van circa 20 minuten. De behandeling werd uitgevoerd door ervaren en getrainde therapeuten. De zeven behandelgesprekken verliepen volgens protocol. Deze protocollaire behandeling werd eerder succesvol toegepast in verschillende niet-gecontroleerde en gecontroleerde TTM studies (Keijsers et al., 2006; Keijsers et al., 2016; Maas et al., 2017; Van Minnen et al., 2003) en bij patiënten met een excoriatiestoornis (Schuck, Keijsers & Rinck, 2011) en bleek op de korte termijn effectiever dan wachtlijstcondities en medicamenteuze behandeling met antidepressiva (onder andere Van Minnen et al., 2003). De behandeling werd afgesloten na het zevende gesprek, waarop aansluitend de nameting (Meting 2) volgde. Opnieuw werden de Massachusetts General hospital Hairpulling Scale, de Severity Urge Resistance Frequency Scale en de Alopeciaschaal afgenomen. Drie en zes maanden na Meting 2 werden deelnemers nogmaals opgeroepen voor de twee follow-up metingen (Follow-up 1 en Follow-up 2) en werden opnieuw dezelfde instrumenten afgenomen als bij Meting 2. Tevens was er bij beide follow-up metingen een boostersessie.

Materialen

De Mini-Internationaal Neuropsychiatrisch Interview is de Nederlandse versie van de MINI van Sheehan et al. (1998) en is een kort, veel gebruikt, semi-gestructureerd interview voor het classificeren van psychische stoornissen met goede psychometrische eigenschappen (Van Vliet & De Beurs, 2007). De afnametijd verschilt sterk, afhankelijk van de hoeveelheid aanwezige klachten, maar lag in dit onderzoek naar schatting tussen 15 en 20 minuten.

Het gestandaardiseerde TTM interview (Bijlage 2) werd gebruikt om een beeld van het haartrekken te krijgen en om te controleren of aan de DSM-5 criteria werd voldaan. Het interview bestaat uit 21 vragen en hierin werden de beginleeftijd, de aanleiding van het haartrekken, de frequentie, duur en stimulussituatie uitgevraagd. Ook werd gevraagd hoe het haartrekken plaats vond, en naar gevoelens voor tijdens en na het haartrekken en consequenties van het haartrekken. De afnametijd bedroeg circa 20 minuten.

Als primaire maat om de ernst van TTM-symptomen vast te stellen werd de Nederlandse versie van de Massachusetts General hospital Hairpulling Scale (MGHS; Keuthen, Hayday, Ricciardi & Buttolph, 1995) gebruikt. De MGHS (Bijlage 3) meet de ernst van het haartrekken in de afgelopen zeven dagen en bestaat uit zeven vragen: frequentie van drang, intensiteit van drang, vermogen om drang te weerstaan, frequentie van haartrekken, poging om haartrekken te weerstaan, controle over haartrekken en gevoelens van onbehagen

over het haartrekken. De klachten worden beoordeeld op een schaal van 0 tot 4, waarbij hogere scores een ernstigere mate van klachten reflecteren. De totaalscore geeft de ernst van de klachten weer. De MGHS en de Nederlandse versie hiervan hebben goede psychometrische eigenschappen (Keuthen et al., 1995; Van Minnen et al., 2003).

De Severity Urge Resistance Frequency scale (SURF; Schuck, Keijsers, & Rinck, 2011, Bijlage 4) bestaat uit vier items en meet de frequentie, ernst, drang en weerstand van het haartrekken. De frequentie en de ernst werden gemeten met vijf antwoordopties. Drang (SURF-D) en weerstand (SURF-W) werden gemeten met een 10 millimeter visuele analoge schaal waarop men een streepje moest plaatsen. Hoge scores op de SURF-D weerspiegelen een grotere drang om haar te trekken en hogere scores op de SURF-W geven een gebrek aan weerstand tegen het haartrekken weer. De SURF-D en de SURF-W werden in het huidige these-onderzoek als secundaire maten van TTM-symptomen gebruikt. Hoewel de SURF nog niet gevalideerd is, lijken de items op het eerste gezicht valide te zijn werd het instrument in meerdere eerdere behandelstudies gebruikt (Keijsers, Maas, Van Opdorp, & Van Minnen, 2016; Maas, 2015).

De derde secundaire maat van TTM-symptomen was de Alopeciaschaal (Bijlage 5). Dit is een schaal waarop de therapeut het haarverlies van de proefpersoon op het huidige moment beoordeelt. Er zijn acht antwoordopties die variëren van ‘geen haarverlies’ tot ‘de wenkbrauwen/wimpers zijn volledig kaal, hoofdhuid of andere lichaamsdelen zijn bijna volledig kaal’. Voor een review van de verschillende haartrekschalen, inclusief de Alopeciaschaal, zie Diefenbach, Tolin, Crocetto, Maltby en Hannan (2005).

Automatische actietendenties werden gemeten met de Approach Avoidance Task (AAT; Rinck & Becker, 2007). De AAT is een computertaak waarin deelnemers met een joystick afbeeldingen naar zich toe moeten trekken (approach) of van zich af moeten duwen (avoidance). De joystick stond voor een computerscherm en was stevig aan de tafel vastgemaakt. Deelnemers werden geïnstrueerd te reageren op de kanteling van de getoonde afbeeldingen: stimuli die naar links waren gekanteld moesten naar zich toegetrokken worden en stimuli die naar rechts waren gekanteld moesten weggeduwd worden. Elke trial startte door een knop op de joystick in te drukken met de wijsvinger. Daarop verscheen een afbeelding op het scherm en deelnemers moesten zo snel mogelijk reageren. De taak bevatte een zoom-effect: de afbeeldingen werden groter wanneer de proefpersoon de joystick naar zich toe trok, en kleiner wanneer de joystick weggeduwd werd. Na een correcte respons (het naar zich toetrekken of wegduwen van de joystick in 30 graden) verdween de stimulus van het scherm. Na een incorrecte respons bleef de stimulus op het scherm staan totdat de correcte respons

werd gegeven. Na elke trial werd de joystick teruggebracht naar de neutrale positie om de volgende trial te starten. Er waren twee categorieën stimuli: controle afbeeldingen (een hand die een kantoorartikel vasthoudt) en TTM-gerelateerde afbeeldingen (een hand die haar trekt), gebaseerd op de studie van Maas (2015). Na een oefenronde werden in willekeurige volgorde 10 controleafbeeldingen en 10 TTM-gerelateerde stimuli vertoond, alle zowel eenmaal naar links als eenmaal naar rechts gekanteld. De onafhankelijke variabele van de AAT was de reactietijd in milliseconden. In eerste instantie werd voor iedere patiënt de mediaan van de reactietijd berekend voor elk van de vier combinaties: het type stimuli (TTM afbeeldingen versus controle afbeeldingen) en het type beweging (duwen versus trekken). Vervolgens werden de verschilcores per type beweging berekend. Dit werd gedaan door de mediaan van de reactietijden in de stimulicondities van elkaar af te trekken, namelijk reactietijden van controle stimuli die geduwd moesten worden af te halen van de TTM-gerelateerde stimuli die geduwd moesten worden en de reactietijden van de controle stimuli die getrokken moesten worden af te trekken van de reactietijden van de TTM-gerelateerde stimuli die getrokken moesten worden. Voor het huidige these-onderzoek werd de AAT-score gebruikt, deze bestond uit de verschilcore van de trekconditie af te halen van de verschilcore in de duwconditie (verschilcore duw minus verschilcore trek). Deze AAT-score geeft de relatieve sterkte van de toenaderings- of vermijdingstendentie weer. Hoe positiever de AAT-score, hoe sneller men was in het naar zich toetrekken van de joystick, dus een toenaderingstendentie. Hoe negatiever de AAT-score, hoe sneller men was in het van zich wegduwen van de joystick, en dit wijst op een vermijdingstendentie. Deze AAT-score werd gebruikt als predictor in het onderzoek.

Data analyse

Voordat de data werd geanalyseerd werd er met behulp van z-scores berekend of er uitschieters waren. Vanwege de kleine steekproef werden uitschieters ‘gewinsorized’, wat betekent dat de waarde van de uitschieter een minder extreme waarde krijgt toegewezen waardoor deze dichter bij de overige waarden in de steekproef komt te liggen (Ghosh & Vogt, 2012). Bij winsorizing worden hoge uitschieters vervangen door de hoogste ruwe score die geen uitschieter vormde, en lage uitschieters vervangen door de laagste ruwe score die geen uitschieter was. In het huidige these-onderzoek werd één hoge waarde van een uitschieter gevonden op de MGHS bij de nameting, welke volgens eerdergenoemde methode werd aangepast.

Reactietijden op de AAT boven de 3000 en onder de 300 milliseconden werden verwijderd, omdat dit onwaarschijnlijke reacties zijn bij de AAT en de rest teveel beïnvloedden. In totaal werd 1.3% van de reactietijden op individuele stimuli buiten beschouwing gelaten. Dit betrof reactietijden boven de 3000 milliseconden, reactietijden onder de 300 milliseconden werden niet gevonden.

Vervolgens werden de behandel-effecten onderzocht met behulp van Repeated Measures MANOVAs. Er werden aparte analyses uitgevoerd voor de primaire maat voor TTM-symptomen, de MGHS, en voor de secundaire maten voor TTM-symptomen, de SURF-D, SURF-W en Alopeciaschaal, afgenomen bij de voormeting, nameting, en follow-up metingen na drie en zes maanden. Om de hoofdvraag van deze studie te beantwoorden, namelijk of er hoofd- of interactie-effecten waren voor de soorten stimuli en de joystickbewegingen werd een 2 (stimuli: TTM, controle) x 2 (beweging: duwen, trekken) Repeated-Measures ANOVA uitgevoerd. Om vervolgens de hypothese te toetsen of de AAT-score enige samenhang vertoont met de klachten op de voormeting of nameting of follow-up metingen, werden correlaties berekend. Tot slot werd voor elk van de vier maten voor TTM-symptomen een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken of de AAT, gemeten bij de voormeting, een reductie van klachten bij de nameting en hernieuwde toename van klachten bij de follow-up metingen, voorspelden. In de eerste stap van de regressieanalyses werd telkens de voormeting als predictor ingevoerd en de nameting als criterium. Door het gebruik van de methode Enter werd in de tweede stap de AAT-score als predictor ingevoerd en de nameting als criterium. Dit werd ook zo gedaan voor beide follow-up metingen.

Van 21 proefpersonen was de data van de voormeting en nameting aanwezig. Bij 17 van deze mensen had ook al follow-up meting 1 plaatsgevonden, en bij 15 van deze mensen was ook de data van follow-up meting 2 aanwezig.

Resultaten

De gemiddelde scores op de MGHS, SURF-D, SURF-W en Alopeciaschaal en de AAT staan in Tabel 1 weergegeven. Er is zowel op de primaire als secundaire maten van TTM-symptomen een afname van klachten zichtbaar op de nameting. Bij de follow-up metingen namen deze klachten weer toe. Tevens laten de scores op de AAT een toenaderingstendentie zien ($M = 8.33$ ms).

Tabel 1.

Descriptieve Statistieken voor Maten voor TTM-symptomen en AAT-score

| | Voormeting | Nameting | Follow-up 1 | Follow-up 2 |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <i>M(SD)</i> | <i>M(SD)</i> | <i>M(SD)</i> | <i>M(SD)</i> |
| | <i>N</i> = 21 | <i>N</i> = 21 | <i>N</i> = 17 | <i>N</i> = 15 |
| MGHS | 15.67 (5.14) | 6.43 (4.01) | 8.47 (3.68) | 8.73 (5.47) |
| SURF-D | 65.00 (23.54) | 27.43 (26.13) | 34.12 (26.80) | 36.93 (30.13) |
| SURF-W | 61.05 (24.44) | 17.29 (21.75) | 33.29 (30.92) | 28.20 (28.31) |
| ALO | 3.35 (1.87) ^a | 2.35 (1.69) ^b | 2.27 (1.58) ^c | 1.86 (1.29) ^d |
| AAT-score | 8.33 (114.54) | | | |

Noten. MGHS = Massachusetts General hospital Hairpulling Scale. SURF-D = Drang item van de Severity Urge Resistance Frequency Scale. SURF-W = Weerstand item van de Severity Urge Resistance Frequency Scale.

ALO = Alopeciaschaal. AAT-score = Approach Avoidance Task score.

^a *n* = 17. ^b *n* = 20. ^c *n* = 15. ^d *n* = 14.

Uit de Repeated Measures MANOVA, die toegepast werd voor het meten van het behandel-effect, kwam met de MGHS als afhankelijk variabele een significant effect over de tijd naar voren, $F(3, 42) = 12.34, p < .01$. Uit navolgende post hoc analyses bleek MGHS voormeting significant te verschillen van alle drie de vervolgmetingen (MGHS nameting, $p < .01$, MGHS follow-up 1, $p < .01$, MGHS follow-up 2, $p < .01$). Er waren echter geen significante verschillen tussen MGHS nameting, MGHS follow-up 1 en MGHS follow-up 2 (MGHS nameting en MGHS follow-up 1, $p = .07$, MGHS nameting en MGHS follow-up 2, $p = .14$, MGHS follow-up 1 en MGHS follow-up 2, $p = .62$). Dit betekent dat de patiënten na de behandeling significant minder klachten rapporteerden op de MGHS, zowel bij de nameting als bij de follow-up metingen, in vergelijking met de voormeting. De gemiddelde scores (Tabel 1) op de MGHS vertoonden weer een toename van klachten bij de follow-up metingen, maar deze toename bleek bij de post-hoc analyses niet statistisch significant te zijn. Uit de Repeated Measures MANOVA met de secundaire maten voor TTM-symptomen, SURF-D, SURF-W en Alopeciaschaal als afhankelijke variabelen, kwam eveneens een significant effect over de tijd naar voren: SURF-D: $F(3,24) = 9.04, p < .01$; SURF-W: $F(3,24) = 4.58, p = .01$; Alopeciaschaal: $F(3,24) = 4.34, p = .01$. Het patroon van de post hoc analyses van de MGHS, werd ook voor alle secundaire uitkomstmaten gevonden, namelijk een significant verschil tussen de voormeting en nameting en follow-up metingen (SURF-D voormeting versus nameting, $p < .01$; follow-up 1, $p = .01$; follow-up 2, $p = .04$; SURF-W voormeting versus nameting, $p = .01$; follow-up 2, $p = .04$; Alopeciaschaal voormeting versus nameting, $p < .01$;

follow-up 1, $p = .05$; follow-up 2, $p = .03$), behalve voor SURF-W voormeting versus follow-up 1, waar geen significant effect gevonden werd, $p = 0.21$. Er waren eveneens geen significante verschillen tussen de vervolgmetingen onderling (SURF-D nameting en SURF-D follow-up 1, $p = .31$; SURF-D nameting en SURF-D follow-up 2, $p = .07$; SURF-D follow-up 1 en SURF-D follow-up 2, $p = .09$; SURF-W nameting en SURF-W follow-up 1, $p = .08$; SURF-W nameting en SURF-W follow-up 2, $p = .06$; SURF-W follow-up 1 en SURF-W follow-up 2, $p = 0.57$; Alopeciaschaal nameting en Alopeciaschaal follow-up 1, $p = 1.00$; Alopeciaschaal nameting en Alopeciaschaal follow-up 2, $p = .47$; Alopeciaschaal follow-up 1 en Alopeciaschaal follow-up 2, $p = .35$). Dus ook voor de secundaire maten voor TTM-symptomen geldt dat de patiënten na de behandeling op deze vragenlijsten significant minder klachten rapporteerden op de nameting en follow-up metingen dan op de voormeting. De klachten op de nameting en de follow-up metingen verschilden onderling niet significant van elkaar.

Om de hoofdvraag te onderzoeken, namelijk of deelnemers vermijdend reageren op specifiek de TTM-gerelateerde stimuli, werd een 2 (Stimuli: TTM, controle) x 2 (Beweging: duwen, trekken) Repeated-Measures ANOVA uitgevoerd. Er was een hoofdeffect van Stimuli, $F(1, 20) = 19.39$, $p < .01$, $eta^2 = .49$. Patiënten reageerden duidelijk langzamer op TTM-gerelateerde afbeeldingen ($M_{duwen} = 877$ ms, $SD_{duwen} = 232$ ms, en $M_{trekken} = 899$ ms, $SD_{trekken} = 205$ ms) dan op controle afbeeldingen ($M_{duwen} = 808$ ms, $SD_{duwen} = 168$ ms en $M_{trekken} = 838$ ms, $SD_{trekken} = 210$ ms). Het hoofdeffect van Beweging $F(1, 20) = 3.05$, $p = .10$, $eta^2 = .13$, was niet significant. Patiënten waren over het algemeen langzamer in het van zich weg duwen ($M_{TTM} = 877$ ms, $SD_{TTM} = 232$ ms en $M_{ncontrole} = 808$ ms, $SD_{ncontrole} = 168$ ms) dan naar zich toe trekken ($M_{TTM} = 899$, $SD_{TTM} = 205$ en $M_{ncontrole} = 838$, $SD_{ncontrole} = 210$) van de afbeeldingen, maar dit verschil was niet significant. Er werd dus geen voorkeurstendentie gevonden. Het interactie-effect voor Stimuli x Beweging, $F(1, 20) = 0.11$, $p = .74$, $eta^2 = .00$, was eveneens niet significant.

Om te onderzoeken of de AAT-score samenhang met de ernst van de TTM symptomen op de voormeting en een predicerende waarde had voor de TTM symptomen bij de nameting en follow-up metingen, werden correlaties berekend tussen alle maten voor TTM-symptomen en AAT-score. Deze staan in Tabel 2 weergegeven. Er werden geen significante correlaties gevonden.

Tabel 2.

Pearson Correlaties en p-waarden van de AAT-score en de TTM-symptomen, gemeten bij de Voormeting, Nameting, Follow-up 1 en Follow-up 2

| | Voormeting <i>N</i> = 21 | Nameting <i>N</i> = 21 | Follow-up 1 <i>N</i> = 17 | Follow-up 2 <i>N</i> = 15 |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| MGHS (<i>p</i>) | .22 (.34) | .26 (.25) | .05 (.84) | -.12 (.68) |
| SURF-D (<i>p</i>) | .07 (.77) | .06 (.79) | -.38 (.14) | -.32 (.24) |
| SURF-W (<i>p</i>) | .22 (.34) | .34 (.13) | -.04 (.87) | -.15 (.60) |
| ALO (<i>p</i>) | -.14 (.60) ^a | .07 (.77) ^b | .09 (.76) ^c | .30 (.30) ^d |

Noten. MGHS = Massachusetts General hospital Hairpulling Scale. SURF-D = Drang item van de Severity Urge Resistance Frequency Scale. SURF-W = Weerstand item van de Severity Urge Resistance Frequency Scale.

ALO = Alopeciaschaal. AAT = Approach Avoidance Task score.

^a *n* = 17. ^b *n* = 20. ^c *n* = 15. ^d *n* = 14.

Tenslotte werd het effect van de AAT op de maten voor TTM-symptomen en berekend aan de hand van hiërarchische regressieanalyses waarbij telkens gecontroleerd werd voor de correlaties met de voormeting door de voormeting van respectievelijk MGHS, SURF-D, SURF-W en Alopeciaschaal als stap 1 in de regressieanalyse in te voeren en bij stap 2 het additionele voorspellende effect van de AAT-score toe te voegen.

Voor het tweede model werd voor de AAT-score een significante bijdrage gevonden voor SURF-D follow-up meting 1, waarbij *Adjusted R*² = .42, β = -.42, *t* = -2.17 en *p* = .05. De overige toetsen voor model 2 waren niet statistisch significant (*p* < .05) en hadden *Adjusted R*² waarden tussen de -.14 en .65, β waarden lagen tussen de -.36 en .33, *t*-waarden tussen de -1.35 en 1.45 en *p*-waarden tussen de .18 en .99. De *Adjusted R*² waarde van .65 hoorde bij de Alopeciaschaal nameting, en hoewel de AAT waarde in dit model niet significant was, *p* = .18, was de bijdrage van de voormeting binnen model 2 wel significant *p* < .01. Voor model 1 gold een significante bijdrage van de voormeting op de mate van TTM-symptomen bij SURF-D follow-up 1, *R*² = .32, β = .57, *t* = 2.66 en *p* = .02, Alopeciaschaal nameting, *R*² = .65, β = .80, *t* = 5.06 en *p* < .01 en Alopeciaschaal follow-up 1, *R*² = .34, β = .58, *t* = 2.27 en *p* = .05. De overige toetsen voor model 1 waren niet statistisch significant (*p* < .05) Deze toetsen hadden *R*²-waarden tussen de .00 en .08, β -waarden tussen de -.05 en .29, *t*-waarden tussen de -.21 en 1.17 en *p*-waarden tussen de .26 en .94.

Discussie

Het huidige these-onderzoek onderzocht of impliciete actietendenties bij patiënten met TTM samenhangen met klachtenernst en behandelingsucces bij een zeven sessies evidence-based, protocollaire cognitieve gedragstherapie (CGT). Eerst gingen we na of de CGT, zoals aangeboden in de huidige studie, effect had en leidde tot vermindering van trichotillomanie. Vervolgens onderzochten we of TTM-patiënten impliciete actietendenties vertoonden op een Approach Avoidance Task door reacties op TTM-gerelateerde stimuli en controle stimuli te vergelijken. Tot slot onderzochten we de samenhang tussen de AAT-score en de TTM-symptomen op verschillende meetmomenten, vooraf aan de behandeling, na de behandeling en bij follow-up metingen drie en zes maanden na afsluiting van de behandeling.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de aangeboden CGT effectief was. Op de nameting en follow-up metingen rapporteerden patiënten significant minder symptomen op zowel de primaire (MGHS) als secundaire (SURF-D, SURF-W en Alopeciaschaal) maten van TTM-symptomen dan op de voormeting. Het is aannemelijk dat deze afname van klachten het gevolg is van de effectieve behandeling, zeker omdat in de literatuur ook gerapporteerd wordt dat cognitieve gedragstherapie effectief is (Van Minnen et al, 2003; Van Minnen et al., 2005), maar omdat hier geen controleconditie aanwezig was, kan dat in deze studie niet met zekerheid gezegd worden. De klachten zoals gerapporteerd tijdens de follow-up metingen, verschilden niet significant van elkaar.

Zoals gevonden werd in eerdere studies naar TTM en excoriatiestoornis (Lee et al., 2012; Schuck et al. 2012) verwachtten we dat patiënten de neiging hadden TTM-gerelateerde stimuli te vermijden. De resultaten toonden geen significante actietendentie, of interactie-effect voor Stimuli x Beweging aan. Er werd echter, in lijn met de studie van Schuck et al. (2012) en Maas (2015), wel gevonden dat TTM-patiënten langzamer reageerden op TTM-gerelateerde stimuli dan op controle afbeeldingen. Schuck et al. en Maas spreken respectievelijk over een afleidingseffect, patiënten raken door de stimuli afgeleid van de taak, of van een ambivalentie-effect, waarbij de reactietijden zijn vertraagd omdat TTM-gerelateerde stimuli zowel positieve als negatieve associaties oproepen.

Verdere resultaten lieten zien dat de AAT-score (sneller of minder snel TTM-gerelateerde afbeeldingen wegduwen of naar je toe trekken) op geen enkel meetmoment significante samenhang vertoonden met de primaire of secundaire maten van TTM-symptomen. Uit de analyses betreffende de voorspellende waarde van de AAT op de maten van TTM na afronding van de behandeling en bij de follow-up metingen, had de AAT-score enkel een significante bijdrage aan de SURF-D score bij de follow-up meting drie maanden

na de behandeling maar weer niet bij follow-up meting na zes maanden. Gezien de hoeveelheid toetsen bij het klein aantal respondenten is het waarschijnlijk dat deze statistisch significante bevinding een toevalstreffer is en kan het best worden geconcludeerd uit het huidige onderzoek dat de AAT-score geen verband houdt met de ernst van TTM-klachten bij aanvang van de behandeling noch met vermindering van klachten in de nameting en follow-up metingen na de behandeling.

Samengevat kan gezegd worden dat de CGT die in deze studie, en in de praktijk, wordt aangeboden aan TTM-patiënten op de korte termijn en in een periode van zes maanden na beëindiging van de behandeling voor alle gebruikte meetinstrumenten effectief lijkt te zijn, ofschoon niet uit te sluiten valt dat de gevonden effecten bijvoorbeeld door verloop van tijd bepaald zouden kunnen zijn. Verder laten onze gegevens zien dat TTM-patiënten langzamer reageren op TTM-gerelateerde stimuli dan op controle stimuli. Dit is in lijn met het eerder genoemde afleidings- of ambivalentie-effect. Deze bevinding komt in meerder studies naar voren en zou zodoende een prominentere rol kunnen krijgen in de behandeling en verder onderzoek. In tegenstelling tot Schuck et al. (2012) en Maas (2015) vertoonde deze afleiding of ambivalentie geen samenhang met de ernst van TTM-symptomen. In het huidige onderzoek werd er geen significante bewegingstendentie gevonden. Tot slot was er geen samenhang tussen de AAT-score en ernst van klachten op de voormeting en leverde de AAT-score geen significante bijdrage aan de voorspelling van de mate van de TTM-symptomen op de nameting en follow-up metingen.

Hoewel het onderzoek relevante informatie heeft opgeleverd, werden er resultaten gevonden die niet overeen kwamen met onze hypothesen vooraf. In het huidige these-onderzoek kon, anders dan in eerdere studies (Duke et al., 2010; Keijsers et al., 2006; Maas et al., 2017), geen terugval worden vastgesteld. Het is mogelijk dat voor het vaststellen van de terugval te weinig patiënten op het moment van de data-analyse in het lopende onderzoek waren geïncludeerd. Het kan echter ook zijn dat er bij een grotere steekproef ook geen significant verschil tussen de klachten op de nameting en follow-up metingen gevonden wordt, hetgeen mogelijk verklaard kan worden door de verstreken tijd tussen de nameting en de follow-up metingen. Het onderzoek dat terugval aantoonde (Keijsers et al., 2006), had een follow-up meting na twee jaar, het huidige these-onderzoek had follow-up metingen na drie en zes maanden.

De AAT-score had een waarde van 8.33 ms wat, in tegenstelling tot onze verwachting, op een toenaderingstendentie wees. Deze waarde is mogelijk wel onbetrouwbaar door de kleine steekproef. Bovendien moet nogmaals worden benadrukt dat deze

toenaderingstendentie in de sample aanwezig was, maar dat deze niet statistisch significant was. Het is het mogelijk dat er wel sprake van actietendenties zou zijn als er aparte verschildscores voor duwen en trekken zouden zijn gebruikt bij de analyses. Het is namelijk nog onderwerp van discussie of andere processen een rol spelen bij het uitvoeren van approach en avoidance (Maas, 2015). De reden om de AAT-data in dit onderzoek niet te splitsen voor approach en avoidance in de kleine steekproef die maakt dat toetsen zuinig moet worden uitgevoerd. Sterk aan het uitgevoerde onderzoek is dat wel rekening werd gehouden met het effect van individuele handelingsvoorkeuren, motorische snelheden en overige externe fouten, door iedere handeling even vaak voor te laten komen bij ieder soort stimuli.

Uit onderzoek van Lerner, Franklin, Meadows, Hembree en Foa (1998), bleek dat hogere ernst van de TTM-klachten op de voormeting een voorspeller is van een slechte behandeluitkomst op de lange termijn. Ofschoon dat geen onderzoeksvraag was in het huidige onderzoek is wel opmerkelijk dat niet alleen de AAT-score het behandelresultaat niet voorspelde, maar ook de gerapporteerde TTM-klachten bij de voormeting dat niet deden. Mensen verbeteren over het algemeen met de behandeling maar een meer of minder sterke verbetering hing niet af van de AAT score of van de ervaren ernst van TTM-klachten voorafgaand aan de behandeling. De vraag is vervolgens waarom de AAT-score op basis van deze onderzoeksgegevens niet lijkt bij te dragen aan de mate van de TTM-symptomen op de nameting of follow-up metingen. De afbeeldingen die in het huidige these-onderzoek gebruikt werden, waren gebaseerd op de studie van Maas (2015). Het is echter de vraag of in de huidige studie en de studie van Maas de juiste visuele thema's gebruikt zijn; mogelijk lijken de afbeeldingen niet goed op de daadwerkelijke stimuli of lokken deze de drang tot haartrekken niet uit. Zoals beschreven in de inleiding wordt haartrekken vaak uitgelokt door specifieke situaties. Hoewel er geprobeerd is om de situatie van het haartrekken op te wekken door patiënten te vragen om voorafgaand aan de AAT de situatie voor te stellen en met de handen door het haar te gaan, is dat mogelijk toch niet hetzelfde. Bovendien bevonden patiënten zich niet in de specifieke situatie die de drang tot het haarlokken kon uitlokken. Mogelijk dat gebruikte stimuli daardoor niet geschikt genoeg waren om typische AAT-effecten te vinden. Andere mogelijke verklaringen zijn dat de power van het onderzoek te klein is en belangrijker nog, mogelijk zijn er geen automatische actietendenties bij TTM. Het bewijs wat tot nu toe werd gevonden in eerdere onderzoeken strookte telkens niet met de verwachte bevinden.

De huidige onderzoeksdata zijn niet definitief. Omdat terugval een belangrijk thema is, is het zeker van belang het onderzoek voort te zetten. Door het vergroten van de steekproef

kan met meer zekerheid uitspraken gedaan worden over de vragen en hypothesen dit in het huidige these-onderzoek centraal stonden. De kleine steekproef was de belangrijkste beperking van het huidige these-onderzoek. Hierdoor was de statistische power laag, waardoor de kans op het vinden van terechte significante bevindingen te klein was.

Er kunnen een aantal aanbevelingen gemaakt worden met betrekking tot de toekomst. Zoals eerder vermeld maakte het huidige these-onderzoek deel uit van een groter lopend onderzoek. Omdat uit de literatuur en de praktijk blijkt dat TTM-patiënten regelmatig terugvallen en het nog onduidelijk is waarom dit gebeurt, is het van belang om de mogelijke voorspellers hiervan, zoals actietendenties, maar ook responsinhibitie en automatische cognities, te onderzoeken. Door zicht te krijgen op factoren die terugval voorspellen, kunnen patiënten met risicofactoren mogelijk voorafgaand aan de behandeling herkend worden, zodat er interventies toegepast kunnen worden om terugval te voorkomen.

Concluderend, het huidige these-onderzoek onderzocht of actietendenties een bijdrage had aan het voorspellen van de behandeluitkomst. Ondanks het feit dat de effecten van de behandeling konden worden aangetoond, zowel na de behandeling als bij follow-up metingen, vonden we geen significante relaties met impliciete actietendenties die we wel verwacht hadden. Het is mogelijk dat actietendenties geen rol spelen bij de succesvolle of minder succesvolle behandeling van patiënten met TTM en evenmin bij de terugval na succesvolle behandeling. Voortzetting van het huidige onderzoek is noodzakelijk om deze interpretatie nader te onderzoeken.

Referentias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Begotka, A. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 17-24. doi:10.1016/s0005-7916(04)00017-5
- Breiner, M.J., Stritzke, W.G. & Lang, A. R. (1999). Approaching avoidance. A step essential to the understanding of craving. *Alcohol Res Health*, 23(3), 197-206.
- Brignell, C., Griffiths, T., Bradley, B. P., & Mogg, K. (2009). Attentional and approach biases for pictorial food cues. Influence of external eating. *Appetite*, 52(2), 299-306. doi:10.1016/j.appet.2008.10.007
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. doi:10.1002/jclp.20400
- Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: Descriptive characteristics and phenomenology. In D. J. Stein, G. A. Christenson and E. Hollander (Eds.), *Trichotillomania* (pp. 1-41). Washington: American Psychiatric Press.
- Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(10), 415-417.
- Diefenbach, G.J., Tolin, D.F., Crocetto, J., Maltby, N., & Hannan, S. (2005). Assessment of trichotillomania: A psychometric evaluation of hair-pulling scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(3), 169-178. doi:10.1007/s10862-005-0633-7
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S., & Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 32-41. doi:10.1016/j.jbtep.2006.09.002
- Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). The phenomenology of hairpulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1118-1125. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.015
- Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 181-193. doi:10.1016/j.cpr.2009.10.008
- Flessner, C. A., Lochner, C., Stein, D. J., Woods, D. W., Franklin, M. E., & Keuthen, N. J.

- (2010). Age of Onset of Trichotillomania Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 896-900. doi:10.1097/nmd.0b013e3181fe7423
- Ghosh, D., & Vogt, A. (2012). Outliers: An evaluation of methodologies. *Joint Statistical Meetings*, 3455-3460. San Diego, CA: American Statistical Association
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 579-584. doi:10.1016/j.comppsy.2008.05.002
- Keijsers, G. P. J., & Maas, J. (2015). Trichotillomanie en excoriatiestoornis. In I. Franken, P. Muris, and D. Denys (Eds.), *Psychopathologie: Oorzaken, diagnostiek en behandeling*, 373-384. Utrecht: De Tijdstroom.
- Keijsers, G. P.J., Maas, J., Van Opdorp, A., & Van Minnen, A. (2016). Addressing Self Control Cognitions in the Treatment of Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Therapy to Behaviour Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 522-531. doi:10.1007/s10608-016-9754-4
- Keijsers, G.P.J., Van Minnen, A., Hoogduin, C.A., Klaassen, B.N., Hendriks, M.J., Tanis Jacobs J. (2006). Behavioural treatment of trichotillomania: Two-year follow-up results. *Behavioral research and therapy*, 44(3), 359-370 doi:10.1016/j.brat.2005.03.004
- Keuthen, N. J., Hayday, C. F., Ricciardi, J. N., & Buttolph, M. L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 2. Reliability and validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(3-4), 146-148. doi:10.1159/000289004
- Lee, H. J., Franklin, S. A., Turkel, J. E., Goetz, A. R., & Woods, D. W. (2012). Facilitated attentional disengagement from hair-related cues among individuals diagnosed with trichotillomania: An investigation based on the exogenous cueing paradigm. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 8-15. doi: 10.1016/j.jocrd.2011.11.005
- Lerner, J., Franklin, M. E., Meadows, E. A., Hembree, E., & Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, 29(1), 157-171. doi:10.1016/s0005-7894(98)80036-1
- Maas, J. (2015). *Dysfunctional processes underlying unwanted habits: Automatic and controlled processes in problematic eating behavior and hair pulling disorder* PhDthesis, Nijmegen: Radboud University
- Maas, J., Keijsers, G.P.J., Cangliosi, C. M., Van der Veld, W., Tanis-Jacobs, J., & Van Minnen, A. (2017). The Self-Control Cognition Questionnaire: Cognitions in the

- maintenance of unwanted habits. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(5), 328-335. doi:10.1027/1015-5759/a000290
- Mogg, K., Bradley, B. P., Field, M., & De Houwer, J. (2003). Eye movements to smoking related pictures in smokers: Relationship between attentional biases and implicit and explicit measures of stimulus valence. *Addiction*, 98(6), 825-836. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00392.x
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2007). Approach and avoidance in fear of spiders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(2), 105-120. doi:10.1016/j.jbtep.2006.10.001
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 745-762. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.004
- Schuck, K., Keijsers, G. P.J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 11-17. doi:10.1016/j.brat.2010.09.005
- Schuck, K., Keijsers, G.P.J., & Rinck, M. (2012). Implicit processes in pathological skin picking: Responses to skin irregularities predict symptom severity and treatment susceptibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 685-691. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.004
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Stacy, A. W., & Wiers, R. W. (2010). Implicit Cognition and Addiction: A Tool for Explaining Paradoxical Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 551-575. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131444
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220-247. doi:10.1207/s15327957pspr0803_1
- Van Minnen, A., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Hellenbrand, I. & Hendriks, G.J. (2003).

- Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 517-522.
doi:10.1001/archpsyc.60.5.517
- Van Minnen, A., Keijsers, G.P.J., Martijn, C., & Hoogduin, K. (2005). Over haartrekken en het falen van zelfcontrole. *Directieve therapie*, 25(1), 3-13.
doi: 10.1007/BF03060366
- Van Vliet, I.M., & De Beurs, E. (2007). The MINI-International Neuropsychiatric Interview. A brief structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV en ICD-10 psychiatric disorders. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(6), 393-397.
- Veenstra, E.M., & De Jong, P.J. (2010). Restrained eaters show enhanced automatic approach tendencies towards food. *Appetite*, 55(1), 30-36.
doi:10.1016/j.appet.2010.03.007
- Woods, D.W., Flessner, C.A., Franklin, M.E., Keuthen, N.J., Goodwin, R.D., Stein, D.J., Walther, M.R. (2006). The Trichotillomania Impact Project (TIP). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1877-1888. doi:10.4088/jcp.v67n1207

Bijlage 1

Informatiebrochure: Behandeling van trichotillomanie

Radboud Ambulatorium Volwassenen

Versiecode september 2016

Inleiding:

Bij Radboud Ambulatorium Volwassenen wordt een onderzoek verricht naar de behandeling van trichotillomanie (TTM). TTM is een klachtenbeeld waarbij mensen de neiging hebben eigen haren uit te trekken zodat er kale plekken ontstaan. Vaak gaat het om het hoofdhaar, maar het kan ook gaan om wimpers, wenkbrauwen, overige lichaamsbehaarings of combinaties. TTM ontstaat vaak in de puberteit. Voor mensen die aan deze klachten lijden is het vaak verrassend moeilijk om het haartrekken te stoppen. Radboud Ambulatorium biedt een korte behandeling aan voor TTM. De behandeling is onderdeel van een wetenschappelijk onderzoek naar TTM. Het onderzoek vindt plaats onder leiding van prof dr. Ger Keijsers, klinisch psycholoog, verbonden aan de Universiteit Maastricht (afdeling Clinical Psychological Science) en Radboud Universiteit (afdeling BSI). Over deze behandeling en het onderzoek willen we u verder informeren.

Behandeling van TTM

Op dit moment zijn er wereldwijd negen gecontroleerde wetenschappelijke studies gedaan naar de behandeling van TTM. TTM blijkt uitstekend behandelbaar op de korte termijn met behulp van zelfcontroleprocedures uit de gedragstherapie. De resultaten op de lange termijn zijn echter minder zeker. Er zijn studies waarbij een deel van de succesvol behandelde mensen na verloop van tijd terugvalt. In de studie die we nu willen uitvoeren is de standaard behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures (gedragstherapie) aangevuld met cognitieve therapie en met een verbeterde aanpak om terugval te voorkomen. Deze CGT bestaat uit zeven gesprekken met huiswerkopdrachten.

De behandelingen worden verricht door gz-psychologen en psychotherapeuten die speciaal in deze behandeling getraind zijn. Het is voor u belangrijk om te weten dat het resultaat van deze behandeling sterk afhangt van uw eigen actieve inzet. Die actieve inzet is nodig tijdens de gesprekken maar ook bij de opdrachten die u thuis uitvoert. U doet het niet voor ons. U doet het voor uzelf.

Doel van het onderzoek

CGT combineert sterke elementen uit eerdere behandelingen voor TTM. We onderzoeken welke mensen baat hebben bij deze behandeling en welke mensen niet en we kijken daarbij naar behandelresultaten meteen na de behandeling, maar ook naar resultaten na een half jaar.

Gang van zaken

Intake: De gang van zaken bij dit onderzoek is als volgt: U heeft zich aangemeld bij Radboud Ambulatorium Volwassenen voor een behandeling van TTM. Na aanmelding vindt een intake plaats die bestaat uit een gesprek en een klachteninterview. Uw klachten worden in kaart gebracht en in het klachteninterview worden systematisch allerlei klachten doorlopen om zeker te weten dat we geen zaken over het hoofd zien. Deze intake is standaard binnen de Radboud Ambulatorium of u nu TTM heeft of andere klachten. Als u voldoet aan de criteria van TTM wordt u gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek. U krijgt deze informatiefolder mee en een toestemmingsverklaring die – als u daartoe bereid bent – door u in de dagen na de intake ondertekend wordt en wordt teruggestuurd. U verklaart dan dat u bereid bent om aan het onderzoek en de metingen die daarbij horen, deel te nemen. Deelname aan het onderzoek houdt in dat de behandeling enkel en alleen op TTM gericht is en niet op andere klachten. U wordt gebeld of u bereid bent aan het onderzoek deel te nemen.

Meting 1: Als u bereid om aan het onderzoek deel te nemen wordt u opgeroepen voor Meting

1. Dat is een afspraak van 45 minuten waarbij u diverse vragenlijsten invult. Ook wordt u gevraagd om enkele taakjes achter een computerscherm uit te voeren. Ten slotte wordt een korte (60 sec) video-opname gemaakt van uw hoofdhaar en gezicht om de ernst van het haartrekken te bepalen.

Behandeling: Het eerste behandelgesprek sluit indien mogelijk meteen aan op Meting 1, zo niet dan volgt deze een week later. Neemt u uw agenda mee. Uw therapeut legt ook de overige zes gesprekken met u vast. De gehele behandeling bestaat dus uit zeven gesprekken. De gesprekken duren drie kwartier en vinden eens per twee weken plaats. Bij ieder gesprek horen huiswerkopdrachten. Die huiswerkopdrachten kosten circa 20 minuten per dag. De behandeling wordt afgesloten aan het einde van het zevende gesprek, ook als u nog klachten zou hebben op dat moment. U heeft dan voldoende handvatten om ook zonder gesprekken te blijven werken aan verdere verbetering van uw klachten.

Metingen 2, 3 en 4 en boostersessies: Meting 2 volgt aansluitend op het zevende gesprek. Opnieuw wordt een video-opname van uw gezicht en hoofdhaar gemaakt. Drie en zes maanden na Meting 2 wordt u nogmaals opgeroepen voor een meting (Metingen 3 en 4). Dan worden geen video-opnames meer gemaakt, maar heeft wel u een gesprek met uw

behandelaar (boostersessie). Daarin doet u verslag over hoe u thuis de aanpak van uw klachten heeft voortgezet.

Risico's van het onderzoek

Voor zover wij weten of kunnen inschatten zijn er geen risico's verbonden aan het onderzoek. U kunt deelnemen als u ouder bent dan 17 jaar en als we TTM bij u vaststellen, ook als u daarnaast nog andere klachten heeft. U dient wel te beseffen dat de behandeling binnen dit onderzoek alleen op TTM gericht is en niet op die andere klachten. Mocht het nodig zijn om de focus van behandeling op andere klachten te richten, dan overlegt uw therapeut dit met u. Verdere deelname aan het onderzoek stopt en in overleg met u wordt gezocht naar een best passende vervolgstap. Tot slot dient u te beseffen dat de duur van de behandeling binnen het onderzoek vast ligt. De behandeling bestaat uit zeven gesprekken en eindigt daarna. Na drie en zes maanden is er alleen nog een zogenaamde boostersessie waarin verslag doet over hoe u thuis de aanpak van uw klachten heeft voortgezet.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

De gegevens van dit onderzoek worden verzameld via vragenlijsten en een klachteninterview. Uw persoonsgegevens zijn alleen bekend bij Radboud Ambulatorium, de uitvoerend onderzoekers en de onderzoeksassistent. Alle verkregen onderzoeksgegevens worden vertrouwelijk behandeld en bij elk gebruik, bijvoorbeeld in wetenschappelijke publicaties, is uw

anonymiteit gewaarborgd. Verder worden de onderzoeksgegevens alleen gebruikt voor dit onderzoek en niet voor andere zaken. De video-opnames worden vernietigd als het onderzoek wordt afgerond.

Deelname is vrijwillig

Uw deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt deelname aan het onderzoek weigeren zonder dat u daar een reden voor hoeft te geven. Ook bent u vrij om zich te allen tijde uit het onderzoek terug te trekken zonder dat het nadelige consequenties heeft voor uw behandeling. Weigeren om aan dit onderzoek deel te nemen heeft geen invloed op uw verdere behandeling.

Vragen

U heeft een week om na te denken over deelname aan dit onderzoek. Indien u vragen heeft, kunt u die stellen aan de intaker. Ook kunt u bellen met de hoofdonderzoeker, Ger Keijsers, tel. 06-28510208.

Bijlage 2

Intake: TTM gestandaardiseerd interview

(vul in of omcirkel juiste antwoord)

(datum)/...../.....

(onderzoeksnummer)

Controleer diagnose TTM DSM-5:

(A) Terugkerend uittrekken van de eigen haren leidend tot waarneembaar haarverlies: JA / NEE

(B) Herhaalde pogingen haartrekken te verminderen of te stoppen: JA / NEE

(C) Het haartrekken veroorzaakt duidelijk lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of functioneren op andere belangrijke levensgebieden: JA / NEE

(D) Het haartrekken of haarverlies is niet toe te schrijven aan een medische conditie (bijvoorbeeld een dermatologische conditie):

NIET EEN MEDISCHE CONDITIE/ WEL EEN MEDISCHE CONDITIE

(E) Het haartrekken kan niet beter worden gezien als symptomen van een andere psychische stoornis (zoals Stoornis in de lichaamsbeleving): NIET ANDERE STOORNIS / WEL ANDERE STOORNIS GEZIEN

Deze klacht(en) bestaan sinds (*jaar*).....jaar. Er is (*geen*).....een duidelijke

aanleiding geweest waardoor patiënt is gaan haartrekken (*te weten: reden*).....

.....
.....
.....

Na het haartrekken beleeft de patiënt een gevoel van (*gevoel*)

.....

.....

.....

Als gevolg van het haartrekken, heeft patiënt bijzonder veel last van (*klachten, e.a.*).....

.....

.....

.....

Dhr/mevr heeft (*geen*) eerdere behandeling(en) gehad in (*jaartal*).....

bij (*hulpverlener/instantie*)

De behandeling bestond uit (*behandeling/medicament + dosering*).....

.....

.....

.....

De behandeling bleek (*mate van succes*).....omdat (*reden*)

.....

.....

Naast het haartrekken heeft patiënt andere klachten, namelijk (*geen, wel: namelijk andere klachten*).....

.....

.....

.....

Bijlage 3

The Massachusetts General Hospital Hair pulling Scale

Meetmoment:

Datum van invulling:

Onderzoeksnummer:

Instructies

Kies bij iedere vraag die uitspraak (omcirkel cijfer) die het best uw gedrag en/of gevoelens van de **afgelopen week** weergeeft. Wanneer er sterke wisselingen zijn geweest, probeer dan een gemiddelde voor de afgelopen week te bepalen. Let erop dat u alle uitspraken in elke groep leest voordat u een keuze maakt.

Beoordeel bij de eerste 3 vragen alleen *de drang* om haar te trekken.

1. Frequentie van drang

Hoe vaak heeft u op een gemiddelde dag de drang tot haartrekken gevoeld?

0. Deze week voelde ik geen drang om aan mijn haar te trekken
1. Deze week voelde ik af en toe de drang om aan mijn haar te trekken
2. Deze week voelde ik vaak de drang om aan mijn haar te trekken
3. Deze week voelde ik zeer vaak de drang om aan mijn haar te trekken
4. Deze week voelde ik bijna constant de drang om aan mijn haar te trekken

2. Intensiteit van de drang

Hoe intens of sterk was op een gemiddelde dag de drang om aan uw haar te trekken?

0. Deze week heb ik geen enkele drang gevoeld om aan mijn haar te trekken
1. Deze week voelde ik een milde drang om aan mijn haar te trekken
2. Deze week voelde ik een matige drang om aan mijn haar te trekken
3. Deze week voelde ik een hevige drang om aan mijn haar te trekken
4. Deze week voelde ik een extreem sterke drang om aan mijn haar te trekken

3. Vermogen om drang te weerstaan

Hoeveel weerstand kunt u, op een gemiddelde dag, aan de drang tot haartrekken bieden?

0. Deze week kon ik altijd weerstand bieden aan de drang, of ik voelde geen drang om aan mijn haar te trekken
1. Deze week was ik meestal in staat mezelf af te leiden van de drang om mijn haar te trekken
2. Deze week was ik soms in staat mezelf af te leiden van de drang om mijn haar te trekken
3. Deze week was ik zelden in staat mezelf af te leiden van de drang om mijn haar te trekken
4. Deze week was ik nooit in staat mezelf af te leiden van de drang om mijn haar te trekken

Beoordeel bij de volgende 3 vragen alleen *het daadwerkelijke* haartrekken.

4. *Frequentie van het haartrekken*

Hoe vaak trok u op een gemiddelde dag werkelijk aan uw haar?

0. Deze week heb ik niet aan mijn haar getrokken
1. Deze week trok ik af en toe aan mijn haar
2. Deze week trok ik vaak aan mijn haar
3. Deze week trok ik zeer vaak aan mijn haar
4. Deze week trok ik zo vaak aan mijn haar dat het voelde alsof ik het constant deed

5. *Pogingen om haartrekken te weerstaan*

Hoe vaak heeft u, op een gemiddelde dag, een poging gedaan om uzelf te weerhouden van het haartrekken?

0. Deze week voelde ik geen drang om mijn haar uit te trekken
1. Deze week probeerde ik bijna altijd weerstand te bieden aan de drang om aan mijn haar te trekken
2. Deze week probeerde ik soms weerstand te bieden aan de drang om aan mijn haar te trekken
3. Deze week probeerde ik zelden weerstand te bieden aan de drang om aan mijn haar te trekken
4. Deze week probeerde ik nooit weerstand te bieden aan de drang om aan mijn haar te trekken

6. *Controle over haartrekken*

Hoe vaak slaagde u er, op een gemiddelde dag, in om uzelf ervan te weerhouden aan het haar te trekken?

0. Deze week heb ik niet aan mijn haar getrokken
1. Deze week was ik bijna altijd in staat mezelf ervan te weerhouden om aan mijn haar te trekken
2. Deze week was ik meestal in staat mezelf ervan te weerhouden om aan mijn haar te trekken
3. Deze week was ik soms in staat mezelf ervan te weerhouden om aan mijn haar te trekken
4. Deze week was ik zelden in staat mezelf ervan te weerhouden om aan mijn haar te trekken

Beoordeel bij de laatste vraag de gevolgen van uw haartrekken.

7. *Ermee verbonden gevoelens van onbehagen*

Haartrekken kan tot gevolg hebben dat mensen zich humeurig, somber of labiel voelen. Hoe onbehaaglijk voelde u zich gedurende de afgelopen week als gevolg van het haartrekken?

0. Deze week voelde ik me niet onbehaaglijk over mijn haartrekken
1. Deze week voelde ik me enigszins onbehaaglijk over mijn haartrekken
2. Deze week voelde ik me aanmerkelijk onbehaaglijk over mijn haartrekken
3. Deze week voelde ik me zeer onbehaaglijk over mijn haartrekken
4. Deze week voelde ik me intens onbehaaglijk over mijn haartrekken

Bijlage 4

SURF TTM

Meetmoment:..... Datum:

Onderzoeksnummer:

Geef s.v.p. aan in hoeverre de onderstaande vragen op u van toepassing waren in de laatste week.

1. Hoe vaak kwam het haartrekken in de laatste week op een gemiddelde dag voor?

- minder dan een keer per dag
- een keer per dag
- twee keer per dag
- drie tot vijf keer per dag
- meer dan vijf keer per dag

2. Hoe erg is het haartrekken de laatste week geweest?

- ik heb geen haar getrokken
- ik heb maar enkele haren getrokken
- ik heb redelijk veel haren getrokken
- ik heb veel haren getrokken
- ik heb ontzettend veel haren getrokken

3. Hoe sterk was de drang tot haartrekken in de laatste week? (Zet een streepje/kruisje op de lijn hieronder.)

geheel heel
afwezig sterk

4. In welke mate kon u in de afgelopen week weerstand bieden aan de drang om haar te trekken? (Zet een streepje/kruisje op de lijn hieronder.)

hoge geheel
mate niet

Bijlage 5

Alopeciaschaal therapeut/assessorbeoordeling

Meetmoment:

Datum van invulling:

Onderzoeksnummer:

Therapeut/assessorbeoordeling

Hoe ernstig beoordeelt u het haarverlies op dit moment?

Omcirkel het best passende cijfer.

0. Er is geen haarverlies.
1. Het haarverlies is verwaarloosbaar (onzichtbaar zelfs wanneer de plek wordt aangewezen).
2. Er is mild haarverlies (alleen zichtbaar wanneer de plek wordt aangewezen).
3. Er is redelijk wat haarverlies (zichtbaar door inspectie van een ander, zonder dat de plek aangewezen hoeft te worden).
4. Ongeveer 50% van de wenkbrauwen/wimpers zijn kaal, kleine kale plekken zijn zichtbaar op de hoofdhuid of andere lichaamsdelen.
5. Ongeveer 75% van de wenkbrauwen/wimpers zijn kaal, gemiddeld grote kale plekken zijn zichtbaar op de hoofdhuid of andere lichaamsdelen.
6. De wenkbrauwen/wimpers zijn bijna volledig kaal, grote kale plekken zijn zichtbaar op de hoofdhuid of andere lichaamsdelen.
7. De wenkbrauwen/wimpers zijn volledig kaal, hoofdhuid of andere lichaamsdelen zijn bijna volledig kaal.