

Uitvoeren Van Onderzoek

Vaststellen van Skin Picking Middels een zelfbeoordelingsvragenlijst



Onderzoeksrapport Skin Picking

Ineke Robot 1576477

Noortje van Schie 1552141

Tutor Anne Bronsveld

Utrecht, 8 januari 2012

Auteursrechten

“De auteurs verklaren het volledige auteursrecht op hun werk te bezitten. Wij vrijwaren de Opleiding huidtherapie van de Hogeschool Utrecht voor alle vorderingen van derden betreffende de inhoud en vorm van het onderzoeksrapport.

Vermenigvuldiging en verspreiding van dit onderzoeksrapport is, zonder toestemming van de Opleiding huidtherapie, Hogeschool Utrecht, niet toegestaan. De auteur zal bij eventuele publicatie, gebaseerd op het onderzoeksrapport, de Opleiding huidtherapie slechts vermelden: “na verleende toestemming”. Het rapport kan worden openbaar gemaakt via daartoe geëigende kanalen zoals de HBO- kennisbank, bijvoorbeeld voor gebruik bij voortgezette studies.

Samenvatting

Inleiding

Het fenomeen krabben en plukken aan de gezonde huid wordt in de literatuur benoemd als Skin Picking (SP). Wanneer het gedrag resulteert in weefselschade met als gevolg significante onrust en/of een functiebeperking is er sprake van de psychische vorm van SP en wordt het Pathologische Skin Picking (PSP) genoemd. Acne excoriée is één voorbeeld van wat in de literatuur geschaard wordt onder PSP.

Probleemstelling

Het screeningsproces mist een meetmethode om de ernst van SP vast te stellen zodat de huidtherapeut niet optimaal kan beoordelen of deze patiënten beter behandeld kunnen worden door een andere (para)medicus. Een meetmethode voor het vaststellen van SP/PSP is nodig om het aantal 'niet effectieve' behandelingen terug te dringen en snellere zorg te kunnen bieden door terug- of door te verwijzen.

Vraagstelling

Welke zelfbeoordelvragenlijst is voor het vaststellen van Skin Picking het meest valide, betrouwbaar en toepasbaar in de huidtherapeutische praktijk?

Materiaal en methode

In de literatuur is naar meetinstrumenten gezocht. Deze zijn gevonden in de vorm van drie zelfbeoordelvragenlijsten: de Skin Picking Scale (SPS), de Skin Picking Impact Scale en de MIDAS. Van elke zelfbeoordelvragenlijst is één artikel gevonden over de ontwikkeling en klinimetrische toetsing.

Resultaten

De zelfbeoordelvragenlijsten zijn met elkaar vergeleken op verschillende eigenschappen: aantal vragen, punten schaal, voor wie, doel, domeinen, criteriumvaliditeit, constructvaliditeit, betrouwbaarheid, responsiviteit, interne consistentie, level of evidence, hanteerbaarheid en de documentatie.

Conclusie

De SPS is de meest valide en toepasbare zelfbeoordelvragenlijst in de huid therapeutische praktijk.

Aanbeveling

Voor implementatie in de huidtherapeutische praktijk is het van belang dat de SPS wordt vertaald naar het Nederlands en opnieuw wordt getoetst op alle vormen van methodologische kwaliteit.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
Doelstelling.....	6
Afbakening.....	6
Vraagstelling.....	6
Definiëring.....	7
Leeswijzer.....	8
1. Materiaal en methode.....	9
1.1 Onderzoekstype en design.....	9
1.2 Onderzoeksopzet.....	9
1.3 Materiaalverzameling.....	9
1.3.1 Zoekstrategie en zoektermen.....	9
1.3.2 In- en exclusie criteria.....	9
1.4 Meetinstrumenten.....	9
1.4.1 Literatuur.....	9
1.4.2 Zelfbeoordelingsvragenlijsten.....	10
2. Skin Picking.....	12
2.1 Klinisch beeld.....	13
2.2 Geadviseerde behandelmethoden.....	13
3. Resultaten.....	14
3.1 Skin Picking Scale.....	14
3.1.1 Klinimetrische toetsing.....	14
3.1.2 Hanteerbaarheid.....	15
3.3 The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking.....	15
3.3.1 Klinimetrische toetsing.....	16
3.3.2 Hanteerbaarheid.....	16
3.4 Overzichtsschema.....	17
3.5 Voor- en nadelen.....	18
4. Conclusie & Discussie.....	19
4.1 Zwakheden discussie.....	19
4.1.1 SPS.....	19
4.1.2 SPIS.....	19
4.1.3 MIDAS.....	19
4.2 Overige zwakheden.....	20

4.3 Literatuurbeoordelingsformulieren	20
4.4 Eigen methodologie.....	21
4.5 Aanbevelingen	21
Literatuurlijst	22
Bijlagen	24
I Afkortingen	25
II Skin Picking scale (SPS)	26
III Skin Picking Impact Scale (SPIS)	27
IV The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)	28
V Zoekstrategie	29
Flowdiagram	31
VI Datapreparatie	32
VII Literatuurbeoordelingsformulieren	39
Narratieve review	40
Cohort onderzoek.....	41
Patiënt controle onderzoek.....	42
RCT.....	43
Data-analyse	45
VII Cox en Kuiper	47
IX Skin Picking overzicht schema	48

Inleiding

In het kader van de directe toegankelijkheid (DTH) voor de beroepsgroep huidtherapie zullen er regelmatig patiënten met een hulpvraag komen waar niet altijd een directe verklaring voor is. Bijvoorbeeld patiënten met Skin Picking (SP). Deze patiënten komen in de praktijk met onder andere de hulpvraag om acne laesies te reduceren. Uit anamnese kan het vermoeden ontstaan dat deze problematiek veroorzaakt wordt door het plukken en krabben aan de huid en door de patiënt zelf in stand gehouden wordt. Deze psychisch gerelateerde aandoening heet Pathologische Skin Picking (PSP) wat bij de huidtherapeut waarschijnlijk beter bekend staat als acne excoriée.

SP is een rapportonderwerp welke nog niet eerder is verschenen op de HBO kennisbank. Tevens wordt er in de meest recente richtlijn van acne (Richtlijn acneïforme dermatosen CBO, 2010) weinig aandacht geschonken aan deze problematiek. Binnen het domein van de huidtherapeut is er daardoor geen eenduidig beleid met betrekking tot deze aandoening. Het screeningsproces kent nu geen meetmethode om SP/PSP vast te stellen met als gevolg dat de huidtherapeut niet optimaal kan beoordelen of deze patiënten mogelijk beter af zijn bij een andere (para)medicus. Hierdoor krijgen deze patiënten niet altijd de meest effectieve behandeling. Een meetmethode voor het vaststellen van SP/PSP is nodig om het aantal 'niet effectieve' behandelingen terug te dringen en snellere zorg te kunnen bieden door terug- of door te verwijzen. In de literatuur zijn zelfbeoordelvragenlijsten gevonden die een handvat zouden kunnen bieden bij het screeningsproces. In het kader van professionalisering van de beroepsgroep en de DTH is het gewenst te onderzoeken welke onderbouwing volgens de recente literatuur wordt gegeven aan deze zelfbeoordelvragenlijsten waarmee dit ziektebeeld mogelijk beter vastgesteld zou kunnen worden.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoeksrapport is het onderzoeken van zelfbeoordelvragenlijsten voor het vaststellen van SP in ernst en type. Met als resultaat één vragenlijst welke het meest valide, betrouwbaar en toepasbaar is in de huidtherapeutische praktijk. De zelfbeoordelvragenlijst geeft de huidtherapeut handvatten bij het vaststellen van SP tijdens het screeningsproces waardoor de huidtherapeut ervoor kan zorgen/aansturen dat de patiënt terecht komt bij de juiste discipline.

Afbakening

Binnen de literatuur bestaat er geen consensus over de naamgeving en definiëring van SP wat dit onderzoek ingewikkeld maakt. Bij de definiëring van begrippen, hoofdstuk 2 en bijlage IX is geprobeerd dit zo helder mogelijk te beschrijven. In dit onderzoeksrapport is enkel gezocht naar zelfbeoordelvragenlijsten om SP, in mate of type, vast te kunnen stellen. Er wordt binnen dit onderzoek niet gezocht naar de juiste therapie bij de verschillende soorten en of er al dan niet een huidbehandeling zou moeten plaatsvinden.

Vraagstelling

Welke zelfbeoordelvragenlijst is voor het vaststellen van Skin Picking het meest valide, betrouwbaar en toepasbaar in de huidtherapeutische praktijk?

Uit de vraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat is skin picking
- Wat is het klinisch beeld?
- Wat zijn de meest voorkomende geadviseerde behandelmethoden?

- Welke zelfbeoordelvragenlijsten zijn er voor het vaststellen van skin picking?
- Welke zelfbeoordelvragenlijst is, aan de hand van de gestelde criteria, het meest geschikt voor de huidtherapeutische praktijk?

Definiëring

Skin Picking (SP)

Skin Picking is een fenomeen in de dermatologie maar geen aandoening op zich. SP is normaal menselijk gedrag wat bestaat uit krabben en plukken aan de gezonde of licht aangedane huid (Keuthen et al., 2000).

Pathologische skin picking (PSP)

PSP is een psychische aandoening wanneer het krabben en plukken aan de huid steeds terugkerend is met zichtbare beschadigingen aan de huid wat resulteert in onrust en/of een functiebeperking (Keuthen et al., 2000). De karakteristieken van PSP zijn excessief krabben, plukken of knijpen aan de anderszins gezonde huid. PSP is verdeeld in onderstaande drie subtypen:

Compulsief (gefocust) subtype: Het dwangmatig krabben en plukken geschiedt bij volle bewustzijn. Patiënten weten dat het huidbeschadigingen geeft en zinloos is maar kunnen het krabben en plukken niet weerstaan, het is een intense drang (Walther et al., 2009; Stein et al., 2010).

Impulsief (automatisch) subtype: Het krabben en plukken geschiedt meestal onbewust en kan ook plaatsvinden terwijl de patiënt met totaal andere zaken bezig is zoals televisie kijken, lezen etc. (Walther et al., 2009; Stein et al., 2010).

Combinatie subtype: Hier is er een combinatie van het gedwongen compulsieve en het automatisch impulsieve krabben en plukken.

Synoniemen PSP

PSP heeft meerdere synoniemen welke worden beschreven in de literatuur zoals: acne excoriée, neurotische excoriatie, psychogene excoriatie, chronische skin picking, compulsieve skin picking en dermatotillomanie (Walther et al., 2009; Arnold, Auchenbach & McElroy, 2001).

DSM-IV-TR

Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders is het meest recente handboek uit de Verenigde Staten voor de diagnose van psychische aandoeningen dat als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. PSP is niet apart geclassificeerd in de DSM-IV-TR maar ondergebracht bij de categorie 'Stoornis van de impulsbeheersing, niet anderszins omschreven.'

Body Dismorphic Disorder (BDD)

BDD is een psychische aandoening waarbij er obsessief gefocust wordt op het eigen uiterlijk en er sprake is van een gestoorde lichaamsbeleving. SP en PSP kunnen symptomen zijn van BDD (Grant, Menard, & Phillips, 2006).

Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

Obsessieve-compulsieve stoornis is een angststoornis die wordt gekenmerkt door obsessieve gedachten van onbehagen, vrees, angst of zorgen. PSP komt niet per definitie voor bij OCD, maar wordt wel vaak gezien bij OCD. Door repetitief gedrag van krabben of plukken ofwel compulsief

gedrag proberen dit ongewenste gedrag te verdrijven (Arzeno Ferrão, Paiva Almeida, Richter Bedin, Rosa & D'Arrigo Busnello, 2006).

Skin picking Scale (SPS)

De Skin Picking Scale (Bijlage II) is een zelfbeoordelvragenlijst die de ernst van SP vaststelt. De vragenlijst bevat domeinen zoals de frequentie en intentie tot aandrang (Keuthen et al., 2001a).

Skin picking Impact Scale (SPIS)

De SPIS (Bijlage III) is een zelfbeoordelvragenlijst die de emotionele, sociale en gedragsmatige domeinen test (Keuthen et al., 2001b).

The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)

De MIDAS (bijlage IV) is een zelfbeoordelvragenlijst die de neiging naar subtypen (automatisch, gefocust of een combinatie) van PSP laat zien (Walher et al., 2009).

Beck Anxiety Inventory (BAI)

De BAI is een psychologische test. Door een zelfbeoordelvragenlijst in te laten vullen over wat er de laatste week is gebeurd en die gebruikt wordt bij patiënten die aan verschillende vormen van angst leiden. Deze zelfbeoordelvragenlijst is bij de klinimetrische toetsing gebruikt om de constructvaliditeit van SPS, SPIS en de MIDAS vast te stellen.

Beck Depression Inventory (BDI)

De BDI is een meetinstrument welke ingezet wordt om de ernst van de symptomen te meten bij depressiviteit. Deze zelfbeoordelvragenlijst is bij de klinimetrische toetsing gebruikt om de constructvaliditeit van SPS, SPIS en de MIDAS vast te stellen.

Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI)

SSRI's zijn stoffen die de heropname van serotonine in de presynaptische zenuwuiteinden remmen. Serotonine is een neurotransmitter die een belangrijke invloed heeft op de stemming. De stemming daalt wanneer er te weinig serotonine aanwezig is. De SSRI's remmen de heropname van serotonine waardoor er meer serotonine is en de stemming verbeterd. SSRI's zijn een subgroep van antidepressiva maar worden ook succesvol toegepast bij andere psychische stoornissen zoals obsessies, gegeneraliseerde angststoornissen, paniekstoornissen, boulimia (Sitsen, Smits, Smits, Cohen & Bortel, 2004) en PSP (Simeon et al., 1997 geciteerd in Odlaug & Grand, 2010).

Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit de volgende hoofdstukken: Materiaal en methode is te lezen in hoofdstuk 1 en in hoofdstuk 2 wordt de achtergrond informatie van SP/PSP beschreven. De zelfbeoordelvragenlijsten worden in hoofdstuk 3 benoemd en beoordeeld op onder andere de klinimetrische toetsing en de toepasbaarheid voor de huidtherapeutische praktijk. Tevens worden in hoofdstuk 3 de resultaten getoond met tot slot de conclusie, discussie en aanbevelingen in hoofdstuk 4.

1. Materiaal en methode

1.1 Onderzoekstype en design

De onderzoeksvraag wordt beantwoord middels een literatuuronderzoek met een beschrijvend design (Dassen & Keuning, 2008). Een literatuuronderzoek is een kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2009).

1.2 Onderzoeksopzet

Er is in de literatuur gezocht naar meetinstrumenten in de vorm van zelfbeoordelingsvragenlijsten. Bestaande zelfbeoordelingsvragenlijsten zijn beoordeeld op onder andere toepasbaarheid, verschillende vormen van validiteit en betrouwbaarheid.

1.3 Materiaalverzameling

1.3.1 Zoekstrategie en zoektermen

In de periode van augustus tot en met oktober 2011 is er gezocht naar wetenschappelijke literatuur in de volgende databanken; PubMed, Cochrane, Sage, Wiley en CINAHL. Het zoekschema is weergegeven in bijlage V met de volgende kenmerken; databank, zoekterm(en), limits, hits, het aantal na het toepassen van de in- en exclusiecriteria, het artikel en de level of evidence. De zoektocht leverde geen resultaten op bij de databank Cochrane, deze is dan ook niet opgenomen in het zoekschema.

Er is gezocht op de volgende Meshtermen: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Skin, prevalence, dermatology, treatment en diagnosis. Tevens is er gezocht met de zoektermen: Skin Picking, acne excoriée, skin picking scale, skin picking inventory, excoriation, measure, psychodermatology. Op basis van de abstracts is er een verdere selectie gemaakt en naar het volledige artikel gezocht. Er is als limit '2006 en jonger' aangegeven.

1.3.2 In- en exclusie criteria

Er is gezocht naar wetenschappelijke literatuur jonger dan 5 jaar. Artikelen waar veel naar werd verwezen in de geïnccludeerde artikelen zijn aan de hand van de auteur gezocht en beoordeeld. Artikelen in andere talen dan Nederlands, Engels of Duits zijn geëxcludeerd. Wanneer deze artikelen over SP, PSP (en synoniemen daarvan) of zelfbeoordelingsvragenlijsten gingen zijn deze geïnccludeerd. Artikelen over andere huidaandoeningen al dan niet in relatie met SP en PSP zijn geëxcludeerd.

1.3.3 Datapreparatie

De datapreparatie is schematisch weergegeven in bijlage VI met de volgende kenmerken: auteur en jaartal, soort onderzoek, doel, populatie, meetinstrument en uitkomsten, interventie, controle, statistische analyse, resultaten en level of evidence.

1.4 Meetinstrumenten

1.4.1 Literatuur

Bruikbare artikelen zijn geanalyseerd aan de hand van literatuurbeoordelingsformulieren van de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO). De narratieve reviews zijn beoordeeld met het 'formulier Vc voor het beoordelen van een systematische review van operationeel onderzoek'. De

cohort onderzoeken zijn beoordeeld met het 'formulier III voor het beoordelen van een Cohortonderzoek'. De patiënt controle onderzoeken zijn beoordeeld met het 'formulier IV voor het beoordelen van een patiënt-controleonderzoek' en tot slot zijn de randomised controlled trials (RCT) beoordeeld met het 'formulier II voor het beoordelen van een RCT.' De vier genoemde literatuurbetoordelingsformulieren en de antwoorden daarop zijn te vinden in bijlage VII Vervolgens zijn de artikelen ingedeeld naar bewijskracht volgens de indeling van Cox en Kuiper (bijlage VIII).

1.4.2 Zelfbeoordelingsvragenlijsten

De zelfbeoordelingsvragenlijsten dienen in te spelen op de huidtherapeutische praktijk. De instrumenten zijn onderzocht op een aantal eigenschappen. Hieronder volgen de beoortelingsaspecten met bijbehorende definities.

Voor wie

Geeft een beschrijving voor welke patiënten de test geschikt is.

Puntenschaal

Geeft aan welke puntenschaal er wordt gebruikt bij elke zelfbeoordelingsvragenlijst.

Doel

De zelfbeoordelingsvragenlijst bepaalt de ernst of type.

Domein

Geeft de getoetste items en/of domeinen weer.

Criteriumvaliditeit

Bij diagnostische testen zijn de belangrijkste statistische maten de sensitiviteit en de specificiteit. Sensitiviteit is het aantal terecht positieven, ofwel het percentage 'skin pickers' op (basis van de gouden standaard) met een positieve uitslag op het meetinstrument. 'Terecht negatieve' oftewel het percentage 'niet skin pickers' (op basis van de gouden standaard) is de specificiteit met een negatieve uitslag op het meetinstrument (Beurskens & Beurskens, 2008).

Constructvaliditeit

Bij constructvaliditeit wordt van te voren een hypothese geformuleerd over de te verwachten correlatie met andere meetinstrumenten. Het geeft de samenhang van meetinstrumenten die hetzelfde meten weer (convergente validiteit), die iets anders meten (divergente validiteit) en die verschil maken in groepen (discriminante validiteit of extremegroepenvaliditeit). De Pearson-correlatiecoëfficiënt wordt hiervoor gebruikt (Beurskens & Beurskens, 2008).

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is het vermogen om personen van elkaar te onderscheiden ondanks de meetfout. De intraclasscorrelatiecoëfficiënt of de Kappa wordt hiervoor gebruikt bij minimaal twee metingen (bijvoorbeeld de test en de hertest) (Beurskens & Beurskens, 2008).

Responsiviteit

Responsiviteit is relevant bij het evalueren van behandelingen (longitudinale validiteit). Hierbij gaat het erom of het meetinstrument in staat is om optredende veranderingen aan te tonen. Over het vaststellen van de responsiviteit is in de literatuur nog veel discussie (Beurskens & Beurskens, 2008).

Interne consistentie

De interne consistentie is de mate waarin verschillende items van het meetinstrument met elkaar correleren. De alfa Cronbach coëfficiënt geeft de gemiddelde correlatie tussen de verschillende items in een schaal weer (Beurskens & Beurskens, 2008).

Level of evidence

De artikelen zijn ingedeeld naar bewijskracht volgens de indeling van Cox en Kuiper.

Hanteerbaarheid

Zijn de zelfbeoordelingsvragenlijsten eenvoudig in te vullen door de patiënt?

Documentatie

Zijn de zelfbeoordelingsvragenlijsten gemakkelijk te documenteren en te interpreteren door de huidtherapeut.

2. Skin Picking

Skin picking is normaal menselijk gedrag, veel mensen plukken of krabben in meer of mindere mate aan het gezicht of de handen. SP is een fenomeen in de dermatologie maar geen aandoening op zich (Keuthen et al., 2001a).

Of SP al dan niet pathologisch is hangt af van de duur van het gedrag, de mate van uitbreiding van de huidafwijking en de gevolgen van het gedrag (Grant & Phillips, 2003). Wanneer het krabben en plukken aan de huid steeds terugkerend is met zichtbare beschadigingen aan de huid wat resulteert in onrust en/of een functiebeperking wordt er gesproken over PSP. PSP is een primaire psychische aandoening (Bohne et al., 2002; Keuthen et al., 2000; Simeon et al., 1997; Teng, Woods, Twohig, & Marcks, 2002; Wilhelm et al., 1999) welke wordt onderverdeeld in typen; compulsieve (gefocust), impulsieve (automatisch) en het combinatie type (Stein et al., 2010; Arnold, Auchenbach & McElroy, 2001; Walther et al., 2009). Om primaire PSP te kunnen classificeren is het van belang dat er geen sprake is van andere psychische comorbiditeit of onderliggende dermatologische afwijkingen zoals bijvoorbeeld psoriasis (Fruensgaard, Hjortshøj, & Nielsen, 1978; Koblenzer, 1987 uit Calikusu, Kucukgoncu, Tecer & Bestepe, 2011) of pruritis (Thio, Ronner, Os van-Medendorp & Snoek van der, 2008). De karakteristieken van PSP zijn excessief krabben, plukken of knijpen aan de anderszins gezonde huid. Individuele patiënten zeggen dat de impulsen om te plukken onweerstaanbaar, opdringerig en zinloos zijn (Arnold et al., 1998). PSP heeft meerdere synoniemen welke worden beschreven in de literatuur zoals: acne excoriée, neurotische excoriatie, psychogene excoriatie, chronische skin picking, compulsieve skin picking en dermatotillomanie (Walther et al., 2009; Arnold, Auchenbach & McElroy, 2001). Volgens Arnold (2002) is er consensus over de benaming en classificatie van deze aandoening nodig.

Relevante comorbiditeit kan ten grondslag liggen aan PSP, d.w.z. een mentale/psychiatrische of lichamelijke aandoening waar PSP een uiting van kan zijn. Voorbeelden hiervan zijn Body Dismorphic Disorder, Obsessieve Compulsieve stoornis en psoriasis (Grand, Menard & Philips, 2006). Er wordt dan gesproken over secundaire PSP (Stein et al., 2010).

PSP kent dus twee vormen: als zijnde een primaire psychische aandoening en als zijnde een symptoom/uiting van een andere aandoening. In bijlage IX is een overzichtsschema weergegeven van de indeling bij SP welke met behulp van onder andere N.C.C. Vullink (psychiater AMC UvA) tot stand is gekomen.

Primaire PSP is niet apart geclassificeerd in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^{de} editie., DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) maar ondergebracht bij de categorie 'Stoornis van de impulsbeheersing, niet anderszins omschreven.' Het impulsieve (automatische) type van SP heeft eigenschappen van de 'stoornis in de impulsbeheersing' en het compulsieve (gefocuste) type van SP heeft eigenschappen van de 'obsessieve-compulsieve stoornis'. Het derde type van SP, combinatie type, valt tussen beide in (Hengeveld & Van Balkom, 2005).

Een andere psychische aandoening waarbij patiënten de huid zelf beschadigen is dermatitis aftecta. De meest kenmerkende overeenkomst is dat patiënten de huid zelf beschadigen. Het

belangrijkste verschil is dat patiënten met dermatitis atfecta bij navraag ontkennen de laesies zelf te hebben toegebracht en de patiënten met PSP het wel toegeven (Koblenzer, 2000).

De prevalentie van SP onder de bevolking is niet bekend. Onder (Turkse, Duitse en Amerikaanse) studenten komt SP tussen de 78,1% en 91.7% voor, waarbinnen PSP een prevalentie heeft van 2% tot 3.8% (Bohne et al., 2000; Calikusu, Kucukgoncu, Tecer, & Bestepe, 2011; Keuhen et al., 2002). De drie meest voorkomende huidstimuli zijn pustels (69%), crustae (54.3%) en cicatrix (26.9%) (Calikusu, Kucukgoncu, Tecer & Bestepe, 2011).

2.1 Klinisch beeld

Het klinisch beeld van PSP zijn kapot gekrabde excoriaties van enkele millimeters in doorsnee, soms met exsudaat (Arnold, 2002). Deze excoriaties genezen onregelmatig vaak met bleke littekens, een donker gepigmenteerde rand of post inflammatoire hypo- of hyperpigmentatie. Deze krablaesies bevinden zich vaak in het gelaat, schouders, armen of plaatsen waar de patiënt makkelijk bij kan (Weller, Hunter, Savin & Dahl, 2008). De littekens kunnen atrofisch, hypertrofisch of met keloïdvorming zijn (Chuh, Wong & Zawar, 2006) en kunnen leiden tot verhoorning of necrose in de papillaire dermis. Periorale dermatitis met papels en pustels rond de mond kunnen wijzen op PSP. Het ontbreken van comedonen kan een teken zijn dat het niet om acne vulgaris gaat (Chuh, Wong & Zawar, 2006). De consequenties van krabben en het plukken kunnen zeer ernstig zijn zoals: bloedingen, pijn, jeuk, infecties, littekens, diepe kraters en zelfs leiden tot blijvende verminking. Ook kunnen er pincetten, messen en naalden gebruikt worden om de huid te bewerken (Calikusu, Kucukgoncu, Tecer & Bestepe, 2011).

2.2 Geadviseerde behandelmethoden

Selectieve serotonine-heropname-remmers (SSRI's) en habit reversal therapie worden genoemd als de meest effectieve behandeling voor primaire PSP (Odlaug & Grant, 2008; Jafferany, 2007). Echter maken deze onderzoeken geen onderscheid tussen impulsieve (automatische) en compulsieve (gefoceerde) SP. Stein et al. (2010) beschrijft dat voor impulsieve SP habit reversal therapie en voor compulsieve SP cognitieve gedragstherapie de meest effectieve behandeling is. Voor het gecombineerde type geldt een mix van beide therapieën. Wanneer er sprake is van secundaire PSP is het volgens Arnold (2001) van belang dat de behandeling gericht is op de comorbiditeit. Klinische ervaring suggereert dat een huidbehandeling niet effectief is voor patiënten met PSP maar misschien wel nodig wanneer de huid aangedaan is (Grant, Menard & Phillips 2006).

3. Resultaten

Wanneer de huidtherapeut tijdens het screeningsproces ten aanzien van het klinisch beeld overeenkomsten ziet met PSP kan een zelfbeoordelvragenlijst mogelijk uitkomst bieden bij het vaststellen van een huidtherapeutische diagnose. Een zelfbeoordelvragenlijst voor het vaststellen van SP wordt nu nog niet gebruikt in de huidtherapeutische praktijk maar is wel nodig om het aantal 'niet effectieve behandelingen' terug te dringen en om snellere zorg te kunnen bieden aan de patiënt door terug- of door te verwijzen. Hieronder volgt een beschrijving van drie bestaande zelfbeoordelvragenlijsten. Per zelfbeoordelvragenlijst wordt ten eerste de werking beschreven en ten tweede wordt onder het kopje 'klinimetrische toetsing' beschreven hoe de auteurs de zelfbeoordelvragenlijst hebben ontwikkeld en onderzocht op onder andere validiteit en betrouwbaarheid.

De ontwikkeling van de zelfbeoordelvragenlijsten werd beschreven in drie onderzoeken. In elk onderzoek wordt een andere zelfbeoordelvragenlijst ontwikkeld en getoetst. Er zijn geen andere artikelen of zelfbeoordelvragenlijst voor skin picking gevonden.

3.1 Skin Picking Scale

De Skin Picking Scale (SPS) is een zelfbeoordelvragenlijst die de ernst van SP vast stelt. De vragenlijst bevat domeinen zoals de frequentie en intentie tot aandrang, hoeveel tijd de patiënt besteedt aan het krabben en plukken, de interferentie, het leed, de onrust en hoeveel moeite het de patiënt kost om het SP te vermijden. De vragenlijst bestaat uit zes vragen welke de patiënt kan invullen middels een vijf puntenschaal van nul punten (geen) tot en met vier punten (extreem) SP. De maximaal haalbare score is 24 punten, hoe hoger het getal hoe groter de ernst van SP (Keuthen et al., 2001a).

3.1.1 Klinimetrische toetsing

De SPS is opgezet vanuit de Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) welke uit acht vragen bestaat. Deze vragenlijst is getest met 31 skin pickers en 78 niet skin pickers. De skin pickers moesten voldoen aan de definitie van PSP - herhaald plukken met zichtbare weefselschade m.a.g. significante onrust en/of een functionele beperking (Calikusu et al., 2011) - en zijn verworven uit advertenties en via verwijzingen van artsen. De groep niet skin pickers is verworven uit psychologie studenten.

Voor de uiteindelijke zelfbeoordelvragenlijst moest elk item aan twee eisen voldoen: (1) significante verschillen tussen de groepen en (2) acceptabele correlaties voor de groep 'skin pickers'. De interne consistentie voor de items van de uiteindelijke schaal werd gemeten middels de Cronbach's alpha coëfficiënt welke 0.80 was en significant bevonden is ($p < 0.05$). Voor het vaststellen van de constructvaliditeit hebben de testgroepen de Beck Depression Inventory (BDI) en de Beck Anxiety Inventory (BAI) ingevuld. De constructvaliditeit is aangetoond middels de Pearson's product-moment coëfficiënt. De SPS vergeleken met de BDI en BAI toonde een gemiddelde significante correlatie van 0.60 ($p < 0.01$) en 0.64 ($p < 0.01$) aan. Voor het vaststellen van de criteriumvaliditeit hebben de auteurs de indeling/diagnose van de testgroepen gebruikt als gouden standaard. De sensitiviteit is vastgesteld 96.4% en de specificiteit op 92.2% welke samen de criteriumvaliditeit aantonen middels de Cronbach's alpha coëfficiënt. De resultaten toonden een ideale cut-off score bij zeven welke onderscheid maakt tussen patiënten zonder blijvende weefselschade (0-6 punten) en

patiënten met blijvende weefselschade (7-24 punten). Over de betrouwbaarheid en responsiviteit zijn geen cijfers bekend (Keuthen et al., 2001a).

3.1.2 Hanteerbaarheid

Deze zelfbeoordelvragenlijst is gemakkelijk in gebruik, de patiënten kunnen deze indien nodig invullen tijdens het intakegesprek. Doordat de vragenlijst uit zes vragen bestaat kost het invullen niet veel tijd. De vragen zijn begrijpelijk en realistisch. De verslaglegging is daardoor eenvoudig en kan genoteerd worden als bijvoorbeeld 19 uit 24 in het patiëntendossier en kan vermeld worden in de (terug)rapportage naar de (behandelend) arts.

3.2 Skin Picking Impact Scale

De Skin Picking Impact Scale (SPIS) is een zelfbeoordelvragenlijst die de emotionele, sociale en gedragsmatige consequenties van SP vaststelt bij patiënten met blijvende weefselschade. De vragenlijst bestaat uit tien vragen welke de patiënt zelf kan waarderen middels een zes puntenschaal (0-5). De maximaal haalbare score is 50 punten. Hoe hoger het aantal punten hoe groter de ernst van de consequenties (Keuthen et al., 2001b).

3.2.1 Klinimetrische toetsing

De SPIS is opgezet vanuit de de Trichotillomania Impact Scale en kent 28 vragen. Alle woorden 'hair pulling' werden omgeruild voor SP. Deze zelfbeoordelvragenlijst is getest met 31 skin pickers en 78 niet skin pickers (studenten). De groep skin pickers moest voldoen aan de definitie van PSP.

Voor de uiteindelijke vragenlijst zijn tien vragen geïnccludeerd waarvan de deel-geheel-correlatie >0.60 was. De interne consistentie werd vastgesteld middels de Cronbach's alpha coëfficiënt welke 0.93 voor de groep skin pickers was en 0.88 voor de groep niet skin pickers. De significantie wordt niet genoemd. Bij de constructvaliditeit toonde de groep skin pickers een matige correlatie aan tussen de SPIS en de BDI (0.47, $p<0.05$) en de BAI (0.52, $p<0.05$). Bij de groep niet skin pickers is geen significante correlatie aangetoond tussen de SPIS en de BDI (-0.04, $p<0.72$) en de BAI (-0.02, $p<0.90$). Voor het vaststellen van de criteriumvaliditeit hebben de auteurs de indeling/diagnose van de testgroepen gebruikt als gouden standaard. De sensitiviteit was 83.9% en de specificiteit was 96.2% bij de ideale cut-off score van zeven. Over de betrouwbaarheid en responsiviteit zijn geen cijfers bekend (Keuthen et al., 2001b).

3.2.2 Hanteerbaarheid

Deze zelfbeoordelvragenlijst is makkelijk in gebruik, deze vragen zouden een vervolg op de SPS kunnen zijn binnen het intakegesprek. Het kost de patiënt niet veel tijd de tien makkelijke en realistische vragen in te vullen.

3.3 The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking

De The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS) is een zelfbeoordelvragenlijst om vast te stellen of de patiënt meer neigt naar automatisch (impulsief) of gefocust (compulsief) SP. De zelfbeoordelvragenlijst is opgebouwd uit twee delen. Beide onderdelen, automatisch en gefocust, tellen zes vragen. De patiënten kunnen de twaalf vragen beantwoorden middels een vijf puntenschaal welke één (nee, niet waar) t/m vijf (ja, wel waar) telt. De maximaal haalbare score is voor elk deel 30 punten. De hoogte van de score geeft de mate van neiging naar automatisch of gefocust SP aan (Walter et al., 2009).

3.3.1 Klinimetrische toetsing

De MIDAS is opgezet vanuit the Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania – Adult Version. De 21 vragen werden beantwoord door een anonieme testgroep bestaande uit 91 mensen. Deze groep is verworven via het Trichotillomania Learning Center's (TLC). De TLC heeft potentiële kandidaten op de hoogte gebracht van dit onderzoek. Tachtig procent van de groep beschreef weefselschade als gevolg van SP en 48% van de respondenten leed aan gevarieerde comorbiditeit.

De uiteindelijke versie van de MIDAS is tot stand gekomen door een factoranalyse (>0.40) toe te passen. De twaalf geïnccludeerde vragen zijn getoetst op de interne consistentie, voor beide subschalen (automatisch en gefocust). De interne consistentie is middels de Cronbach's alpha coëfficiënt aangetoond met 0.805 voor gefocust SP en 0.766 voor automatisch SP.

Voor het bepalen van de constructvaliditeit is een hypothese opgesteld dat 'gefocust SP positief correleert met angsten, depressies en vermijdingsdrang en de automatisch SP niet en dat beide subschalen niet correleren met elkaar'. De constructvaliditeit is gemeten door de subschalen apart te vergelijken met de SPS, BAI, BDI en de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). De gefocuste subschaal toonde een significante positieve correlatie met de SPS ($r(81) = 0.505, p < 0.001$), de BAI ($r(76) = 0.489, p < 0.001$), de BDI ($r(81) = 0.343, p < 0.002$) en de AAQ ($r(79) = 0.340, p < 0.002$). De automatische subschaal toonde geen significante correlatie aan met de SPS ($r(82) = -0.089, p < 0.425$), de BAI ($r(74) = 0.024, p < 0.838$), de BDI ($r(78) = -0.056, p < 0.626$) en de AAQ ($r(80) = -0.130, p < 0.251$). De hypothese komt overeen. Gegevens over de criteriumvaliditeit, betrouwbaarheid en responsiviteit zijn niet bekend (Walter et al., 2009).

3.2.2 Hanteerbaarheid

Deze zelfbeoordelvragenlijst is gemakkelijk in gebruik, patiënten kunnen deze indien nodig invullen tijdens het intakegesprek. De zelfbeoordelvragenlijst bestaat uit 12 vragen welke begrijpelijk en realistisch zijn waardoor het invullen niet veel tijd vraagt. De uitslag kan door de huidtherapeut vermeldt worden in het patiëntendossier en (terug) rapportage als zijnde neigend naar automatisch of gefocuste PSP.

3.4 Overzichtsschema

Aan de hand van bovenstaande tekst is tabel 1 tot stand gekomen. Deze geeft een schematische weergave van de uitkomsten van de zelf samen gestelde criteria weer.

Criteria	Schalen	SPS	SPIS	MIDAS
Aantal vragen		6	10	12
Punten schaal		5 (0 t/m 4)	6 (0 t/m 5)	5 (1 t/m 5)
Voor wie		Individueen die plukken en/of krabben	Individueen die ernstig plukken en krabben	Individueen die plukken en krabben
Doel		Stelt de ernst van het SP vast	Stelt de emotionele, sociale en gedragsmatige consequenties van SP vast	Toont aan of het individu meer neigt naar automatische of gefocuste SP
Domeinen		- Frequentie en intentie tot aandrang - Tijd die de patiënt besteed aan het krabben en plukken - De interferentie - Het leed/onrust - Het vermijden van SP.	- Emotioneel - Gedrag - Sociaal	- Gefocust - Automatisch
Criteriumvaliditeit		Sensitiviteit = 96.4% Specificiteit = 92.2% Bij een cut-off van 7	Sensitiviteit = 83.9 % Specificiteit = 96.2 % bij een cut off van 7	-
Constructvaliditeit (Pearson)		Gemiddelde correlatie met de BDI en de BAI (0.60 en 0.64)	Matige correlatie met de BDI en BAI (0.47 en 0.52)	Goede correlatie aangetoond met de gefocuste subschaal, geen correlatie aangetoond met de automatische subschaal met de SPS, BAI, BDI en de AAQ.
Betrouwbaarheid		-	-	-
Responsiviteit		-	-	-
Interne consistentie (Cronbach's alpha)		0.80 bij de klinisch ernstige skin pickers	0.93 bij de skin pickers 0.88 voor de niet- skin pickers	Gefocust 0.805 Automatisch 0.766
Level of evidence		4	4	4
Hanteerbaarheid		Eenvoudig te hanteren	Eenvoudig te hanteren	Eenvoudig te hanteren
Documentatie		Verslaglegging is eenvoudig	Verslaglegging is eenvoudig	Verslaglegging is eenvoudig

Tabel 1: overzichtsschema van de resultaten

3.5 Voor- en nadelen

Elke zelfbeoordelingsvragenlijst heeft voor- en nadelen die in deze paragraaf genoemd worden. In onderstaand figuur 2 zijn de belangrijkste voor- en nadelen schematisch weergegeven.

SPS

De SPS heeft als voordeel dat het de minste vragen heeft van de drie zelfbeoordelingsvragenlijst waardoor het invullen van de SPS waarschijnlijk het minste tijd van de patiënt vraagt. Tevens kan de huidtherapeut de SPS bij gering vermoeden op PSP inzetten om vast te stellen of de patiënt te maken heeft met SP of juist met PSP. Het nadeel aan de SPS is dat de informatie beperkt is ten opzichte van de SPIS en de MIDAS omdat de SPIS ingaat op de consequenties van SP en de MIDAS onderscheid maakt tussen automatische en gefocuste SP.

SPIS

Het voordeel van SPIS is dat deze zelfbeoordelingsvragenlijst de ernst van de consequenties van PSP weergeeft (op de domeinen emotioneel, gedrag en sociaal). Het grootste nadeel van de SPIS is dat deze niet diagnostisch is. De huidtherapeut kan de SPIS alleen inzetten als er sprake is van PSP. Wel kan de huidtherapeut meer informatie verkrijgen over de ernst van de consequenties van PSP.

MIDAS

De voordelen van de MIDAS zijn dat deze onderscheid maakt tussen automatische (impulsieve) en gefocuste (compulsieve) PSP wat belangrijke informatie kan zijn bij het bepalen van de juiste therapie. Het nadeel daarvan, voor de huidtherapeutische praktijk, is dat de huidtherapeut patiënten met PSP niet kan behandelen en het dus geen relevante informatie voor de huidtherapeut is. Wel kan de huidtherapeut meer specifieke informatie geven bij de (terug) rapportage naar de arts.

Zelfbeoordeling-vragenlijst	Voordelen	Nadelen
SPS	-Minst aantal vragen -Kan bij lichte twijfel al door iedereen worden ingevuld -Geeft de mate van (P)SP weer	-Beperkt, geeft geen uitslag over de impact of subtypen van PSP
SPIS	-Geeft de ernst van consequenties weer, hoe de patiënt het ervaart - De huidtherapeut kan meer specifieke informatie inwinnen.	-Alleen te gebruiken als er al sprake is van PSP
MIDAS	-Maakt onderscheid tussen automatisch en gefocust, wat belangrijk kan zijn bepaling van de juiste therapie -De huidtherapeut kan (terug) verwijzen met de meer specifieke informatie rondom PSP	-De huidtherapeut kan beide vormen niet behandelen, dus voor de huidtherapeut geen relevante informatie -Meeste vragen

Figuur 2: voor- en nadelen van de zelfbeoordelingsvragenlijsten

4. Conclusie & Discussie

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de SPS het meest valide en toepasbaar is voor in de huidtherapeutische praktijk. Tabel 1 geeft weer dat de SPS goed scoorde op de criteriumvaliditeit (sensitiviteit 96.4%, specificiteit 92.2%) en de interne consistentie (α 0.80). De constructvaliditeit geeft een gemiddelde correlatie (BDI r 0.60, BAI r 0.62). De criteriumvaliditeit is belangrijk omdat het de 'terecht positieven' scheidt van de 'terecht negatieven'. De interne consistentie is belangrijk omdat het aantoont of de items van hetzelfde domein correleren met elkaar. De hanteerbaarheid en toepasbaarheid zijn eenvoudig. Gezien de voor- en nadelen zouden de SPIS en de MIDAS eventueel een aanvulling kunnen geven op de SPS om de impact of het subtype te kunnen bepalen zodat er meer specifieke informatie kan worden verkregen over de problematiek rondom PSP. In het kader van de DHT is het mogelijk gewenst meer specifieke informatie te rapporteren naar de (huis) arts om de patiënt snelle en effectieve zorg te kunnen bieden.

4.1 Zwakheden discussie

Onderstaande zwakheden komen uit de discussies van de drie artikelen.

4.1.1 SPS

Bij de SPS was de onderzoeksgroep Skin Pickers niet groot ($n=31$) en de groep niet skin pickers was beduidend jonger dan de Skin Pickers groep wat een optimale vergelijking lastig maakt omdat bij oudere patiënten de huidbeschadigingen veelal ernstiger zijn (Keuthen et al., 2001a). Rekening dient te worden gehouden met het feit dat bij gelijke leeftijdsgroepen de uitkomsten betrouwbaarder waren geweest.

4.1.2 SPIS

Bij de SPIS was de ideale cut-off score zeven maar evengoed was sprake van 16% misclassificatie. Tevens is bij de samenstelling van deze groepen geen rekening gehouden met onderliggende psychiatrische comorbiditeit. De testgroepen zouden groter mogen zijn en met een grotere variëteit in vorm van SP en achtergrond (bijv. compulsief of impulsief) (Keuthen et al., 2001b). De zwakheden bij de SPIS hadden geen invloeden op de resultaten van dit onderzoeksrapport omdat deze zelfbeoordelvragenlijst PSP niet vaststelt.

4.1.3 MIDAS

Een zwak punt van de MIDAS is dat de testpersonen, geworven waren uit een internet leerprogramma over trichotillomanie en andere gefocuste repetitieve gedragsproblematiek zoals PSP. Echter is niet door een deskundige vastgesteld of de personen in de testgroep werkelijk PSP hadden. Wel zijn personen geëxcludeerd omdat repetitief krabben en plukken ontbrak. In een recente studie is aangetoond dat internetonderzoeken even betrouwbaar zijn als face to face onderzoeken (Walter et al., 2009). Tevens is de criteriumvaliditeit niet gemeten omdat er maar één testgroep was.

Dit laatste had de resultaten mogelijk kunnen beïnvloeden. Wanneer de criteriumvaliditeit wel was getoetst, waren de SPS en de MIDAS mogelijk beiden geschikt bevonden voor de huidtherapeutische praktijk.

4.2 Overige zwakheden

In deze paragraaf worden de zwakheden benoemd die de auteurs van dit onderzoeksrapport hebben geconstateerd.

Bij de SPS en de SPIS is voor het vaststellen van de criteriumvaliditeit de indeling/diagnose van de testgroepen gebruikt als gouden standaard. Deze gouden standaard is twijfelachtig omdat er mogelijk sprake was van 'vals positieven' en 'vals negatieven' in de groepsindeling.

De auteurs van de SPS bezigen in de conclusie opeens de term klinisch ernstige skin pickers. Het artikel verder gaat over de twee groepen 'skin pickers en niet skin pickers'. Onduidelijkheid heerst of de auteurs hetzelfde bedoelen met klinische ernstige skin pickers en de groep skin pickers.

Bij de totstandkoming van de SPS en SPIS zijn waarschijnlijk dezelfde testgroepen gebruikt. In de artikelen is hier verder niet op ingegaan maar de aantallen ($n=31$, $n=78$) en de selectiecriteria voor de groepen evenals de zeven auteurs waren gelijk. Bij de SPIS heeft één auteur extra zijn medewerking verleend.

In alle artikelen mist in de discussie een beschouwing op bestaande literatuur van andere auteurs. In de literatuurlijsten staan vaak dezelfde auteurs genoemd (onder andere Keuthen, Stein, Arnold, Odlaug en Walther). Feitelijk heeft elk team het over dezelfde aandoening maar hanteert een eigen naamstelling. Arnold et al. (2002) beschrijft dat er consensus over de naamgeving en classificatie moet komen. Arnold en zijn team hebben als naam voor 'psychogenic excoriation' gekozen en deze naamgeving onderbouwd.

In geen van de artikelen is de betrouwbaarheid getest. Voor het toetsten van de betrouwbaarheid zijn minimaal twee metingen nodig om deze vervolgens te kunnen vaststellen met de Pearson's product-moment coëfficiënt of beter de intraclasscorrelatiecoëfficiënt of de Kappa.

Bij alle drie de schalen kan de uitkomst gekleurd zijn door het welbevinden van de patiënt op het moment van invullen (kwalitatieve meting).

De reden dat patiënten met dermatitis artefacta gemist worden is dat de coöperatie van de patiënt noodzakelijk is voor het correct invullen van de zelfbeoordelvragenlijst.

4.3 Literatuurbeoordelingsformulieren

De artikelen zijn beoordeeld aan de hand van de literatuurbeoordelingsformulieren van de EBRO. De SPS en de SPIS zijn patiëntcontrole onderzoeken en scoorden gelijk met vijf positieve antwoorden uit zes vragen. Eén vraag uit het literatuurbeoordelingsformulier is met nee beantwoord omdat in de artikelen de patiënten niet geblindeerd toegewezen zijn aan de testgroepen, vanwege het feit dat de patiëntengroepen los van elkaar zijn verworven en de patiënten zelf wisten dat zij wel of niet gediagnosticeerd waren met PSP. De vraag of dit van invloed is op de beoordeling van de blootstelling is eveneens beantwoord met nee omdat deze patiënten niet geblindeerd kunnen worden. De MIDAS is een cohort onderzoek en scoorde zes positieve antwoorden uit acht vragen. Twee vragen zijn met nee beantwoordt omdat de groepen niet geblindeerd zijn toegewezen want er was maar één groep en tevens heeft er geen follow-up plaatsgevonden. De conclusie is dat de auteurs van de SPS en SPIS juist hebben gehandeld, en de auteurs van de MIDAS beter een

controlegroep hadden kunnen gebruiken om zo de criteriumvaliditeit (sensitiviteit en specificiteit) te kunnen meten.

4.4 Eigen methodologie

Zwakheden van dit onderzoeksrapport zijn dat de auteurs mogelijk artikelen hebben gemist omdat er geen eenduidige benamingen in de literatuur gebruikt worden en er geen consensus bestaat over de definiëring. Het zou mogelijk kunnen zijn dat nog meerdere synoniemen bestaan voor PSP die de auteurs niet hebben gebruikt en daardoor mogelijk artikelen hebben gemist. Tevens zijn mogelijk artikelen gemist omdat andere talen dan Nederlands, Engels en Duits zijn geëxcludeerd. Naarmate het proces vorderde zijn de auteurs zich meer gaan richten op de zelfbeoordelvragenlijst omdat deze een verschil konden maken voor de huidtherapeut bij het vaststellen van SP. In de literatuur zijn drie zelfbeoordelvragenlijst, geschikt voor SP, gevonden. Van elke zelfbeoordelvragenlijst was maar één artikel gevonden waarin de zelfbeoordelvragenlijst is ontwikkeld en getoetst op methodologische eigenschappen.

4.5 Aanbevelingen

De SPS is getest op methodologische kwaliteit. Gezien het feit dat deze zelfbeoordelvragenlijst in het Engels is, is het van belang dat deze schaal naar het Nederlands wordt vertaald en getoetst wordt op alle punten van methodologische kwaliteit. Een onderzoeksopzet met twee grote, in aantal gelijke testgroepen en leeftijd om de methodologische kwaliteit vast te stellen. Meerdere metingen dienen te worden gedaan om de betrouwbaarheid te kunnen vaststellen met de Pearson's product-moment coëfficiënt of beter met de intraclasscorrelatiecoëfficiënt of de Kappa. Tevens moet kritisch worden gekeken naar de indeling/diagnose voor het bepalen van de 'gouden standaard' voor het vaststellen van de criteriumvaliditeit. Na de toetsing van de Nederlandse versie van de SPS kan deze worden geïmplementeerd in de huidtherapeutische praktijk.

Binnen de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en de opleiding Huidtherapie te Utrecht en Den Haag kunnen mogelijk richtlijnen worden opgesteld of een standpunt worden ingenomen over het beleid bij deze patiëntengroep.

Een aanbeveling, welke door meerdere auteurs is gedaan in de literatuur en waarbij de auteurs van dit onderzoeksrapport zich aansluiten is om PSP op te nemen in de DSM-V. Hierdoor ontstaat meer duidelijkheid en consensus over de naamgeving en de classificatie.

Literatuurlijst

- Arnold, L. M. (2002). Phenomenology and therapeutic options for dermatotillomania. *Expert Rev. Neurotherapeutics*, 2, 725-730.
- Arnold, L. M., Auchenbach, M.B., McElroy, S.L. (2001). Psychogenic Excoriation. Clinical Features, Proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to Treatment. *CNS Drugs*; 15, 351-359.
- Arzeno Ferrão, Y., Paiva Almeida, V., Richter Bedin, N., Rosa, R., D'Arrigo Busnello, E. (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 282-288.
- Bowe, W. P., et al. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J AM Acad Dermatol*, 57, 222-230.
- Beurskens, A. J. H. M., Beurskens, S. (2008). *Meten in de praktijk*. Houten: Bohn & Stafleu van Loghum.
- Centraal Begeleidings Orgaan (CBO). (2006). literatuurbetoordelingsformulieren. Utrecht.
- Calikusu, C., Kucukgoncu, S. Tecer,Ö., Bestepe, E. Skin Picking in Turkish Students: Prevalence, Characteristics, and Gender Differences (2011). *Behavior Modification*,XX(X), 1-18.
- Chuh, A., Wong, W., Zawar, V. (2006). The skin and the mind. *Australian Family Physican*, 35, 723-725.
- Dassen, W. N. & Keuning, F. M. (2008). *Lezen en beoordenen van onderzoekspublieaties*. Baarn: HB uitgevers.
- Dell' Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 464-475.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., Woods, D.W. (2008). Acceptance-Enhanced Behavior Therapy (AEBT) for Trichotillomania and Chronic Skin Picking : Exploring the Effects of Component Sequencing. *Behavior Modification*, 32, 578-594.
- Flessner, C. A., Woods, D. W. (2006). Phenomenological Characteristics, Social Problems, and the Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking. *Behavior Modification*, 30, 944-963.
- Fried, R. G., Hussain, S. H. (2008). Nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders. *Dermatologic Therapy*, 21, 60-68.
- Grant, J. E., Menard, W., Phillips, K. A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dismorphic disorder. *General Hospital Psychiatry*,28, 487-493.
- Hengeveld, M. W., Balkom, van A. J. L. M. (2005). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Jafferany, M. (2007). Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9, 203-213.

- Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Bear, L., Jenike, M. A. (2001a). The Skin Picking Scale. Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research* 50, 337-341.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I. M., Forker, A., O'Sullivan, M. D., Jenike, M. A., Bear, L. (2001b). The Skin Picking Impact Scale. Scale development and Psychometric Analyses. *Psychosomatics* 42. 397-403.
- Koblenzer, C. S. (2000) dermatitis Artefacta. *Am J Clin Dermatol*, 1, 47-55
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) (2010). *Richtlijn Acneïforme dermatosen*. Utrecht.
- Odlaug, B. L., Grant, J. E. (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*, 30, 61-66.
- Phillips, K. A., Dufresne, R. G. (2000). Body Dysmorphic Disorder A Guide for Dermatologists and Cosmetic Surgeons. *Am J Clin Dermatol*, 1, 235-243.
- Phillips, K. A., Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5, 13-27
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin M. E., Keuthen, N.J., Lochner, C., Singer, H. S., Woods, D.W. (2010). Trichotillomania (Hair pulling disorder), Skin Picking Disorder, and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. *Depression and Anxiety* 27, 611-626.
- Teng, E. J., Woods, D. W., Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a Treatment for Chronic Skin Picking : A pilot Investigation. *Behavior Modification*, 30, 411-422.
- Thio, B. Ronner, E. Os van-Medendorp, H. Snoek van der E. (2008). Jeuk. Diagnostiek en behandeling. Maarssen 2008: Elsevier gezondheidszorg.
- Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boononderwijs.
- Walther, M.R., Flessner, A., Conelea, C.A. Woods, D.W. (2008) The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (2009) 127-135
- Weller, R. J. B., Hunter, J. A. A., Savin, J. A., Dahl, M.V. (2008). *Clinical dermatology*. Edinburgh: Blackwell Publishing.

Bijlagen

I	Afkortingen
II	Skin Picking Scale (SPS)
III	Skin Picking Impact Scale (SPIS)
IV	MIDAS
V	Zoekstrategie en flowdiagram
VI	Data preparatie
VII	Literatuurbeoordelingsformulieren en data analyse
VIII	Schema van Cox en Kuiper
IX	Skin Picking overzicht schema

I Afkortingen

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDD	Body Dismorphic Disorder
BDI	Beck Depression Inventory
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
DSM-IV-TR	Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTH	Directe toegankelijkheid
EBRO	Evidence-Based Richtlijnontwikkeling
MIDAS	The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
PSP	Pathologische Skin Picking
SP	Skin Picking
SSRI's	Selectieve Serotonine-heropname-remmers
SPIS	Skin Picking Impact Scale
SPS	Skin Picking Scale
TIS	Trichotillomania Impact Scale
TLC	Trichotillomania Learning Center
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

II Skin Picking scale (SPS)

1. Frequency of urges:

How often do you feel the urge to pick your skin?

2. Intensity of urges:

How intense are the urges to pick your skin?

3. Time spent on picking.

How much time do you spend picking your skin?

How frequently does it occur?

How much longer than most people does it take you to complete routine activities because of your skin picking?

4. Interference due to skin picking

How much does your skin picking interfere with your social or work (or role) functioning?

(If currently not working determine how much of your performance would be affected if you are employed)

5. Distress.

How much distress do you experience as a result of your skin picking?

How would you feel if prevented from picking your skin? How anxious would you become?

6. Avoidance.

Have you avoided doing anything, going any place, or being with someone because of your skin picking? If yes, how much do you avoid?

III Skin Picking Impact Scale (SPIS)

1. I don't look people in the eye because of my skin picking.
2. I think my social life would be better if I didn't pick my skin.
3. I hate the way I look because of my skin picking.
4. It takes me longer to go out because of my skin picking.
5. I feel embarrassed because of my skin picking.
6. There are some things I can't do because of my skin picking.
7. I feel unattractive because of my skin picking.
8. It takes me longer than others to get ready in the morning because of my skin picking.
9. I don't like people looking at me because of my skin picking.
10. My relationships have suffered because of my skin picking.

IV The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)

Focused skin picking

1. I pick my skin when I am experiencing a negative emotion, such as stress, anger, frustration, or sadness.
2. I have a “strange” sensation just before I pick my skin.
3. I pick my skin when I am anxious or upset.
4. I experience an intense urge to pick before I pick my skin.
5. I pick my skin because of something that has happened to me during the day.
6. I am in an almost “trance-like” state when I pick my skin

Automatic skin picking

1. I am usually not aware of picking my skin during the picking episode.
2. I pick my skin when I am thinking about something unrelated to skin picking
3. I don't notice that I have picked my skin until after it's happened.
4. I intentionally start picking my skin
5. I pick my skin when I am concentrating on another activity.
6. I pick my skin while I am looking in the mirror

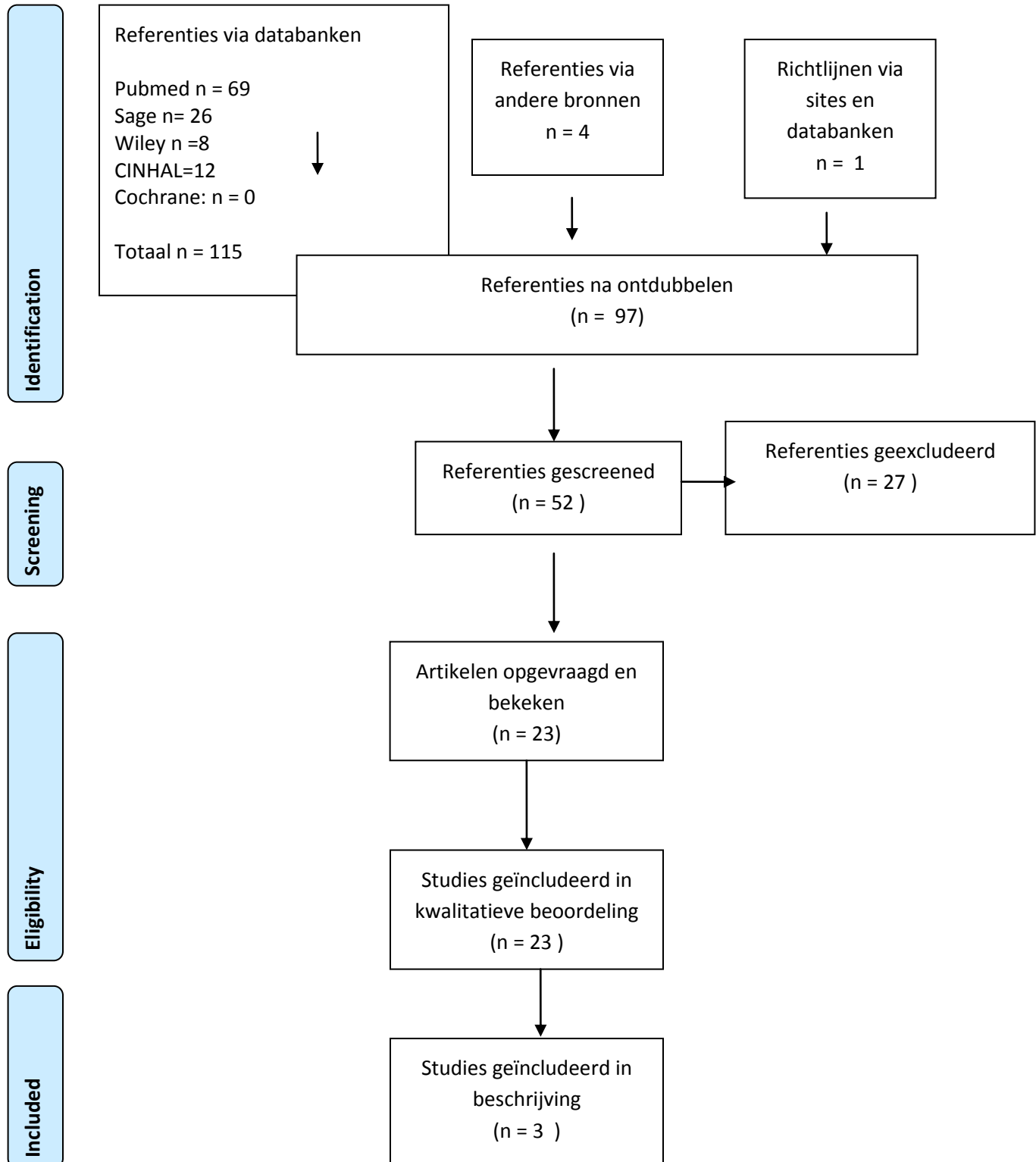
V Zoekstrategie

Databank	Zoektermen (Mesh)	Limits	hits	Aantal na in- en exclusie criteria	Artikel nummer
Pubmed	Acne excoriée and treatment		16	2	8. The skin and the mind PMID 16969446 9. Phenomenology and therapeutic options for dermatotillomania.
Pubmed	(psychocutaneous disorder) AND psychodermatology		2	1	10. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. PMID:17632653 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17632653
Pubmed	skin picking	-engels -5 jaar of jonger -RCT -review	4	1	11. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review.
Wiley	Acne excoriee AND BDD	-2006 of jonger	8	1	12. nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders
Sage	Skin picking and diagnoses in al fields and measure and dermatology in all fields	5 jaar en jonger	9	2	13. Phenomenological Characteristics, Social Problems, and the Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking 14. Acceptance-Enhanced Behavior Therapy (AEBT) for Trichotillomania and Chronic Skin Picking: Exploring the Effects of Component Sequencing
CINHAL	Skin picking	2006 of jonger	12	3	15. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking 16. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder 17. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with

					obsessive- compulsive disorder
Sage	obsessive compulsive disorder and skin picking in all fields	2006 of jonger	17	2	18. Habit Reversal as a Treatment for Chronic Skin Picking: A Pilot Investigation
Pubmed	The Skin Picking Impact Scale (SPIS)	specifiek gezocht op auteur Keuthen	4	2	19.The skin picking scale (SPS) Scale construction and psychometric analysis 20.The Skin Picking Impact Scale (SPIS) <i>Scale Development and Psychometric Analyses</i>
Pubmed	((skin picking) AND prevalence) AND) AND skin picking scale	Jonger dan 5 jaar	10	1	21.Skin Picking in Turkish students: Prevalence, Characteristics and gender difference.
Pubmed	Excoriation and skin picking		13	1	22.Psychogenic excoriation clinical features, proposed diagnostic criteria epidemiology and approaches to treatment
Pubmed	((Flessner[Author]) AND Woods[Author]) AND skin picking		6	3 (2 dubbel)	23. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties.
Pubmed	(skin picking) AND DSM-V	Jonger dan 5 jaar	14	1	24. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V.

Flowdiagram

Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed10000



VI Datapreparatie

Auteur, jaartal	Soort onderzoek volgens CBO	Doel	N= populatie	Meetinstrument en uitkomsten	Interventie	Controle	Statistische analyse	Resultaten	Level of evidence
4 Phillips K.A., Dufresne R.G. 2000	N. Review	Een overzicht en suggesties voor het diagnosticeren van BDD door dermatologen en cosmetisch chirurg.	-	-	-	-	-	De laatste jaren is er meer begrip en herkenning van BDD. Het is belangrijk dat dermatologen en chirurgen hun patiënten screenen op BDD	5
6. Bowe W.P. et al 2007	Cohort Vragenlijst onderzoek	Zoeken naar BDD symptomen bij patiënten met acne in een spectrum afhankelijk van de ernst van acne	N=128	Zelfbeoordeling-vragenlijst	Acneinterventie		BDDQ-DV	Een belangrijk deel van de de acnepatiënten hebben BDD symptomen, ook onder degenen die isotretinoïne gebruiken.	4
7. Phillips K.A., Hollander E. 2008	N. review	Beschrijven van; farmacotherapie bij BDD. Klinische kenmerken, morbiditeit, en herkennen en diagnosticeren van BDD, de behoefte aan psychotherapie	-	SRIs zijn anti-depressiva die de beste resultaten hebben bij verbetering van BDD symptomen	Voorschrijven van medicatie bij BDD-symptomen	-	-	Medicatie bevordert de verbetering van de BDD-symptomen en verbeteren sterk de kwaliteit van leven. Er is nog veel onderzoek en studie nodig naar deze afwijking.	5

8. Chuh, A., Wong W., Zawar V. 2006	Klinische Praktijk beschrijving	Beschrijven van de relatie tussen de Huid en het gevoel	-	-	-	-	-	De huid en de psyche zijn niet te scheiden. En het is belangrijk een meer holistische aanpak te bevorderen om pt op de langere termijn te helpen. Emotionele stress is een negatieve factor op de ziekte	5
9. Arnold L.M. 2002	N. Review	Dermatotillama nie waaronder veel compulsive disorders behoren behandelen met medicatie en deze afwijking laten opnemen in de DSM-IV	-	-	-	-	-	SSRI's zijn de belangrijkste medicijnen bij skin-picking. Als dit niet werkt of er zijn bijverschijnselen zal er naar alternatieven zoals olanzapine of naltrexone gegrepen moeten worden. Psychotherapie zal aangeboden moeten worden aan diegenen die geen medicatie wensen.	5
10. Jafferany M.D. 2007	N. review	Classificatie en beschrijving van de huidige behandeling welke aanbevolen word bij psychocutane ziekten . Een gids om inzicht te krijgen in deze afwijkingen	-	Data onderzoek	-	-	-	Dermatologische afwijkingen zijn vaak geassocieerd met een psychopathologisch probleem. Het is daarom van belang voor de patient dat er naar de juiste kanalen kan worden verwezen	5

11. Dell'Osso B. 2006	N. Review	Epidemiologie en clinical update van skin picking (ICD en OCD)	-	-	-	-	-	Skin picking en medicatie, OCD en ICD Nieuwste onderzoeken geven een beter resultaat met antidepressiva en SSRI	5
12. Friend R.G. Husain S.H. 2008	N. Review	Niet medicamenteuze behandeling van gewone huid en psychocutane ziekten.						De uitkomsten van de studie geven aan dat interventies zoals massage, hypnose etc. een positieve werking kunnen hebben bij verschillende huidziekten.	5
13. Flessner C.A., Woods D.W. 2006	Cohort Vragenlijst onderzoek	Beschrijven van de fenomenologie van skin picking, relatie tussen vermijdingsgedrag en SP en sociale en economische impact van SP	N= 92	Links aan de trichotillomanie learning centre home page en aan www.uwm.edu/~dwoods	Zelfbeoordeling-vragenlijsten	-	-	1e studie naar onderzoek de beschrijving en filosofie van skin-picking en welke economische invloed dit heeft.	5
14. Flessner C.A., Busch A.M., Woods D.W. 2008	RCT Pilot study	Onderzoeken nut van acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) Heeft de volgorde van habit reversal therapy (HRT)	N=6	Zelf monitoren d.m.v. zelfbeoordeling-vragenlijsten Skin picking scale	Zelfbeoordeling-vragenlijsten	-	- Alleen de S.D. is genoemd	Het maakt weinig tot geen verschil welke volgorde van behandeling wordt aangehouden, wel ontstaat er een grote vermindering van afwijking door het aanbieden van AEBT. En de aanvulling van HRT en ACT in een andere behandelvolgorde gaf	3

		training en acceptance and commitment therapie (ACT) invloed						geen significant verschil	
15. Odlaug, B.L., Grand J.E. 2007	Cohort Een longitudinale studie bij ambulante patiënten	Ze zochten naar details over het fenomeen en de medische consequenties van SP	N=60	Gestructureerd klinisch interview volgens de DSM-IV Clinical Global Impression scale (CGI) – Severity scale Sheehan disability	-	-	- Alleen de S.D. is genoemd	PSP lijkt tijdrovend te zijn en wordt frequent geassocieerd met medische complicaties	4
16. Grand J.E. 2006	Cohort	Schatten van de prevalentie van Pathological Skin-Picking onder BDD. (BDD is een meer vastgestelde groep)	N= 176	Yale-brown obsessive-compulsive scale Brown assessment of beliefs scale (BABS)	Patiënten zijn gevraagd in te stemmen om deel te nemen in deze studie. Bekend met BDD	-	Wald χ^2 ANCOVA t-toets	Er wordt gesuggereerd dat PSP veel voor komt voor bij patiënten met BDD.	4
17. Rerrao Y.A. 2006	Case control study	Vergelijken van Impulsiviteit en compulsiviteit bij patiënten met trichotillomania of skin picking vergeleken met	N= 40 20pt met OCD 20pt met SP of T	Structured clinical interview for DSM-IV Yale-brown obsessive-compulsive scale	-	-	t-toets χ^2 U test	SP en TTM verdienen meer aandacht in het classificatie systeem in de toekomstige versies van diagnostische manuals. De yale-brown score was significant hoger bij pt met	

		patiënten met OCD		Schilling impulsive scale Hamilton anxiety and depression inventories The multidimensional Impulsive compulsive spectrum assessment instrument (MICSAI)				OCD De Hamilton en Schilling toonden geen significante verschillen aan. De MICSAI toonde op 6 van de 21 punten significante verschillen aan.	
18. Teng, E.J., Woods D.W., Twohig, M.P. 2006	RCT Een pilot onderzoek	Vergelijken van habit reversal tegenover de wachtlijst controle groep als behandeling voor SP	N=25 Door loting aange- wezen uit de groep	Self monitoring cards Photographs Social validity rating scale Modified treatment evaluation inventory-short form	Habit reversal	Wachtlijst controle groep	T test	De HR groep toonde een vermindering in SP bij de vervolgbehandelingen en de follow up. Vergeleken met de wachtlijst controle groep.	4
19. Keuthen, N.J., Wilhelm, S. Deckersbac	Patiënt controle Onderzoek	Pt onderwerpen aan verschillende vragen en daar een analyse op	N=31 Die leiden aan zelfbe-	Een aantal relevante vragen waaruit opgemaakt kan worden of men	De deelnemers zijn vrijwilligers die SP symptomen vertonen	-	Zelfbeoorde- lingvragen- lijst SPS	Het ontwikkelen van een goede schaal voor Skin picking als meetinstrument.	4

h, T. Engelhard I.M Forker, A.E. Baer, L. Jenike, M.A. 3-2001		los te laten om zo tot een goede vragenlijst te komen	schadi- gend SP N=78 Niet zelf- bescha- digend SP	leidt aan Skin picking					
20. Keuthen, N.J., Deckersbach, T. Wilhelm, S. I.M. Engelhard, I.M. Forker, A O.Sullivan, R.L. Jenike, M.A. Baer, L. 9-2001	Patiënt controle Onderzoek	Pt onderwerpen aan verschillende vragen en daar een analyse op los te laten om zo tot een goede vragenlijst te komen	N=31 Die leiden aan Self Injurious e SP N=78 Niet zelf- bescha- digend SP	Een aantal relevante vragen waaruit opgemaakt kan worden of men leidt aan Skin picking en wat de impact hiervan op hun leven is.	De deelnemers zijn vrijwilligers die SP symptomen vertonen-	-	Vragenlijst SPIS	Het komen tot een schaal waarbij rekening wordt gehouden met sociale, emotionele en gedrags- consequenties	4
21. Celal Calikusu, Suat Kucukgoncu, Özlem Tecer, Emrem Bestepe 2011	Cohort	Door het ontbreken van een juiste classificatie in de DSM-IV voor SP wil men tot een goede classificatie komen dmv de Skin Picking Scale	245 studenten 100 mannen En 145 vrouwen	Door SPS lijsten in te laten vullen de skin picking inventory (SPI)	Vrijwilligers van de hogere technische school	-	IPS	Er zit geen verschil in prevalence van SP tussen studenten uit Turkije, Amerika en Duitsland.	4
22.	N. Review	Het onderzoeken	-	Vergelijking van	Patiënten die aan	Wel in de	-	Door een goede evaluatie van	5

L.M.Arnold, M.B Auchenbach Mc Elroy, S.L		welke vormen van therapie een positief effect hebben bij Psychogeen Krabben. Van medicatie tot gedragstherapie		verschillende literatuur studies en case-reports. Hierin wordt gekeken naar de klinische specificaties, Epidemiologie en behandelvoorstellen en een voorstel tot diagnostische criteria.	Psychogenic excoriation leiden en al behandelingen kregen.	gebruikte artikelen maar niet specifiek benoemd in dit artikel		de patiënten met psychogenic excoriation en het uitsluiten van verschillende onderliggende medische condities is een goede medicatie of behandeltherapie makkelijker voor te schrijven. In speciale gevallen kan er combinatietherapie van medicatie en gedragstherapie aangeboden worden	
23. Walther M.R. Flessner, C.A Conelea, A Woods, D.W.	Cohort	Beschrijving van het ontwikkelingsproces van de MIDAS	N=92	Ontwikkeling van de MIDAS schaal. Een meetinstrument wat onderscheidt maakt tussen gefocust en automatische skin picking	Anonieme patiënten bekend met Trichotillomanie (TTM) via de Learning Centre site van het internet.	-	Exploratory Factor Analysis (EFA)	Zespuntschaal voor gefocuste SP en een Zespuntschaal voor automatische SP om te kunnen zien naar welk type de Skin picker neigt.	4
24. Stein, D.J. Et al.	Studie	Aanbevelingen in welke classificatie van de DSM-V Trichotillomania en Skin Picking zouden moeten vallen. Hoe de juiste benaming zou moeten zijn	-	Beoordelen onder welke noemer Trichotillomanie en SP in de DSM-V zouden kunnen worden opgenomen. Tevens onderscheidt maken in verschillende typen SP.	-	-	-	Door goede diagnostische criteria te stellen en indelingen te maken is er meer kans op verbetering van het probleem TTM en Psychogenic excoriation en SP	

VI I Literatuurbeoordelingsformulieren

Er zijn verschillende literatuurbeoordelingsformulieren van de EBRO gebruikt bij de data analyse. In deze bijlage worden de onderstaande vier formulieren getoond.

- Narratieve review 'formulier Vc voor het beoordelen van een systematische review van operationeel onderzoek'
- Cohort onderzoek 'formulier III voor het beoordelen van een Cohortonderzoek'
- Patiënt controle onderzoek 'formulier IV voor het beoordelen van een patiënt-controleonderzoek'
- RCT 'formulier II voor het beoordelen van een randomised controlled trial (RCT).'

Narratieve review

1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

Is adequaat beschreven hoe data-extractie heeft plaatsgevonden?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

6. Zijn de belangrijkste kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

7. Is meta-analyse op een correcte manier uitgevoerd?

Ja / niet van toepassing (terecht geen meta-analyse uitgevoerd)

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

Cohort onderzoek

1. Zijn de te vergelijken onderzoeksgroepen duidelijk gedefinieerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

2. Kan selectiebias voldoende worden uitgesloten?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

3. Is de blootstelling duidelijk gedefinieerd en is de methode voor beoordeling van blootstelling adequaat?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

4. Is de uitkomst duidelijk gedefinieerd en is de methode voor beoordeling van de uitkomst adequaat?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

5. Is de uitkomst blind voor de blootstellingstatus bepaald?

Ja

Nee → is dit van invloed op beoordeling van de uitkomst? → ja/nee

Ja

6. Is er een voldoende lange follow-up?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

7. Kan selectieve loss-to-follow-up voldoende worden uitgesloten?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden / loss-to-follow-up niet beschreven

8. Zijn de belangrijkste confounders of prognostische factoren geïdentificeerd en is er adequaat rekening mee gehouden in het ontwerp van het onderzoek of in de analyse?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

TUSSENOORDEEL

9. Zijn de resultaten van het onderzoek valide en toepasbaar?

Voldoende valide en toepasbaar ⇐ ga verder bij 10

Twijfelachtig $\Leftarrow$ ga verder bij 10
Onvoldoende valide en toepasbaar U kunt stoppen met het invullen van de checklist, tenzij er geen betere artikelen op dit gebied zijn

Patiënt controle onderzoek

1. Is de patiëntengroep duidelijk en adequaat gedefinieerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

2. Is de controlegroep duidelijk en adequaat gedefinieerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

3. Kan selectiebias voldoende worden uitgesloten?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

4. Is de blootstelling duidelijk gedefinieerd en is de methode voor beoordeling van blootstelling adequaat?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

5. Is de blootstelling blind voor de ziektestatus vastgesteld?

[] Ja

Nee $\rightarrow$ is dit van invloed op beoordeling van de blootstelling? $\rightarrow$ Ja/Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

6. Zijn de belangrijkste confounders geïdentificeerd en is er adequaat rekening mee gehouden in het ontwerp van het onderzoek of in de analyse?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

TUSSENOORDEEL

7. Zijn de resultaten van het onderzoek valide en toepasbaar?

Voldoende valide en toepasbaar $\Leftarrow$ ga verder bij 8

Twijfelachtig $\Leftarrow$ ga verder bij 8

Onvoldoende valide en toepasbaar U kunt stoppen met het invullen van de checklist, tenzij er geen betere artikelen op dit gebied zijn

RCT

1. Was de toewijzing van de interventie aan de patiënten gerandomiseerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

2. Degene die patiënten in het onderzoek insluit hoort niet op de hoogte te zijn van de randomisatievolgorde. Was dat hier het geval?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

3. Waren de patiënten geblindeerd voor de behandeling?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

4. Waren de behandelaars geblindeerd voor de behandeling?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

5. Waren de effectbeoordelaars geblindeerd voor de behandeling?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

6. Waren de groepen aan het begin van de trial vergelijkbaar?

Ja

Nee, maar in de analyses is hiervoor wel gecorrigeerd

Nee, en in de analyses is hiervoor niet gecorrigeerd

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

7. Is van een voldoende proportie van alle ingesloten patiënten een volledige follow-up beschikbaar?

Ja

Nee $\Leftarrow$ Is selectieve loss-to-follow-up voldoende uitgesloten? $\rightarrow$ Ja/Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden / loss-to-follow-up niet beschreven

8. Zijn alle ingesloten patiënten geanalyseerd in de groep waarin ze waren gerandomiseerd?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

9. Zijn de groepen, afgezien van de interventie, gelijk behandeld?

Ja

Nee

Te weinig informatie in het artikel om dit te beantwoorden

TUSSENOORDEEL

10. Zijn de resultaten van het onderzoek valide en toepasbaar?

Voldoende valide en toepasbaar ⇐ ga verder bij 11

Twijfelachtig ⇐ ga verder bij 11

Onvoldoende valide en toepasbaar U kunt stoppen met het invullen van de checklist, tenzij er geen betere artikelen op dit gebied zijn.

Data-analyse

In onderstaand schema zijn de antwoorden op de vragen van de voorgaande literatuurbeoordelingsformulieren gegeven. De artikel nummers komen overeen met de datapreparatie en de zoekstrategie.

vraag artikel	1	2	3	4	5	6	uitkomst	Level of evidence
4 N. Review	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Twijfel	4 uit 6	5
7 N. Review	ja	Ja	Twijfel	Ja	Ja	Ja	4 uit 6	5
8 N. Review	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Twijfel	4 uit 6	5
9 N. Review	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Twijfel	3 uit 6	5
10 N. Review	Ja	Ja	ja	Ja	Ja	Ja	6 uit 6	5
11 N. Review	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	5 uit 6	5
12 N. Review	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	ja	5 uit 6	5
22 N. Review	ja	ja	ja	ja	nee	nee	4 uit 6	5
24 N. Review	ja	ja	ja	ja	twijfel	ja	5 uit 6	5

vraag artikel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Voldoende valide en toepasbaar	uitkomst	Level of evidence
14 RCT	Ja	ja	T.W.I.	T.W.I.	T.W.I.	ja	T.W.I.	nee	ja	twijfel	4 uit 9	3
18 RCT	ja	Ja	Ja	Nee	ja	Ja	Ja	T.W.I.	Nee	Ja	6 uit 9	3

vraag artikel	1	2	3	4	5	6	7	8	Voldoende valide en toepasbaar	uitkomst	Level of evidence
6 Cohort	ja	ja	Te weinig informatie	ja	Nee, nee	nee	ja	Te weinig informatie	twijfel	4 uit 8	4
13 Cohort	ja	ja	ja	ja	Nee, nee	nee	ja	ja	ja	6 uit 8	4
15 Cohort	ja	ja	ja	Ja	Nee, nee	Nee	Ja	ja	Ja	6 uit 8	4
16 Cohort	ja	ja	ja	ja	Nee, nee	nee	ja	Ja	ja	6 uit 8	4
17 Cohort											4
21 Cohort	ja	ja	ja	Ja	Nee, nee	Nee	Ja	ja	Ja	6 uit 8	4
23 Cohort	ja	ja	ja	ja	Nee, nee	nee	ja	ja	ja	6 uit 8	4

vraag artikel	1	2	3	4	5	6	Voldoende valide en toepasbaar	uitkomst	Level of evidence
19 Patiënt controle onderzoek	ja	ja	ja	ja	Nee, nee	ja	ja	5 uit 6	4
20 Patiënt controle onderzoek	Ja	Ja	ja	ja	Nee, nee	Ja	Ja	5 uit 6	4

VII Cox en Kuiper

Onderstaande indeling van Cox en Kuiper is gebruikt om de level of evidence te bepalen.

1. Systematische review
2. Gerandomiseerde gecontroleerde trial
3. Gecontroleerde klinische trial
4. Niet experimentele/kwalitatieve/beschrijvende studies
5. Mening van deskundige

IX Skin Picking overzicht schema

