



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

Hudplukkingslidelse

KLINISK OVERSIKT

SHIRIN OLGA ESKELAND

shiesk@ous-hf.no

Søndre Oslo distriktpsykiatriske senter

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med litteratursøk og manus.

Shirin Olga Eskeland er psykiater og hudlege.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERNA MOEN

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med manusbearbeiding.

Erna Moen er psykiatrisk sykepleier og initiativtaker til Det norske trikotillomani- og dermatillomaniprojektet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARETE JACOBSEN MELAND

OCD-spekterpoliklinikken

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med manusbearbeiding.

Karete Jacobsen Meland er psykolog og behandler primært hudplukking- og hårnappingslidelse.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNIKEN ANDERSEN

OCD-spekterpoliklinikken

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med manusbearbeiding.

Anniken Andersen er psykologspesialist og behandler primært hudplukkings- og hårnappingslidelse.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENJAMIN HUMMELEN

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Han har bidratt med litteraturutvalg og bearbeiding av manus.

Benjamin Hummelen er psykiater og prosjektleder for Det norske trikotillomani- og dermatillomaniprojektet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hudplukkingslidelse er en underkjent psykisk lidelse som typisk starter i tenårene og medfører betydelig emosjonelt stress og/eller nedsatt fungering på viktige livsområder. Gjentatt plukking i huden skjer til tross for anstrengelser for å stoppe. Opplevelse av manglende kontroll og skam er fremtredende, og mange har angstlidelser og depresjon ved siden av. SSRI og n-acetylcystein kan være nyttig, men kognitiv atferdsterapi er sannsynligvis mer effektivt.

Hudplukkingslidelse regnes som en tvangsrelatert lidelse. Lidelsen kjennetegnes av kloring, klemming og plukking i huden med synlig sår- og skorpedannelser til følge og at atferden gjentar seg til tross for anstrengelser for å stoppe. Hudplukking på sår eller ujevnheter i huden er en uvane mange kan kjenne seg igjen i. Det kan derfor være vanskelig både for den det gjelder og helsepersonell å forstå at atferden og følgene kan være uttrykk for en psykisk lidelse. I forhold til forekomsten er det få som kommer i behandling, noe som kan ha sammenheng med skam og bagatellisering (1).

Denne artikkelen baserer seg på klinisk erfaring og forskning og har som formål å gi helsearbeidere et utgangspunkt for å forstå, identifisere og innlede behandlingstiltak for hudplukkingslidelse. Det er gjort et skjønnsmessig utvalg av litteratur.

Diagnostikk

ICD-11-kriterier (2) er i samsvar med DSM-V (3) og klassifiserer hudplukkingslidelse som en tvangsrelatert lidelse (obsessive-compulsive and related disorders, OCRD). Diagnosen forutsetter betydelig emosjonelt stress eller nedsatt funksjon på minst et viktig livsområde (skole, jobb eller sosialt) (2,3).

I ICD-10 (4) benyttes betegnelsene *nevrotiske ekskoriasjoner* (L98.1) eller *andre vane- og impulsforstyrrelser* (F63.8). Andre betegnelser er dermatotillomani, psykogene ekskoriasjoner og kroppsfokusert repeterende atferdslidelse.

Forekomst og klinikk

Hudplukkingslidelse begynner vanligvis i ungdommen, der akne kan være en trigger, men hos enkelte debutterer lidelsen i godt voksen alder. Tilstanden forekommer også hos barn (1). Punktprevalens er rapportert mellom 1,9–2,1 % og livsløpsprevalens mellom 3,1–5,4 % (5, 6). Flere kvinner enn menn søker behandling, men screeningundersøkelser tyder på en mindre uttalt forskjell mellom kjønnene med om lag 55 % kvinner (5). Komorbiditet er vanlig, spesielt generalisert angstlidelse og depresjon (5). Lav skår på fysiske og psykiske livskvalitetsmål ser ut til å gjelde uavhengig av komorbiditet (6).

Plukkingen initieres ofte av at pasienten utforsker huden sin, også foran speil, eller kjenner ujevnheter i huden. Flere pasienter oppgir at de ofte plukker på helt frisk hud. Det skiller gjerne mellom to former for hudplukking der pasienten veksler mellom disse. Automatisk hudplukking foregår mer eller mindre ubevisst og parallelt med aktiviteter som å kjøre bil, se på tv eller lese (1). Fokuset hudplukking er mer bevisst og ofte ledsaget av en form for trang. Dette kan være en tanke om at en må «få ut» eller fjerne uregelmessigheter som skorper, sår eller kviser eller en kroppslig fornemmelse av at det klør eller prikker i huden. Alle tilgjengelige hudoverflater er utsatt, spesielt ansikt, hender, fingre og armer. Noen bruker instrumenter for eksempel pinsett eller nåler. Det går mye tid – for noen flere timer daglig – til hudplukking eller kamuflering av sår og arr (1).

Sykefravær og problemer innen jobb, skole og sosiale sammenhenger er vanlig (1). Andre følger er infeksjon, kroniske sår- og arrdannelse, samt muskel- og skjelettsmerter. Lidelsen er forbundet med skam og unngåelsesatferd. Noen isolerer seg, og selvmordstanker er ikke uvanlig (1).

Psykopatologi

Vansker med å regulere følelser, svekket impuls kontroll, forhøyet følsomhet i huden og lav toleranse for synet av uregelmessigheter i huden er blant faktorene som kan disponere for hudplukkingslidelse (7-10). Særlig fokusert plukking kan forstås som forsøk på å regulere bort eller unngå opplevelser (indre tilstander) av ubehag, plukketrang eller kjedsomhet. Det ser ut til å være positiv sammenheng mellom graden av slik unngåelse og alvorligheten av hudplukkingslidelsen (10).

Automatisk plukking fremstår ofte mer som en form for selvstimulering (1). Mange beskriver en umiddelbar lettelse som snart avløses av anger og skam. Mønsteret bidrar til å forsterke en atferd som over tid har en rekke negative følger.

Genetikk og nevrobiologi

Hudplukking, neglebiting og hårnapping regnes som beslektet og går under fellesbetegnelsen *kroppsfokusert repeterende atferd* (10,11). I familier med patologisk omfang av slik atferd er det registrert høy forekomst av tvangslidelser (OCD), OCD-relaterte lidelser, Tourettes syndrom og tics (11). I musemodeller er overdreven pleie av hud og hår satt i sammenheng med deaktivering av *SAPAP3*-genet, som koder for stillasproteiner i det nevralt postsynaptiske signalsystemet (12).

Hos mennesker med hudplukking, annen kroppsfokusert repeterende atferd og tvangslidelser er det beskrevet en overhyppighet av polymorfismer forbundet med mindre funksjonelt *SAPAP3*-protein (12). Striatum har et høyere uttrykk av *SAPAP3*-protein enn andre deler av hjernen (13). Bilde- og funksjonsundersøkelser har blant annet rapportert avvik i det tilhørende *nucleus accumbens* (1,13).

Diagnostisering og differensialdiagnoser

Skam og opplevelsen av å miste kontroll eller ikke kunne stanse seg selv fra å plukke i huden er ofte en god indikasjon på hudplukkingslidelse. En rekke psykiske og medisinske tilstander ligner, men skiller seg fra hudplukkingslidelse på viktige punkter. Ved vrangforestillinger om huden, også betegnet *parasitofobi* (engelsk: delusional infestation), kan hudplukking være motivert av å fjerne innbilte parasitter eller fremmedlegemer. Pasienter med *dysmorfofobi*, sykkelig utseendebekymring, beskriver hudplukkingen som nødvendig for å fikse hudens utseende (1). Ikke-suicidal selvskading har ofte som formål å avlede fra psykisk smerte, og det ser ut til å være større problemer i mellommenneskelige relasjoner og samspill (14). *Dermatitis artefacta* er gjerne motivert av å oppnå oppmerksomhet og omsorg, og pasienten nekter for at hudskadene er selvpåførte (1). Et klinisk bilde som domineres av eksoriasjoner og hudsår, kan sees ved eksem og *prurigo nodularis* (1,15).

Diagnosen hudplukkingslidelse skal normalt ikke benyttes dersom hudplukkingen forklares bedre av andre lidelser. Når pasienten opplever at plukkingen skaper problemer, kan hudplukkingslidelse likevel være en tilleggsdiagnose. I tvilstilfeller vil det være nyttig med avklaring hos hudlege eller psykiater.

Medikamentell behandling

Antidepressiver i gruppen selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er mest undersøkt, men randomiserte kontrollerte studier (med 20–45 deltakere) har som regel ikke kunnet vise til signifikant endring for det primære utfallsmålet. Sammenholdt med flere åpne studier, ser det likevel ut som noen har nytte av SSRI-preparater (15,16).

Initialt positive funn for bruk av lamotrigin i en åpen studie lot seg ikke replikere i randomisert kontrollert design (15,16). De senere årene har aminosyrederivatet n-acetylcystein, som kan påvirke glutaminerg signalering, fått oppmerksomhet i behandlingen av OCD-relaterte lidelser. En randomisert kontrollert studie med 66 deltakere har vist til merkbar bedring hos omtrent hver andre som fikk aktivt agens, sammenliknet med hver fjerde i kontrollgruppen (13).

Kognitiv atferdsterapi

Det foreligger en håndfull kontrollerte studier av kognitiv atferdsterapi inklusive vaneendringstrening for hudplukkingslidelse (16,17). Ingen av disse gjør en sammenlikning med medikamentell behandling. I tre av studiene, med henholdsvis 19, 34 og 133 deltakere, var det ventelistekontroll. Sammenliknet med denne var det signifikant reduksjon i symptomskår (16–18). Klinisk samsvarte dette til remisjon hos over 50 % i intervensjonsgruppen etter fire sesjoner med individualterapi (17). Resultatene var noe svakere for et internettbasert selvhjelpprogram, noe som kan skyldes større frafall (18).

Kognitiv atferdsterapi for hudplukkingslidelse inneholder som regel vaneendringstrening eller elementer fra dette. Vaneendringstrening innebærer opptrening av oppmerksomhet rundt plukkesignaler og plukkesituasjoner, læring av en konkurrerende respons og modifisering av fysiske forhold (15). En konkurrerende respons har som formål å gjøre det fysisk umulig å plukke og kan helt konkret være å samle fingrene i en knyttneve i et minutt ved trang eller når en blir bevisst plukking. Modifisering av fysiske forhold kan gjøres ved bruk av hansker, plaster rundt fingre, klippe negler eller fjerne/dekke til speil.

Aksept- og forpliktelsesterapi

Det er først og fremst symptomreduksjon, slik som redusert hyppighet og omfang av hudplukking og hudsår, som er dokumentert ved enkel kognitiv atferdsterapi og vaneendringstrening (15–17). Når det gjelder hvordan det går over tid (tilbakefall) og med komorbiditeter, vet vi mindre (15,19). Et begrenset antall ikke-kontrollerte studier om aksept- og forpliktelsesterapi (med 5–35 deltakere), en nyere form for kognitiv atferdsterapi, gir her grunn til optimisme (19).

Mens klassisk kognitiv atferdsterapi legger vekt på å forstå, men ikke la seg styre av feilslutninger eller tankeinnhold, fokuserer aksept- og forpliktelsesterapi på å utvikle og praktisere en aksepterende holdning til tanker, følelser, kroppsfornevelser, plukketrang eller kjedsomhet fremfor å forsøke unngå, kontrollere eller flykte fra disse. Behandlingen fremmer også en «forpliktelse» til valg i tråd med egne livsmål og verdier til fordel for hudplukking (15).

I Norge tilbys aksept- og forpliktelsesterapi i kombinasjon med vaneendringstrening i grupper til pasienter med hudplukkingslidelse og hårnappingslidelse (trikotillomani). I slike grupper møtes fire til seks pasienter ukentlig over ti uker. Ved hårnappingslidelse fant vi at et flertall av pasientene beholdt bedringen etter ett år (20), og det er håp om at det samme vil gjelde for hudplukkingslidelse. I dag er det bare Helse Sør-Øst som har et slikt tilbud for personer med hudplukkingslidelse, og henvisning må skje via lokalt distriktpsikiatrisk senter (DPS).

Konklusjon

Helsearbeidere bør kjenne til hudplukkingslidelse og anerkjenne at dette er en psykisk lidelse med betydelig påvirkning på livskvalitet og/eller funksjon. Diagnostikk, psykoedukasjon, kosttilskudd med n-acetylcystein og utprøving av internettbasert behandling kan gjennomføres i primærhelsetjenesten. Personer med de alvorligste tilfellene av hudplukkingslidelse, samt ved tilbakefall, bør henvises til vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for forskning for å si mer om effekten av psykologisk behandling og hvem som har mest nytte eller bør prioriteres.

En stor takk til Jon Anders Halvorsen for innspill til manus.

LITTERATUR

1. Torales J, Díaz NR, Barrios I et al. Psychodermatology of skin picking (excoriation disorder): A comprehensive review. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13661. [PubMed][CrossRef]
2. The ICD-11. Classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 2018.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
5. Grant JE, Chamberlain SR. Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *J Psychiatr Res* 2020; 130: 57–60. [PubMed][CrossRef]
6. Machado MO, Köhler CA, Stubbs B et al. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. *CNS Spectr* 2018; 23: 311–20. [PubMed][CrossRef]
7. Houghton DC, Tommerdahl M, Woods DW. Increased tactile sensitivity and deficient feed-forward inhibition in pathological hair pulling and skin picking. *Behav Res Ther* 2019; 120: 103433. [PubMed][CrossRef]
8. Alexander JR, Houghton DC, Bauer CC et al. Emotion regulation deficits in persons with body-focused repetitive behavior disorders. *J Affect Disord* 2018; 227: 463–70. [PubMed][CrossRef]
9. Schienle A, Übel S, Wabnegger A. Visual symptom provocation in skin picking disorder: an fMRI study. *Brain Imaging Behav* 2018; 12: 1504–12. [PubMed][CrossRef]
10. Selles RR, La Buissonnière Ariza V, McBride NM et al. Initial psychometrics, outcomes, and correlates of the Repetitive Body Focused Behavior Scale: Examination in a sample of youth with anxiety and/or obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2018; 81: 10–7. [PubMed][CrossRef]
11. Browne HA, Gair SL, Scharf JM et al. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2014; 37: 319–35. [PubMed][CrossRef]
12. Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY et al. Sapap3 and pathological grooming in humans: Results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009; 150B: 710–20. [PubMed][CrossRef]
13. Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA et al. N-Acetylcysteine in the treatment of excoriation disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 490–6. [PubMed][CrossRef]
14. Mathew AS, Davine TP, Snorrason I et al. Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: A comparison of clinical characteristics and symptom features. *J Psychiatr Res* 2020; 124: 115–22. [PubMed][CrossRef]
15. Jafferany M, Patel A. Skin-picking disorder: A guide to diagnosis and management. *CNS Drugs* 2019; 33: 337–46. [PubMed][CrossRef]
16. Selles RR, McGuire JF, Small BJ et al. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 41: 29–37. [PubMed][CrossRef]
17. Schuck K, Keijsers GP, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther* 2011; 49: 11–7. [PubMed][CrossRef]

18. Gallinat C, Moessner M, Haenssle HA et al. An internet-based self-help intervention for skin picking (SaveMySkin): Pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019; 21: e15011. [PubMed] [CrossRef]
 19. Asplund M, Rück C, Lenhard F et al. ACT-enhanced group behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder: A feasibility study. *J Clin Psychol* 2021; 77: 1537–55. [PubMed][CrossRef]
 20. Haaland ÅT, Eskeland SO, Moen EM et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: An effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2017; 12: 109–16. [CrossRef]
-

Publisert: 13. desember 2021. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0128

Mottatt 15.2.2021, første revisjon innsendt 8.8.2021, godkjent 28.9.2021.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. november 2023.