

# Dermatillomani

## DSM-5, diagnosmanual för psykiatrin

Inom psykiatrin använder man sig av manualen DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Denna manual uppdateras med jämna mellanrum. Den senaste versionen, DSM-5, utkom på engelska 2013 och på svenska 2014. Nytt i denna version är att diagnoserna OCD, BDD, trichotillomani, dermatillomani och samlarsyndrom är sammanförda under rubriken: "Tvångssyndrom och relaterade syndrom".

## Dermatillomani – skin-picking

Ordet dermatillomani kommer från grekiskans, "derma" som betyder hud och "tillo" som betyder rycka/dra.

## Vad är dermatillomani?

Dermatillomani eller skin-picking innebär ett överdrivet plockande eller rivande på huden. De vanligast utsatta områdena är ansikte, armar och händer men många personer plockar och river också från andra ställen på kroppen. Vissa river på frisk hud, andra på, små ojämnheter, sår, finnar och akne, förhårdnader eller sårskorpor från tidigare rivande.

Liksom vid trichotillomani kan beteendet utgöra ett svar på ett inre sug, eller fungera ångestlindrande. En allmän känsla av oro eller leda kan utlösa beteendet att börja riva och plocka på sårskorpor eller ojämnheter i huden; en ritual som kan medföra en känsla av lättnad, behag eller tillfredställelse.

Det varierar hur medveten en person är om att hen plockar och river på huden. Vissa personer fokuserar medvetet på ritualen för att få en lättnadskänsla medan det för andra mer rör sig om ett automatiskt beteende där personen verkar omedveten om sina ritualer. Vissa personer uppger att de plockar och river också huden på andra än sig själva.

## Vilka problem medför dermatillomani?

De flesta som har dermatillomani river på huden med naglarna men det är också vanligt att pincetter, nålar eller andra föremål används. Ofta rivs och plockas upplevda ojämnheter eller skavanker i huden. Sår, ärr eller märken kan uppstå som följd.

En person med dermatillomani ägnar mycket tid åt att plocka och riva, ibland flera timmar per dag. Beteendet kan fortsätta i månader, till och med år, och det kan resultera i att personen inte kommer iväg till skola, arbete eller andra sociala sammanhang, dels för att de fastnat i plockande men inte bara för att hen fastnat i rivandet och plockandet utan också för att detta resulterat i skador på huden som gör att hen inte vill visa sig. Personer med dermatillomani försöker

ofta dölja eller kamouflera sår och ärr i huden med smink eller genom att använda kläder som döljer de utsatta partierna

Beteendet med att riva och peta på huden föregås och/eller åtföljs ofta av olika ritualer som omfattar huden och sårskorpor. Personen kan leta efter en speciell sorts sårskorpa eller hudflik att riva av och de kan sedan undersöka, leka med, tugga på eller äta denna.

## **Skillnaden i dermatillomani mellan män och kvinnor**

Man uppskattar att 1,4% eller något fler vuxna har dermatillomani. Tre fjärdedelar av dessa är kvinnor. Detta reflekterar troligtvis den sanna bilden av fördelning mellan män och kvinnor och kan vara ett resultat av kulturella attityder i fråga om utseende, men det kan också vara så att kvinnor oftare än män söker hjälp.

## **Ärftlighet**

Forskning visar på att det finns en ärftlig faktor när det gäller dermatillomani. Dermatillomani är vanligare hos personer som har OCD eller där det finns nära släktingar som har OCD.

## **Utveckling och förlopp**

Även om dermatillomani kan uppstå i olika åldrar börjar det oftast i tonåren, strax före eller under puberteten. Vanligtvis börjar det med någon form av hudproblem, till exempel akne, men beteendet fortsätter sedan även efter att hudproblemet har blivit bättre.

De delar av huden personen plockar och river på varierar med tiden och beteendet riskerar utan behandling att bli kroniskt. Beteendet kan också komma i skov med perioder då personen kan motstå impulsen att plocka och riva på huden. De flesta personer som har dermatillomani har sjukdomsinsikt och är medvetna om sina problem.

## **Samsjuklighet (komorbiditet)**

De vanligaste samsjukligheterna är depression, trichotillomani (hair-pulling) och OCD. Det är också vanligt att personer som har dermatillomani har andra kroppsfokuserade symtom än att plocka och riva huden, till exempel att bita på naglarna.

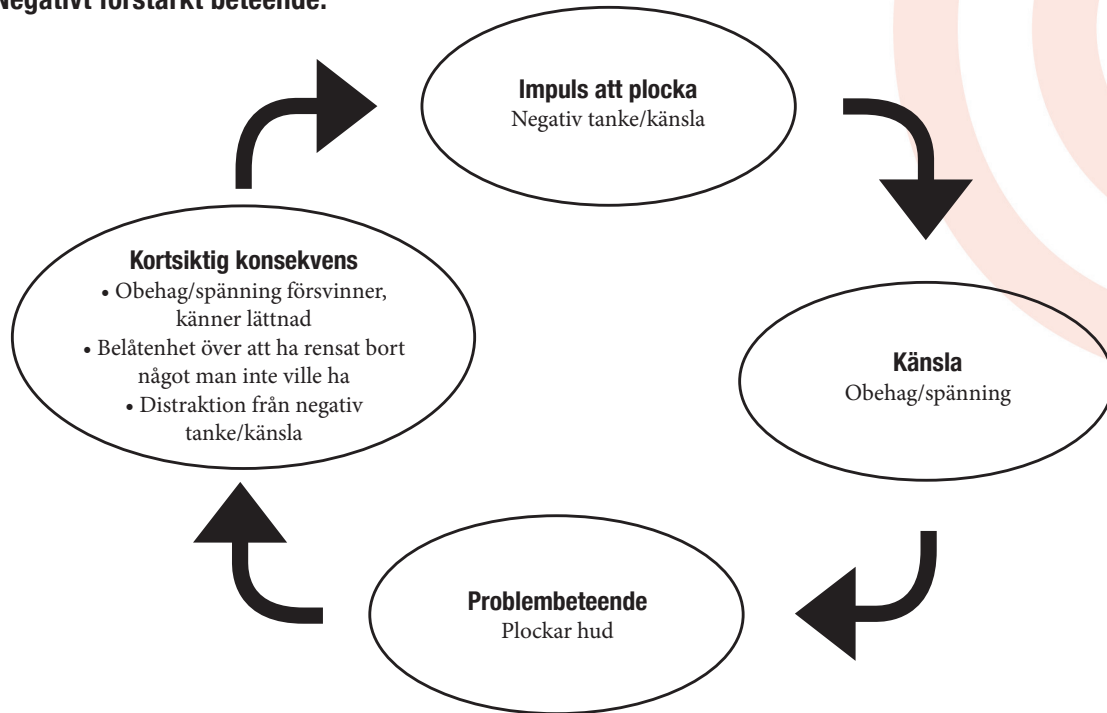
## **Förekomst**

De finns få studier om dermatillomani från icke västerländska kulturer men forskningen pekar på uppenbara likheter i beteendet inom befolkningar runt om i världen.

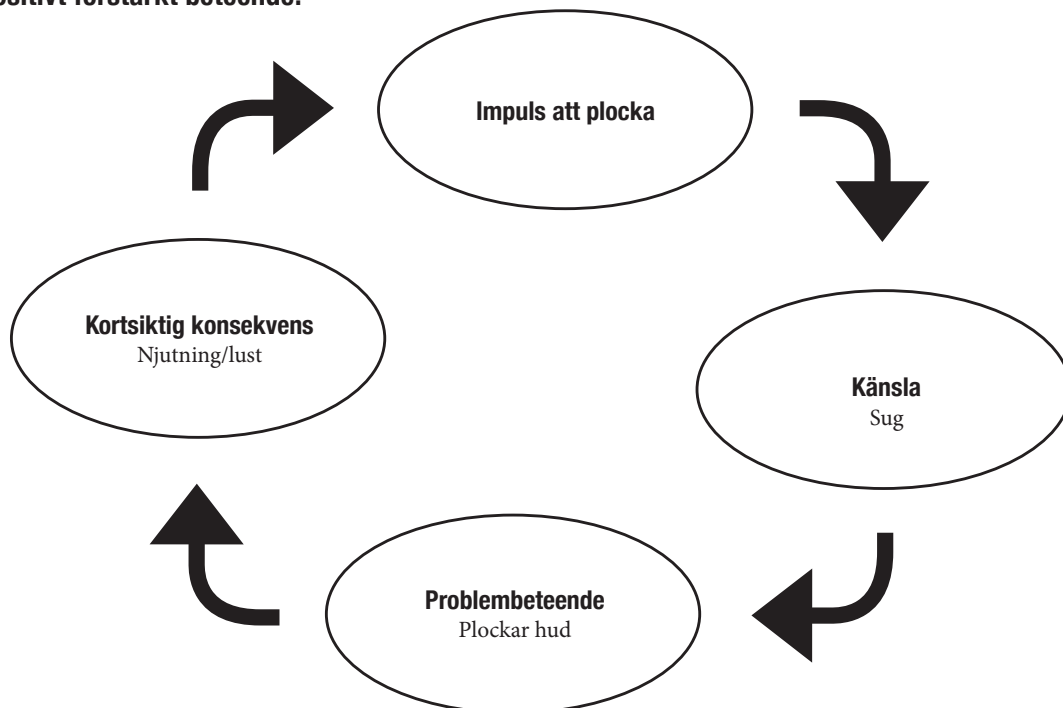
## **Behandling**

För att förstå behandlingen bör man förstå det underliggande beteendet. Detta kan beskrivas som ”plockandets onda cirkel”.

### Negativt förstärkt beteende:



### Positivt förstärkt beteende:



Den långsiktiga konsekvensen vid både negativt och positivt förstärkt beteende kan vara:

- att man går miste om erfarenhet av att impulsen kan hanteras,
- att man ägnar tid och energi åt plockande istället för att ”leva”
- att man kan få skador på huden.

Den behandling av dermatillomani som har störst bevisad effekt är en form av KBT som heter Habit Reversal Training – HRT. HRT utvecklades på 1970-talet som en teknik för att bryta repetitiva beteenden. Behandlingen syftar till att göra personen med dermatillomani mer uppmärksam på plockandet och att ge verktyg för att stoppa det genom att finna alternativabeteenden. Syftet med behandlingen är att personen med dermatillomani ska lära sig att få kontroll över plockandet och få det att upphöra samt att lära sig hantera impulserna att plocka.

De fyra komponenterna inom HRT innehåller:

#### **Beteendeanalys**

- Självmonitorering, registrera när plockandet sker.
- Ökad medvetenhet, träning i att öka medvetenheten om när plockandet sker och vilka situationer som triggar.

#### **Arbeta med**

- Stimuluskontroll, minska möjligheter för plockande att ske och göra beteendet svårare att utföra.
- Inkompatibelt beteende, lära sig ett alternativt beteende som är fysiskt omöjligt att genomföra samtidigt som plockandet.

Behandlingen utförs tillsammans med terapeut vid ca tio tillfällen. Först gör man en analys av beteendet och arbetar sedan med olika sätt att göra plockandet svårare och att lära sig att bättre stå ut med impulserna utan att agera på dem. Mot slutet av behandlingen får patienten göra en plan över hur hen ska gå vidare på egen hand. För att förhindra återfall är det önskvärt att behandlingen följs upp av en terapeut.

---

Faktagranskat av:

Mia Asplund, leg. psykolog, Karolinska Sjukhuset Solna  
Ångestenheten, Psykiatri Nordväst