

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:
www.medicisciences.com



Treatment strategies for dermatillomania. Literature review

Emilija Narvydaitė¹, Rima Viliūnienė²

¹*Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

²*Clinic of Psychiatry, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

Abstract

Introduction: dermatillomania is one of the psychocutaneous disorders that can have negative consequences for the patient's health. This condition manifests itself in a difficult-to-control constant need to touch, scratch, or otherwise damage the skin. It has been proved that stress and other psychological factors have a significant effect on the manifestation of dermatillomania. It is very important to properly assess the need for medications and combine their use with behavior-modifying therapy. Appropriate treatment can reduce the physical and psychological consequences of dermatillomania.

Aim of the work: to overview the available scientific literature and discuss possible pharmacological and non-pharmacological and alternative treatment strategies for the treatment of dermatillomania.

Methodology: literature search was performed in the database PubMed covering 2001 to 2021 period. Selected and reviewed 26 articles in English. Articles on trichothillomania and onychophagia were not included in the search.

Results: the treatment of dermatillomania is multifaceted and consists of relieving the symptoms of the mental disorder and reducing skin defects. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are considered to be the most effective medications when treating the mental component of dermatillomania. Pharmacotherapy must be combined with cognitive-behavioral therapy to achieve long-term results.

Conclusions: appropriate combined treatment of dermatillomania can reduce morbidity, relieve symptoms, and prevent serious complications of the disease. When treating dermatillomania, it is important to pay attention to the psychogenic origin of the disease and to combine the use of medications with behavior-modifying psychotherapy.

Keywords: dermatillomania, skin-picking disorder, neurotic excoriations, psychogenic excoriations, excoriation disorder.

Dermatilomanijos gydymo strategijos. Literatūros apžvalga

Emilija Narvydaitė¹, Rima Viliūnienė²

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva

²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika, Vilnius, Lietuva

Santrauka

Įvadas: dermatilomanija – vienas iš psichokutaninių sutrikimų, galintis turėti neigiamų pasekmių paciento sveikatai. Ši būklė pasireiškia sunkiai kontroliuojamu nuolatiniu poreikiu liesti, kasyti ar kitaip žaloti odą ir gali trukti dešimtmečiais. Įrodyta, kad didelę įtaką dermatilomanijos pasireiškimui turi stresas bei kiti psichologiniai veiksniai. Labai svarbu tinkamai įvertinti medikamentų poreikį gydymui ir derinti jų vartojimą su elgesį koreguojančia terapija. Tinkamai parinktas gydymas gali sumažinti dermatilomanijos sukeltus fizinius ir psichologinius padarinius.

Darbo tikslas: apžvelgti prieinamą mokslinę literatūrą ir aptarti galimas dermatilomanijos gydymo farmakologines ir nefarmakologines bei alternatyvias gydymo strategijas.

Metodika: literatūros paieška atlikta duomenų bazėje PubMed apimant 2001 iki 2021 m. laikotarpį. Atrinkti ir apžvelgti 26 straipsniai anglų kalba. Į paiešką nebuvo įtraukti straipsniai apie trichotilomaniją, onichofagiją.

Rezultatai: dermatilomanijos gydymas yra kompleksinis ir susideda iš psichikos sutrikimo simptomų lengvinimo ir odos defektų mažinimo. Yra tiriama ne viena vaistų grupė, skirta šio sutrikimo gydymui, tačiau kol kas selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) laikomi veiksmingiausiais vaistais gydant dermatilomanijos psichikos komponentą. Farmakoterapija turi būti derinama su kognityvine elgesio terapija, siekiant ilgalaikių rezultatų.

Išvados: Tinkamas kompleksinis dermatilomanijos gydymas gali sumažinti sergamumą, palengvinti simptomus ir užkirsti kelią rimtoms ligos komplikacijoms. Gydant dermatilomaniją, svarbu atkreipti dėmesį į psichogeninę ligos kilmę ir derinti vaistų vartojimą su elgesį keičiančia psichoterapija.

Raktiniai žodžiai: dermatilomanija, neurozinės ekskoriacijos, psichogeniniai nukasymai, ekskoriacinis sutrikimas.

Įvadas

Dermatilomanija – tai psichokutaninis sutrikimas, pasireiškiantis pasikartojančiu odos krapštymu, draskymu ir kitokiu žalojimu, galinčiu sukelti odos pažeidimus, distresą ir net funkcinį sutrikimą. Apskaičiuota, kad neurozinio nukasymo sutrikimą turi nuo 1,4% iki 5,4% pasaulio gyventojų [1], moterų ir vyrų santykis yra 3: 1 [2], gali pasireikšti bet kuriame amžiaus tarpsnyje [3]. Pacientai, sergantys dermatilomanija, daug valandų per dieną praleidžia krapštydami, kasydami ar kitaip žalodami odą. Todėl nukenčia jų socialinis gyvenimas, darbas, atsiranda estetinių problemų bei didėja nepasitikėjimas savo išvaizda - vengiama veiklų, kurių metu gali matytis pažeistos odos vietos [4]. Odos žalojimas gali prasidėti nesąmoningai, kai ranka liečia odos nelygumus arba tokio pobūdžio veiksmai gali būti atliekami kaip ritualas – nesąmoningai, praradus gebėjimą sustoti [5]. Šį sutrikimą dažnai sukelia stresas, nerimas ir net nuobodulys, taip pat fiziniai pojūčiai, tokie kaip pirštais juntamas odos netolygumas [6].

Neurozinės ekskoriacijos - švarios, linijinės erozijos, šašai ir hipopigmentuoti arba hiperpigmentuoti randai. Oda dažnai yra žalojama lengvai pasiekiamose kūno vietose, pvz. galūnių tiesiamuosiuose paviršiuose, veide ir viršutinėje nugaros dalyje. Dėl pastovaus mechaninio dirginimo ilgai gali pasireikšti lėtinis dermatitas, kraujavimas, skausmas, randėjimo procesai, persistuojančios opos, dermatozė, nuolat atsinaujinančios infekcijos, sepsis. Gali atsirasti odos persodinimo operacijos būtinybė [7]. Retais dermatilomanijos atvejais gali būti pažeistos genitalijos. Nors genitalijų dermatilomanija dar nėra pripažinta kaip atskira ligos forma, klinikinėje praktikoje svarbu įvardinti šį sutrikimą kaip galimą lytinių organų opų priežastį ir paskirti tinkamą gydymą [8].

Dermatilomanija yra priskiriama obsesinio-kompulsinio ir su juo susijusių sutrikimų grupei [9] dėl pacientų poreikio nuolat kartoti į kūną orientuotus veiksmus – „ritualus“. Anksčiau dermatilomanija taip pat buvo klasifikuojama kaip impulsų kontrolės sutrikimas arba elgesio priklausomybė [10]. Dėl savo būklės su gydytojais konsultuojasi tik kas penktas žmogus, kuriam pasireiškia dermatilomanija. Tokie pacientai pirmiausiai kreipiasi į bendrosios praktikos gydytoją arba dermatologą. Tik retais atvejais jie yra nukreipiami psichiatro, psichoterapeuto konsultacijoms, kurios yra labai reikšmingos šio sutrikimo gydyme [1, 11].

Gydymas

Dermatilomanijos gydymas yra kompleksinis. Jis susideda iš psichikos sutrikimo simptomų lengvinimo ir odos defektų mažinimo [12]. Dabartinės psichikos sutrikimo gydymo strategijos yra orientuotos į kognityvines elgesio, įpročių keitimo, priėmimo ir įsipareigojimo bei farmakologines terapijas, apie kurių veiksmingumą duomenų dar trūksta [7, 13]. Svarbu yra mokyti ir motyvuoti pacientą kuo mažiau liesti, kasyti ir trinti pažeistas odos vietas [11].

Farmakoterapija

Šiuo metu nėra patvirtintų gairių, kokius vaistus reikia skirti gydant psichogeninį dermatilomanijos komponentą. Tačiau, remiantis klinikiniais tyrimais, opioidų antagonistai, antipsichotikai, anksiolitikai, antidepresantai ir antiepileptikai galėtų padėti sumažinti simptomus [7]. Alternatyvus pasirinkimas galėtų būti ličio karbonato preparatai. Tai yra nuotaikos stabilizatoriai, veikiantys glutamato receptorius. Įrodyta, kad šie vaistai veikia odą žalojančią elgesį, taip pat mažina naujų spuogų atsiradimą [14]. Kiti panašiai veikiantys vaistai yra N-acetilcisteinas (NAC) [15] ir Riluzolas [16]. Vis tik selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) laikomi veiksmingiausiais vaistais gydant dermatilomanijos psichikos komponentą [12]. Su akne susijusių ekskoriacijų gydymas apima visapusišką spuogų naikinimą, taip pat ir obsesinio-kompulsinio komponento gydymą. Net ir menkas aknės recidyvas gali paskatinti odą žalojančią elgesį, jei nėra skiriamas tinkamas dėmesys psichoterapinėms priemonėms [5]. Nepaisant to, svarių mokslinių tyrimų apie dermatilomanijos gydymo metodus vis dar trūksta [17].

Pilotinės studijos metu buvo tiriamas topiramato – karboanhidrazės inhibitoriaus poveikis dermatilomanija sergantiems pacientams. Rezultatuose pažymima, kad sutrumpėjo laikas, praleistas žalojant odą, nuo 85 minučių iki 30 minučių per dieną taikant šį vaistą. Vidutinis atsako į topiramatą laikas buvo maždaug 8–10 savaičių. Nerimo ir depresijos simptomai pagerėjo sumažėjus odos žalojimo poreikiui. Autorių išvadoje nurodoma, kad topiramatas yra perspektyvi priemonė gydant dermatilomaniją. Vis tik norint tinkamai įvertinti topiramato saugumą ir veiksmingumą didesnė populiacijose, reikia atlikti kur kas didesnius kontroliuojamus tyrimus [18].

Nuolatinio odos žalojimo sukeltam lėtiniam dermatitui, lichenifikacijoms gydyti taikomi vietiniai priešuždegiminiai vaistai, pvz. kortikosteroidai. Taip pat skiriami vietiniai emolientai, taikoma antibiotikų

terapija, jei yra infekcija ar didelė jos tikimybė. Antihistamininiai vaistai gali būti naudojami siekiant išvengti ligos paūmėjimo dėl alerginių mediatorių. Taip pat galima naudoti doksepiną ir kapsaiciną. Sunkiais atvejais, išskyrus lytinių organų pažeidimus, gali būti taikoma fototerapija su UVA arba UVB spindulių terapija, fotochemoterapija. Naujausi tyrimai rodo, kad tiems pacientams, kuriems įprastinis gydymas buvo nesėkmingas, gali būti naudingos vietinės botulino toksino injekcijos. Chirurginės priemonės gali apimti kriochirurgiją, o tais atvejais, kai odos pažeidimai išlieka, nepaisant visų kitų gydymo galimybių, chirurginis gydymas gali būti naudojamas mažų, lokalizuotų pažeidimų pašalinimui [19].

Nefarmakologinės terapijos

Nors elgesio terapija gali veiksmingai gydyti dermatilomanija ir padėti suvaldyti atkryčius, standartizuoto gydymo ir grupinių psichologinių intervencijos galimybės dar nėra [20]. Šiuo metu vienas iš nefarmakologinio gydymo variantų yra įpročių keitimo mokymas (angl. *Habit reversal training*). Tai yra elgesio terapija, kurią sudaro sąmoningumo ugdymas, atitinkamo reagavimo praktika, motyvavimas keisti įpročius [21, 22]. Yra žinoma, kad įpročių keitimo mokymas veiksmingai mažina odos nukasimą [22, 23, 24], tačiau tam tikrais atvejais drauge buvo vartojami vaistai, tokie kaip antidepresantai [24].

Kita taikoma elgesio terapija yra priėmimo ir įsipareigojimo (angl. *Acceptance and commitment therapy*), kurios metu pacientas mokomas pastebėti savo mintis ir jausmus prasidėjus odą žalojančiam veiksmui. Šiuo atveju naudojami metodai yra skirti mintimis pagrįstiems procesams reguliuoti. Buvo įrodyta, kad ši terapija mažina odą žalojančią elgesį, tačiau teigiamas poveikis nebuvo ilgalaikis [25].

Alternatyvios gydymo strategijos

Komercinė užsienio interneto platforma „StopPicking.com“, skirta neurozinio nukasymo sutrikimą turintiems pacientams, pasiekė reikšmingų rezultatų mažinant odą žalojančią elgesį [26]. Taip pat buvo sukurtos technologijomis grįstos priemonės, tokios kaip išmanieji laikrodžiai, specialii apyrankė „Keen“, skirta nuo dermatilomanijos, trichotilomanijos, onichofagijos kenčiantiems asmenims. Apyrankė išmaniųjų technologijų pagalba užfiksuoja netinkamą elgesį, pradeda vibruoti ir sutelkia paciento dėmesį į nevalingą veiksmą, kurį siekiama nutraukti sąmoningumu [27].

Dermatilomanijos gydymui buvo pasiūlyta joga, fiziniai pratimai, akupunktūra ir hipnozė kaip monoterapija arba kaip psichoterapijos, farmakoterapijos papildymas. Tinkamų studijų alternatyvių gydymo priemonių veiksmingumui įvertinti trūksta [1].

Rezultatai

Dermatilomanija yra būklė, kuri reikalauja tinkamo daugialypio gydymo, kuris gali padėti išvengti ilgamečių odos traumavimo bei psichologinių pasekmių. Nors nesunkiai diagnozuojama, tačiau tai sudėtingai gydoma būklė, kuri reikalauja dėmesingumo ir multidisciplininės specialistų komandos – dermatologo, psichiatro ir psichologo, psichoterapeuto pagalbos. Dermatilomanijos gydymas yra kompleksinis ir susideda iš psichikos sutrikimo simptomų pasireiškimo ir odos defektų mažinimo. Yra tiriama ne viena vaistų grupė, skirta šio sutrikimo gydymui, tačiau kol kas selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI) laikomi veiksmingiausiais vaistais gydant dermatilomanijos psichikos komponentą. Farmakoterapija turi būti derinama su kognityvine elgesio terapija, siekiant ilgalaikių rezultatų. Alternatyvios gydymo strategijos (joga ir meditacijos, hipnozė, fizinis krūvis, išmaniųjų technologijų pasitelkimas) taip pat galėtų turėti reikšmingos įtakos paciento psichinei gerovei.

Išvados

Tinkamas kompleksinis dermatilomanijos gydymas gali sumažinti sergamumą, palengvinti simptomus ir užkirsti kelią rimtoms ligos komplikacijoms. Gydant dermatilomaniją, svarbu atkreipti dėmesį į psichogeninę ligos kilmę ir derinti vaistų vartojimą su elgesį keičiančia psichoterapija. Tiek farmakoterapija, tiek kitos gydymo strategijos dar sąlyginai mažai ištyrinėtos. Nors yra nemažai perspektyvių būdų, galinčių padėti pacientams, šio sutrikimo gydymas dar nėra standartizuotas, rimtų studijų dermatilomanijos gydymo tema trūksta.

Literatūra

1. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.*2017;13:1867-1872. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121138>
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5™). 5th ed. 2013. American Psychiatric Association Arlington.
3. Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K, et al. A latent profile analysis of age of onset in pathological skin

- picking. *Compr. Psychiatry*. 2018;87:46–52. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.08.011.
4. Odlaug B, Grant J. Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; US; 2012. Pathological skin picking; pp. 21–41.
 5. Duncan KO, Koo JYM. Psychocutaneous Diseases. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatología*. 4th ed. Elsevier Health Sciences; 2018. pp. 128-137.
 6. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998;59:509–514.
 7. Ravipati P, Conti B, Chiesa E, Andrieux K. Dermatillomania: Strategies for Developing Protective Biomaterials/Cloth. *Pharmaceutics*. 2021 Mar;13(3). DOI: 10.3390/pharmaceutics13030341. PMID: 33808008; PMCID: PMC8001957.
 8. Alexandrov P, Tan WP, Elterman L. Genital Dermatillomania. *Curr Urol*. 2017 Nov;11(1):54-56. doi: 10.1159/000447195. Epub 2017 Nov 30. PMID: 29463978; PMCID: PMC5814777.
 9. Johnson AE, Suzanne Fehr B, Usatine RP. Psychocutaneous Disorders. In: Usatine RP, Smith MA, Mayeaux, Jr. EJ, Chumley HS. eds. *The Color Atlas and Synopsis of Family Medicine, 3e*. McGraw Hill; 2019. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2547§ionid=206796641>
 10. Schienle A, Wabnegger A. Two subtypes of pathological skin-picking: Evidence from a voxel-based morphometry study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 25, 100534.
 11. Harris SS, Kushon D, Benedetto E. Pathologic grooming behavior: facial dermatillomania. 2011; *Cutis*, 87(1), 14-18. <https://europepmc.org/article/med/21323095>
 12. Malayala SV, Rehman H, Vasireddy D. Dermatillomania: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2021 Jan 27;13(1):e12932. doi: 10.7759/cureus.12932. PMID: 33654612; PMCID: PMC7910222.
 13. Gallinat C, Moessner M, Haenssle HA, et al. Help-seeking attitudes and experiences in individuals affected by skin picking. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2019;23, 100483. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364919301034>
 14. Gupta MA. Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: Clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin. Dermatol*. 2013;31:110–117. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.015.
 15. Percinel I, Yazici KU. Glutamatergic dysfunction in skin-picking disorder: Treatment of a pediatric patient with N-acetylcysteine. *J. Clin. Psychopharmacol*. 2014;34:772–774. doi: 10.1097/JCP.0000000000000210.
 16. Sasso DA, Kalanithi PSA, Trueblood KV, et al. Beneficial effects of the glutamate-modulating agent riluzole on disordered eating and pathological skin-picking behaviors. *J. Clin. Psychopharmacol*. 2006;26:685–687. doi: 10.1097/01.jcp.0000245567.29531.d6.
 17. Gallinat C, Moessner M, Haenssle HA, et al. Help-seeking attitudes and experiences in individuals affected by skin picking. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2019;23, 100483. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364919301034>
 18. Jafferany M, Osuagwu FC. Use of Topiramate in Skin-Picking Disorder: A Pilot Study. *The primary care companion for CNS disorders*, 2017, 19(1), 0-0.
 19. Charifa A, Badri T, Harris BW. Lichen Simplex Chronicus. [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499991>
 20. Xavier ACM, de Souza CMB, Flores LHF, et al. Skin picking treatment with the Rothbaum cognitive behavioral therapy protocol: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2020 Sep-Oct;42(5):510-518. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0636. PMID: 32401873; PMCID: PMC7524420.
 21. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen NJ, et al. Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behav. Modif*. 2002;26:361–377. doi: 10.1177/0145445502026003004.
 22. Kent A, Drummond LM. Acne excoriée—A case report of treatment using habit reversal. *Clin. Exp. Dermatol*. 1989;14:163–164. doi: 10.1111/j.1365-2230.1989.tb00918.x.
 23. Twohig MP, Woods DW. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking in typically developing adult male siblings. *J. Appl. Behav. Anal*. 2001;34:217–220. doi: 10.1901/jaba.2001.34-217.
 24. Nirmal C, Shenoï SD, Rai S, et al. “Look beyond skin”: Psychogenic excoriation—A series of five cases. *Indian J Dermatol*. 2013;58:246. doi: 10.4103/0019-5154.110885.
 25. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behav. Res. Ther*. 2006;44:1513–1522. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.002.

26. Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatol. Online J.* 2007;13:3.
27. Habitaware. [(accessed on 15 June 2019)]; Available online: <https://habitaware.com>