

Dermatitis artefacta

Camilla Økland¹, Niels Erik Petersen² & Anette Bygum³

STATUSARTIKEL

- 1) Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet
- 2) Psykiatrisk Afdeling Odense, Universitetsfunktionen
- 3) Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger
2016;178:V10150786

Dermatitis artefacta (DA) er en lidelse, hvor patienten mere eller mindre tilsigtet påfører sig selv hudforandringer ved at ætse, brænde, skære eller på anden vis beskadige huden. DA er et symptom på en bagvedliggende psykiatrisk lidelse eller psykosocialt stress. Formålet med denne artikel er at bidrage med opdateret viden om DA, herunder klinisk præsentation og diagnostik, psykiske og psykosociale aspekter samt behandlingsmuligheder.

KLINISK PRÆSENTATION OG DIAGNOSTIK

Hudlæsioner med atypisk morfologi vækker lægens mistanke om DA. Hudlæsionerne varierer i morfer (Figur 1), alt efter hvilke mekanismer der ligger bag skaden. Hudlæsionerne er ofte lineære, punktformede eller skarpt udstansede og afgrænset fra normal hud. Den kliniske præsentation kan være i form af ekskorationer, ulcera, erytem, crustabelagte erosioner, bullae, ekkymoser, purpura, ødem eller tegn på traumer og forbrændinger [1-5]. Hudlæsionerne kan opstå over natten og dukker ofte op på tidligere normal hud. De hyppigste lokalisationer er ansigt, overkrop og ekstremiteter – især håndryggen af den ikkedominante hånd eller underarm, og læsionerne er oftest asymmetriske [1, 2, 4, 6].

FIGUR 1

Kliniske manifestationer af selvforvoldte hudlæsioner. A. Artificielt udseende sår opstået spontant hos en patient med stressfaktorer på arbejdspladsen. B. Kantet overfladisk sårdannelse på håndryg hos en patient, som har psykisk sygdom og en igangværende arbejdsskadesag. C. Nye og ældre hudlæsioner med sår, erosioner, purpura og postinflammatorisk hyperpigmentering, som er opstået pludseligt henover natten. D. Perioral purpura, som sandsynligvis er opstået efter applikation af drikkeglas, der er suget delvis lufttomt.



Det beskrives, at patienterne ofte fremtræder venlige og udadvendte over for lægen, men med en forbausende ubekymrethed trods de ofte ret voldsomme hudlæsioner [7]. De psykiske symptomer kan således være diskrete og kan nemt overses i en travl klinisk hverdag. Diagnostik af sygdommen sikres derfor bedst i et setup, hvor der også er god tid til at undersøge forhold vedr. den psykiske og sociale situation, således at eventuel psykisk sygdom og sværere psykosociale belastninger kan afdækkes.

DA hører i ICD-10 under F68.1 sygdomsefterligning (*factitious disorder*) eller L98.1 dermatitis artificialis. I DSM-V er *factitious disorder*, ligesom *somatic symptom disorder* nu et underafsnit af »Somatic symptom and related disorders« [8].

DIFFERENTIALDIAGNOSER

De kliniske differentialdiagnoser til hudlæsioner ved DA er vaskulitis, pyoderma gangraenosum, granulomatøse hudsygdomme og bindevævssygdomme med hudmanifestationer [9]. Parasitofobi med hudlæsioner giver ligeledes artificielle hudforandringer, men her vil en grundig anamnese afsløre, at patienten er overbevist om at være infesteret med parasitter [10]. Derudover bør mishandling, herunder seksuelle overgreb, betragtes som en primær differentialdiagnose, specielt hos børn [11].

Underliggende organisk hjernelidelse, intoksikation og psykiatriske diagnoser som obsessiv-kompulsiv tilstand må ligeledes udelukkes eller identificeres [1, 12].

EPIDEMIOLOGI

I referencerne i Tabel 1 var patienternes alder 9-70 år, og der var en overhyppighed af aleneboende kvinder [1-5, 13, 14]. Patienterne arbejdede ofte selv eller havde et nærtstående familiemedlem, som arbejdede inden for sundhedsvæsenet [1, 13]. Der blev beskrevet en høj arbejdsledighed og der var flere på førtidspension end i baggrundsbeholdningen samt manglende eller kortvarig uddannelse [1, 3, 13]. En lille del af patienterne blev beskrevet som havende adfærdsforstyrrelser [2, 15]. Også alvorlige somatiske sygdomme tidligere i livet forekom hyppigere blandt patienter med DA eller deres familiemedlemmer end i baggrundsbeholdningen (Tabel 1).

PSYKIATRISKE OG PSYKOSOCIALE ASPEKTER

Patienter med dermatologiske lidelser har generelt

TABEL 1

Oversigt over otte originalstudier.

Reference	1.-forfatters speciale	Studieperiode, år	Patienter, n	Kvinde: mand-ratio	Alder, år	Psykologiske stressfaktorer	Psykiatrisk anamnese
Nielsen et al, 2005, Danmark [3]	Dermatologi	20	57	2,8:1	12-86	-	Psykiatrisk sygdom (18%) Angsttilstande Depression/skizofreni (4%) Misbrug af alkohol, lægemidler/cannabis (18%)
Sheppard et al, 1986, England [5]	Psykiatri	3	8	1:0	16-67	Utroskab Arbejdsproblemer Skolevanskeligheder Ægteskabelige problemer Familiemedlemmer med affektiv lidelse Alle patienter havde psykisk stress	Tidligere psykiatriske problemer (50%), herunder depression (25%)
Mohandas et al, 2013, England [2]	Uoplyst ^a	8	28	6:1	13-70	Mobbet i skolen Familiedysfunktion Eksamensstress Dysleksi Far begået selvmord Alkoholisk ægtemand Voldeligt forhold Plejer for mor med Alzheimers sygdom Fysisk sygdom/familiemedlem med fysisk sygdom (36%)	Angst, depression Skizofreni (4%) ADHD (4%)
Pichardo & Bravo, 2013, Spanien [1]	Dermatologi	30	201	3,1:1	31,2 ^b	-	-
Uçmak et al, 2014, Tyrkiet [4]	Dermatologi	10	25	11,5:1	11-54	-	Angsttilstande (16%) Depression (12%)
Haenel et al, 1984, Schweiz [14]	Psykiatri	26	71	4,9:1		Hovedparten af patienterne levede i ødelagte ægteskaber Ensomhed Født præmatur/havde andre fødselskomplikationer (11%) ≥ 1 stressede begivenheder i barndommen, herunder død af en forælder, forstyrret forhold med ≥ 1 af forældrene og følelser af isolation	Borderline og narcissistisk personlighedsstruktur Psykoze Selvmordsforsøg Depression Neurose
El Kissi et al, 2014, Tunesien [13]	Psykiatri	20	30	1:0	18-50	Psykiatrisk lidelse i familien (10%) Somatisk sygdom i familien (60%) Familielidelse med forlænget indlæggelse/lægebehandling i barnealderen (37%) Patienter med forlænget indlæggelse/lægebehandling i barnealderen (27%) Patienterne oplevede at have flere livsbegivenheder (<i>life events</i>) med alvorligere konsekvenser for den vurderede livskvalitet sammenlignet med studiets 2 kontrolgrupper	Psykiatrisk lidelse (30%) Selvmordsforsøg (30%) Somatisk sygdom (33%)
Fabisch, 1980, England [15]	Dermatologi	17	50	7,33:1	9-70	Prædisponerende begivenheder: Udviklingsmæssige, seksuelle, ægteskabelige problemer (22%) Sygdom, ulykke, dødsfald (16%) Andre familieproblemer (16%) Arbejdsproblemer (16%) Skoleproblemer (12%)	Neurose og depression (50%) Adfærdsforstyrrelser Personlighedsforstyrrelser (18%), herunder hhv. tvangspræget og paranoid personlighedsstruktur

ADHD = attention deficit hyperactivity disorder.

a) Hovedforfatterens lægelige speciale er uoplyst, men studiet udgår fra en psykodermatologisk klinik.

b) Gennemsnit.

FAKTABOKS

Dermatitis artefacta*Diagnostiske kriterier*

- ▶ Fravær af bagvedliggende rationelle incitamentter til adfærden.
 - ▶ Den ubevidste motivation bag den selvskadende adfærd antages at være et ønske om at opnå omsorg ved at indtage en sygerolle.
 - ▶ Patienten forvolder hudlæsionerne selv, men erkender ofte ikke dette over for sig selv eller andre (læge, familie).
- Kliniske kendetegn*
 - ▶ Kradses sig selv til blods.
 - ▶ Inokulation af fremmedlegemer i læsionerne.
 - ▶ Brandmærker med lighter eller cigaret.
 - ▶ Bearbejder huden, hvilket hæmmer ophealing.
 - ▶ Traumatiserer huden med en negl eller en genstand.
 - ▶ Atypisk fordeling af hudlæsioner på kroppen.

overhyppighed af psykisk sygdom [16, 17], således også patienter med DA (Tabel 1). I et nyere retrospektivt studie fandt man blandt 28 personer, som opfyldte kriterierne for DA, at 46% af dem havde samtidig psykisk sygdom, heraf havde 36% angst, depression eller reaktion på alvorlige tab [2]. Dette viser, at det er vigtigt, at man ved vurderingen af patienten, som man formoder har DA, interesserer sig for de bagvedliggende psykiske og psykosociale belastninger. Hudskaderne frembringes enten fuldt bevidst eller, hvis skaderne påføres, mens patienten er i en dissociativ tilstand, undertiden ubevidst. Patienter med DA kan typisk ikke forklare læsionernes opståen – »de er bare kommet« – og benægter ihærdigt egen rolle i fremkomsten af dem [7]. I modsætning til patienter som »simulerer«, er hensigten bag adfærden ikke at opnå materiel gevinst eller ansvarsfralæggelse, men snarere at opnå opmærksomhed og omsorg.

Patienter med DA har haft flere belastende begivenheder i levetiden med negative konsekvenser for den vurderede livskvalitet i.f.t. kontrolgruppen [13]. Sværhedsgraden af symptomerne følger i et vist omfang patienternes livsomstændigheder [18].

Følelsesmæssigt pres som følge af ydre omstændigheder kan således bidrage til udviklingen af DA, men hovedårsagen synes at ligge i indre, overvejende ubevidste psykiske forhold [19]. Den psykodynamiske ætiologi ved DA kan være relateret til forhold i barndommen herunder fysisk, psykisk eller seksuelt misbrug, følelsesmæssige afsavn eller anden form for omsorgssvigt [1, 19]. Dette øger risikoen for udvikling af et usikkert kropsbillede, følelse af isolation, identitetsproblemer, depression og ringe impuls kontrol. Selvpåført smerte og fysiske skader kan forstås som en måde at dæmpe disse psykiske belastninger på, ligesom rollen som syg kan tænkes at bibringe patienten en slags identitet [20].

Selvskadende handlinger kan forstås som en måde, hvorpå patienter, som har DA og ofte har svært ved at

håndtere følelser, søger at dæmpe ubehag oplevet som isolationsfølelse, manglende identitetsfølelse, frustrationer, bitterhed, angst og hjælpeløshed, måske i mindre grad gennem den selvskadede handling som sådan, men mere gennem den opnåede rolle som syg [4, 7, 13, 15, 21]. Personlighedsforstyrrelser er kun beskrevet i to af de otte foreliggende originalstudier [14, 15].

BEHANDLING

Behandlingen af patienter med DA bør sætte ind på tre områder: 1) arbejde med patientens personlighed, 2) psykofarmakologisk behandling af en evt. underliggende psykisk sygdom og 3) medicinsk behandling af hudlæsionen.

Arbejdet med patientens personlighed fordrer en god relation mellem patient og terapeut (alliance). Dette opnås gennem hyppige konsultationer i et rummeligt og ikkedømmende miljø. Patienterne vil ofte have modstand mod henvisning til en psykiater, men kan man identificere en samtidig depressions- eller angsttilstand, kan denne undertiden accepteres af patienten som henvisningsårsag. Behandlingen vil i starten have støttende karakter og muliggøre afdækning af eventuel psykisk sygdom, ligesom eventuelle stressfaktorer i patientens liv kan identificeres [1, 9]. I søgen efter årsagen til patientens selvforvoldte hudlæsioner bør lægen undgå konfrontation og en for kontant verbalisering af egen forståelse af årsagen til hudlæsionerne [3, 20-22]. Dette er vigtigt, idet patienten nemt vil opfatte konfrontation som et angreb, hvis lægen for direkte benævner skaderne som selvforskyldte, og der vil være stor risiko for, at patienten ikke ønsker yderligere hjælp og afbryder behandlingen. I mange af de gennemgåede artikler beskrives behandlingen af patienter med DA som meget vanskelig. Man må forvente en langsom behandlingsfremgang.

Eftersom belastende livsbegivenheder spiller en rolle for udviklingen af DA, er det vigtigt, at patienten får psykologisk og evt. social opfølgning og derigennem lærer selv at tage hånd om egen livssituation og at håndtere pressede og stressede livssituationer. Det kan f.eks. dreje sig om familierapi hos børn med DA eller sociale tiltag for isolerede ældre [15]. Større viden om den psykosociale betydning for udviklingen af DA kan bidrage til en bedre forståelse af sygdommen blandt læger og ikke mindst til at skærpe lægernes opmærksomhed på patientens psykosociale situation.

Aleksitymi (vanskeligheder ved at genkende og beskrive egne følelser og følelses tilstande) er et problem hos patienter med DA. Patienter med DA bruger ofte kroppen til at regulere følelser, et forhold, som også kendes fra patienter med somatoforme lidelser [23]. I den psykoterapeutiske behandling kan patienten lære bedre at kunne genkende og beskrive egne følelser og følelses tilstande samt blive bedre til at verbalisere

disse. Det er vigtigt og naturligt i terapien at arbejde med nutidige og tidligere belastende interpersonelle forhold. Evidensbaserede psykoterapiformer i forbindelse med behandling af selvskade, er meget fint beskrevet af Møhl [24].

Brug af psykofarmaka skal overvejes fra patient til patient og vil især sigte imod behandling af en evt. underliggende psykiatrisk sygdom. Angstdæmpende, antidepressive og antipsykotiske lægemidler kan i udvalgte tilfælde være nyttige [1, 3, 22]. Således kan selektive serotoningenoptagelseshæmmere, ofte i høj dosering, hjælpe mod depression, angst og tvangspræget selvdestruktiv adfærd. Atypiske antipsykotika kan hos nogle anvendes i lave doser, også *off-label* hos ikkepsykotiske patienter [9]. Den psykofarmakologiske behandling vil med fordel kunne ske i samarbejde med en speciallæge i psykiatri eller børne-/ungdomspsykiatri jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Okklusiv forbindelse af hudlæsioner kan bruges, men mange patienter finder vej ind under bandagerne eller laver blot nye hudlæsioner på et andet område [1, 9]. Det er vigtigt at forstå, at hudlæsioner tjener et formål for patienten, hvorfor behandling af huddelementerne alene, uden samtidig psykiatrisk eller psykologisk behandling, vil være en kortsigtet løsning og oftest ikke fører til et vellykket og langsigtet resultat.

PROGNOSE

I flere studier varierer prognosen for patienter med DA fra kronisk sygdom til fuldstændig helbredelse [2, 4, 13, 15]. Et godt samarbejde imellem praktiserende læge, dermatolog, psykiater, psykolog og socialrådgiver er vigtigt og kan være afgørende for prognosen. På en psykodermatologisk klinik i London opnåede 93% af patienterne tilfredsstillende resultater, heraf 72% store forbedringer eller helbredelse, når de blev behandlet af såvel en hudlæge som en psykiater, og flere patienter fik kognitiv adfærdsterapi hos en psykolog [2]. Det gode resultat indikerer, at der er et behov for tværfagligt samarbejde.

KONKLUSION

De nævnte originalstudier og klinisk praksis viser alle, at psykosociale aspekter og negative livsbegivenheder har indflydelse på fremkomst af DA. Patientgruppen opfattes og håndteres i praksis meget forskelligt. Patienter med DA vil typisk blive henvist fra egen læge til en dermatolog, som får mistanke om artificielle hudforandringer og udelukker andre hudsygdomme, herunder de nævnte differentialdiagnoser. Vi har ikke i vores litteratursøgning fundet systematiske undersøgelser, som kan danne grundlag for en egentlig behandlingsalgoritme for DA.

Behandlingsfokus bør hos patienter med DA væsentligst rettes imod de bagvedliggende psykopatologi-

ske og psykosociale årsager og i mindre grad mod selve hudlæsionerne.

Et samarbejde mellem egen læge, en dermatolog og en socialrådgiver vil ofte være ønskeligt, og ved mere komplicerede psykiske problemstillinger vil psykiater og eller psykolog kunne bidrage. Eventuel psykisk sygdom, som f.eks. angst eller depression, skal behandles som hos andre patienter. Forekomsten af personlighedsforstyrrelser og især emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse af borderlinetype synes at være lavere i originalartiklerne end i den gængse kliniske opfattelse og baggrundslitteraturen [9, 11, 20, 25]. Diagnosen DA bør ikke anvendes hos patienter med diagnosticeret emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse af borderlinetype, da de selvpåførte hudlæsioner i disse tilfælde kan ses som led i håndteringen af affektive udsving ved personlighedsforstyrrelsen. Patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse af borderlinetype opnår lettelsen gennem den selvskadende handling, mens patienten med DA i højere grad skader sig selv for at opnå identitet og opmærksomhed gennem rollen som patient. Selvskadende adfærd, uden at patienten har til hensigt at efterligne sygdom, bør i det hele taget ikke diagnosticeres som DA [24].

Behandlingen er vanskelig, ofte langvarig, og en god patient-behandler-alliance er vigtig for at holde patienten i behandlingsforløbet. Viden om DA blandt læger er afgørende for at undgå, at patienten udvikler kronisk sygdom. Yderligere forskning i sygdomsbilledet er nødvendig, hvis patienter med DA skal behandles evidensbaseret.

SUMMARY

Camilla Økland, Niels Erik Petersen & Anette Bygum:

Dermatitis artefacta

Ugeskr Læger 2016;178:V10150786

Dermatitis artefacta is a self-inflicted skin disease with a multifactorial aetiology. The condition can be a symptom of an underlying psychiatric condition or a sign of psychosocial stressors. This paper gives an updated view on dermatitis artefacta. The majority of the patients have some form of psychiatric comorbidity including depression and anxiety. Many have experienced negative life events such as diseases or deaths. Personality disorders were reported in only two studies. Treatment options besides the acute treatment of the skin were psychotherapy and psychotropic drugs.

KORRESPONDANCE: Anette Bygum. E-mail: anette.bygum@rsyd.dk

ANTAGET: 23. december 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 8. februar 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Pichardo AR, Bravo BG. Dermatitis artefacta: a review. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:854-66.
2. Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition. *Br J Dermatol* 2013;169:600-6.
3. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L et al. Self-inflicted skin diseases. *Acta Derm Venereol* 2005;85:512-5.
4. Uçmak D, Harman M, Akkurt ZM. Dermatitis artefacta: a retrospective analysis. *Cutan Ocul Toxicol* 2014;33:22-7.
5. Sheppard NP, O'Loughlin S, Malone JP. Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. *Br J Psychiatry* 1986;149:636-43.
6. Moss C. Dermatitis artefacta in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2015;25:84-9.
7. Koblenzer CS, Gupta R. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Semin Cutan Med Surg* 2013;32:95-100.
8. Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW et al, red. *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. Sixth edition, DSM-5 edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014.
9. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:47-55.
10. Trøjborg HR, Kravchenko A, Ellegaard P et al. Parasitofobi versus enkelt paranoia. *Månedsskr Alm Praks* 2015;1:53-5.
11. Ring HC, Miller IM, Benfeldt E et al. Artefactual skin lesions in children and adolescents: review of the literature and two cases of factitious purpura. *Int J Dermatol* 2015;54:e27-e32.
12. Bertelsen A. WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. 15. rev. oplag. København: Munksgaard, 2009.
13. El Kissi Y, Chhoumi M, Nakhli J et al. Life events and quality of life in female patients with dermatitis artefacta: a comparative study with siblings and controls. *Compr Psychiatry* 2014;55:1614-9.
14. Haenel T, Rauchfleisch U, Schuppli R et al. The psychiatric significance of dermatitis artefacta. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1984;234:38-41.
15. Fabisch W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol* 1980;102:29-34.
16. Hughes JF, Barraclough BM, Barraclough BF. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983;143:51-4.
17. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol* 2015;135:984-91.
18. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 1975;3:527-30.
19. Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification – a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013;93:4-12.
20. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol* 2013;58:44-8.
21. Bewley A. *Practical psychodermatology*. Chichester: Wiley, 2014.
22. Gordon-Elliott JS, Muskin PR. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clin Dermatol* 2013;31:3-10.
23. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:13-24.
24. Møhl B. *Selvskaade: psykologi og behandling*. København: Hans Reitzel, 2015.
25. Zarei M, Kamali M, Bidaki R. Bullous dermatitis artefacta in a 17 year-old girl induced by a native herb. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15: 862-4.