

TEMA: DERMATILLOMANI OCH TRICHOTILLOMANI

Ny behandling som lovar gott

Diagnoserna dermatillomani och trichotillomani är varken särskilt kända eller utforskade. Tack vare forskaren Mia Asplund har kunskapsläget förbättrats. Nu inleds en studie som förhoppningsvis ska leda fram till en fungerande internetbehandling.

– Jag visste inte att det fanns ett namn på det. Orden är Emmas, som i höstas porträtterades i OCD-förbundets dokumentärfilm om dermatillomani (dtm). Emma är inte ensam om att tidigare inte ha hört talas om denna diagnos. Tillsammans med trichotillomani (ttm) är den en av de mest anonyma diagnoserna inom ocd-spektrumet. De här två diagnoserna har stora likheter med varandra, men med lite olika fokus. Den som har ttm rycker av sig hår – det kan vara vilket område som helst på kroppen men vanligast är huvud och runt ögonen – och den som har dtm plockar och river i huden så att den blir sårig och infekterad.

Trots att diagnoserna är ungefär lika vanliga som ocd, med cirka 1–2 procent drabbade i befolkningen, så är de mycket mindre omtalade. Flera faktorer

bidrar till detta. Först och främst är det ännu ett rätt utforskat område. Kunskapen inom vården är låg, den som går till en vårdcentral kan inte vara säker på att möta en läkare eller sjuksköterska som förstår vad som ligger bakom beteendet. En annan orsak är att den som lider av dtm eller ttm ofta också har någon annan diagnos – och den andra problematiken kan kännas mer angelägen att ta itu med. Sedan har vi det här med skammen. Beteendet i sig är ju inte alls ovanligt – vem har inte pillat på ojämnheter i huden någon gång? För många kvinnor är det också en del i den vardagliga skönhetsrutinen att plocka bort misspnydande hår. Men för den som har dtm eller ttm har beteendet gått överstyr och plockandet ligger utanför den drabbades kontroll. Detta bidrar till skam kring plockandet, många klandrar sig själva för problemen och är inte medvetna om att det finns hjälp att få.

KBT bästa behandlingen

Bland barn är det lika vanligt att pojkar som flickor drabbas, men bland vuxna är det en övervägande majoritet kvinnor som har dessa diagnoser. Varför det är så har man ännu inte kunnat förklara. Kanske slutar pojkarna att plocka efter ett tag, kanske tycker de inte att den

skadade huden eller de kala fläckarna leder till något lidande eller hinder i vardagen – och då uppfyller man inte diagnoskriterierna. Den behandling som har bäst effekt är en form av kbt som heter Habit Reversal Training (hrt). Behandlingen syftar till att göra patienten medveten om vilka situationer och faktorer som triggar igång plockandet och därefter att hitta strategier och metoder för att styra om sitt beteende för att låta bli att plocka.

I Sverige finns bara en person som forskar kring behandling av dessa tillstånd hos vuxna och det är Mia Asplund. Hon är leg. psykoterapeut och leg. psykolog vid Ångestenheten i Stockholm och arbetar också en dag i veckan som doktorand i Christian Rücks forskningsgrupp på Karolinska Institutet. Innan hon började forska kring detta upplevde hon att varken hon eller hennes kollegor på Ångestenheten hade samma grund att stå på när det gällde patienter med dtm och ttm som med patienter med ocd och bdd.

– Vi fick göra så gott vi kunde, men det kändes verkligen som att det fanns en lucka att fylla, säger hon.

Forts. på sid 6 ►



Mia Asplund forskar om diagnoserna dermatillomani och trichotillomani, och inleder i år en pilotstudie med 25 personer. Foto: Elin Olaiison.

Mia Asplunds första forskningsstudie inom området fokuserade på att ta fram gruppterapi, gemensam för patienter med dtm och ttm.

– Få har fått hjälp och vi behövde göra något i större skala. Jag behövde träffa många patienter för att få tillräcklig erfarenhet för att kunna vidareutveckla behandlingen.

I studien översatte och modifierade hon en individuell behandlingsmanual framtagen i USA. Därefter testades behandlingen i grupp på Ångest-enheten – med lovande resultat. Att behandla båda diagnoserna samtidigt är ovanligt internationellt sett, men fungerade bra.

– Deltagarna i gruppstudien kunde känna igen sig i varandra, oberoende av vilken av de två diagnoserna de hade, de upplevde plockandet på samma sätt, säger Mia Asplund.

Olika typer av plockande

Tack vare gruppstudien har hon fått nya insikter om problematiken och kunnat

ta fram en ny behandlingsmanual. En sak hon vill lyfta fram är att patienten kan ha ett fokuserat eller ett ofokuserat plockande, och att behandlingen behöver rikta sig mot den typ av plockande som är aktuellt i just det fallet. Någon som har ett ofokuserat plockande är sällan medveten om när hen börjar riva eller dra – när personen väl lärt sig att uppmärksamma det blir det lättare att sluta. Den som har ett fokuserat plockande får i stället starka impulser att hen VILL plocka – det är ett sätt att reglera känslor, att göra sig lugnare och distansera sig från jobbiga tankar.

– Det här är en skillnad om vi jämför med någon med ocd, säger Mia Asplund. Vissa av de här patienterna kan i stunden tycka om sitt plockande. Det kan skapa en ambivalens, man ser att konsekvenserna ställer till problem men samtidigt finns en komponent av njutning.

För att komma åt den problematiken behöver man arbeta med motivation, och det krävs mycket stöttning. Den som har den här typen av plockande behöver få påminnelser om att bete sig

annorlunda och behöver lära sig att förhålla sig på ett annat sätt till suget att plocka och riva.

– Många som söker sig till behandling vill bli av med sina impulser, men vi har sett att det bara fungerar på kort sikt. På längre sikt kommer impulserna tillbaka. Därför riktar vi in behandlingen på att bättre kunna stå ut och inte börja plocka när impulserna kommer.

Surfa på impulser

För att lära patienterna att stå ut med impulserna har man i den nya behandlingsmanualen lagt större fokus på praktiska övningar – ”surfa på impulser” kallar Mia Asplund det. I behandlingen kombineras behandlingsmetoden hrt med *Acceptance and commitment therapy* (act).

– Även tidigare har man arbetat med acceptans och förståelse, men det kan lätt bli abstrakt. Vi arbetar med acceptans i praktiken, med övningar som triggar fram impulser och att sedan öva på att stå ut med dem utan att börja plocka.



De här övningarna kommer in tidigt i behandlingen och stegras i svårighetsgrad allt eftersom behandlingen fortlöper. Mia Asplund tycker att det tidigare har saknats tydliga och pedagogiska beskrivningar av hur man kan träna på acceptans – både behandlare och patienter behöver tips och idéer på hur det ska gå till. Men behandlingen innehåller förstås också de vanliga inslagen i hrt, där patienten lär sig att uppmärksamma sitt beteende och hittar sätt att göra det svårare för sig själv att utföra plockandet.

Ingen medicin

I dagsläget finns ingen medicin med övertygande effekt på dtm och ttm. Mindre studier har gjorts där man uppnått viss effekt, men resultaten har inte kunnat upprepas i fler studier eller på andra grupper.

– Beroende på hur plockandet ser ut kan det ändå för vissa hjälpa med medicinering, säger Mia Asplund. Ökar plockandet när man är nedstämd och deprimerad, ja då kanske antidepressiv medicin kan minska de besvären.

Men för patientgruppen som helhet finns ingen medicin man rekommenderar. Beteendeterapi har däremot dokumenterad effekt i flertalet studier, där 50–70 procent upplever en tydlig förbättring. Betydligt färre blir helt besvärsfria efter behandling och det är tyvärr vanligt att falla tillbaka i problemen efter en tid.

– Framtida forskning behöver fokusera både på att förbättra behandlingen, men också att göra den mer tillgänglig, säger Mia Asplund. Den stora merparten av de drabbade erbjuds inte adekvat vård idag.

Pilotstudie av internetbehandling

Mia Asplund ska nu inleda sin andra forskningsstudie, där den nya behandlingsmanualen ska förmedlas via internetbaserad terapi. Studien är ett samarbete mellan Psykiatri Nordväst och Christan Rückes forskargrupp. Forskargruppen har redan tagit fram internetbaserad terapi för andra diagnoser, som ocd och bdd, men internetbaserad kbt

med kontinuerligt stöd av en psykolog har tidigare inte kunnat erbjudas vid ttm och dtm, vare sig i Sverige eller internationellt.

I år ska en pilotstudie genomföras med totalt 25 patienter. Om allt går som forskarna hoppas och resultaten blir bra kommer en större, kontrollerad studie att genomföras med start nästa år – studiedeltagare kommer att rekryteras från hela landet. Teknikutvecklingen är till stor hjälp.

– Numera finns möjlighet att göra patientbedömningar även via videobesök. Region Stockholms app "Alltid öppet" är godkänd ur sekretessynpunkt, berättar Mia Asplund.

För att få bra resultat av en internetbehandling behöver deltagaren vara inställd på att avsätta tid för behandlingen varje dag – både till att läsa texter och till att göra övningar. Samsjuklighet är inte något problem, men de andra diagnoserna bör vara omhändertagna – till

exempel att deltagare med npf-diagnoser redan har det stöd de behöver i vardagen eller att de har en fungerande medicinering.

– För att kunna jobba med det här bör ttm och dtm vara det primära problemet för patienten i nuläget, säger Mia Asplund.

Hon ser fram emot det fortsatta arbetet.

– Det är så mycket skam kopplat till de här diagnoserna och vi vill förmedla att beteendet faktiskt går att förstå. Man är inte knäpp för att man håller på och plockar. Jag vill av-skamma tillståndet!

Text: Elin Olaisson

Diagnoskriterier dermatillomani och trichotillomani

- Plockandet/rivandet leder till hårförlust eller hudskador
- Du ska ha försökt att sluta men inte lyckats
- Beteendet gör att du upplever lidande och/eller att din vardag påverkas negativt
- Tillståndet ska inte kunna förklaras bättre av någon annan diagnos.

Habit Reversal Training (hrt)

Hrt är en form av kognitiv beteendeterapi och består av fyra komponenter:

1. Självregistrering – handlar om att registrera när hår- eller hudplockandet sker.
2. Öka medvetenhet – träning i att öka medvetenheten om när plockandet sker och vilka situationer som triggar plockandet.
3. Stimuluskontroll – handlar om att minska möjligheter för plockande att ske och att göra beteendet svårare att utföra. Ett beteende som är krångligt att utföra, utförs nämligen mer sällan.
4. Alternativt beteende – handlar om att lära sig ett alternativt beteende som är fysiskt omöjligt att genomföra samtidigt som plockandet och som ska genomföras istället för plockbeteendet.