

Behandling av hudplukking (dermatotillomani) hos ung kvinne med lett psykisk utviklingshemning*

Børge Holden
Habiliteringstjenesten i Hedmark

og

Paul Vidar Bjørndalen
Nord-Odal kommune

Artikkelen beskriver behandling av alvorlig hudplukking hos en ung kvinne med lett psykisk utviklingshemning. En DRO/negativ straff-prosedyre ble innført, hvor fravær av hudplukking medførte visse rettigheter og hudplukking medførte tap av de samme rettighetene for en bestemt periode. Behandlingen hadde en sterk, umiddelbar og langvarig effekt. Artikkelen inneholder en funksjonell analyse av hudplukkingen, og drøfter etiske sider ved behandlingen.

Innledning

Det finnes en rekke såkalte repeterende atferdsforstyrrelser. Ticsforstyrrelser, inkludert Tourettes syndrom, er trolig de vanligste og mest kjente (se Holden, 2003, 2004). Andre varianter er bruxisme (tanngnissing), fingersuging, neglebiting, neseplukking, overdreven masturbasjon, pica (spise uspiselige ting), patologisk spillelidenskap og kleptomani, det vil si overdreven stjeling uten at det er praktisk eller økonomisk motivert. En annen viktig vane- og impulsforstyrrelse er trikotillomani, det vil si napping av egne hår som medfører merkbart hårtap. Denne ligner mye på den vane- og impulsforstyrrelsen som er tema her, nemlig *dermatotillomani*, det vil si plukking og kloring på sin egen hud (engelsk: skin picking) (Woods, Friman & Teng, 2001). Personen bruker fingrer og negler, ikke redskaper, til å plukke og kløre på huden. ICD-10 (Statens helsetilsyn, 1998) presiserer at diagnosen *trikotillomani* ikke skal brukes hvis det på forhånd

*Takk til Sivs foreldre for gjennomlesning og godkjenning av manuskriptet

foreligger en hudlidelse, eller hvis hårnappingen er en følge av vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Det er rimelig å anta fra at dette også gjelder for en så lignende forstyrrelse som hudplukking. Det er for øvrig påvist øket forekomst av hudplukking hos personer med Prader-Willi syndrom (Dimitropoulos, Feurer, Butler & Thompson, 2001; Dykens & Kasari, 1997).

Hudplukking kan medføre en rekke medisinske problemer. Wilhelm og medarbeidere (1999) fant at 90% av personer med hudplukking hadde mindre sår, 81% hadde permanente arr, 61% hadde hudinfeksjoner, og 45% hadde kraterer i huden. Ifølge samme studie medfører episoder med hudplukking som regel at personen føler skam, skyld og fysisk smerte, som i neste omgang fører til mer hudplukking. Mange synes forstyrrelsen er så pinlig at de har problemer med å søke behandling. Angst og depresjon er relativt vanlig blant personer med hudplukking. I tillegg vekker repeterende atferdsforstyrrelser, deriblant hudplukking, ofte negative sosiale reaksjoner (Friman et al., 1993)

Et viktig spørsmål er selvsagt hvorfor slike selvskadende handlinger finner sted. De aller fleste psykiatriske diagnoser er bare oppsummeringer av atferd, og sier ikke noe om hvorfor personen utfører handlingene som er grunnlaget for diagnosen. Men det finnes unntak. Diagnosen tvangslidelse kan ikke stilles uten at en har holdepunkter for at tvangshandlingen reduserer angst. Også ticsforstyrrelser, inkludert Tourette, diagnostiseres delvis på grunnlag av den private stimuleringen som utløser og opprettholder ticsene (se Holden, 2003, 2004). Og ifølge ICD-10 er hårnapping vanligvis forbundet med økt spenning før, og lettelse eller tilfredsstillelse etter, handlingen. Igjen går vi ut fra at det samme gjelder hudplukking. Dette er eksempler på at kriterier for psykiske lidelser faktisk bygger på en funksjonell tenkning som er nærmest identisk med funksjonell tenkning innenfor atferdsanalyse.

Hos voksne personer med normal intellektuell fungering er det som regel overkommelig å kartlegge den private stimuleringen som utløser og opprettholder tvangshandlinger og repeterende atferd. Det kan være betydelig vanskeligere hos barn og personer med psykisk utviklingshemning som ikke er verbalt sterke nok til å gi gode beskrivelser, og som kanskje ikke ser betydningen av det. I tillegg kan det være to forskjellige ting å behandle slike forstyrrelser hos voksne som fungerer normalt intellektuelt og hos barn og personer med psykisk utviklingshemning. Personer i førstnevnte gruppe er som regel behandlingsmotiverte og en bedring av tilstanden vil oppleves som svært oppmuntrende. I tillegg er de ofte motiverte for å øve på egenhånd for å oppnå bedre mestring. Personer i sistnevnte gruppe har som regel et mindre bevisst forhold til problemene og kan følgelig være mindre motiverte for å gjøre noe med dem. I tillegg må behandlingen legges opp på en annen måte. På grunn av svakere naturlig motivasjon må det kanskje tilføres "kunstig motivasjon" utenfra, i form av spesielt tilrettelagt forsterkning av mestring.

I fortsettelsen skal vi presentere et behandlingsopplegg for hudplukking hos en ung kvinne med lett psykisk utviklingshemning som i utgangspunktet ikke var motivert for å gjøre noe med problemet. Noe av poenget var å se om et ganske enkelt tiltak ville ha tilstrekkelig effekt.

Metode

Hvem som fikk behandling, og hvor

Siv er en kvinne i 20-årene med lett psykisk utviklingshemning. Hun har et godt talespråk og kan lese og skrive. Hun har også en jobb som forutsetter gode ferdigheter på disse områdene. På mange måter fungerer hun godt sosialt. Hun kan imidlertid være veldig kontrollerende og opptatt av orden og hvordan ting kan skje. Hun er også veldig opptatt av å kontrollere hva foreldrene hele tiden gjør. Ikke minst ønsker hun å være veldig mye hjemme hos dem. Tidligere har hun styrt veldig mye av det som har skjedd hjemme. Alt dette har til tider vært problematisk, men oppfyller likevel ikke kriteriene for tvangslidelse. Det største problemet de siste årene har vært hudplukking. Siv hadde sår over hele kroppen, i hovedsak på steder som vanligvis skjules av klær. Det var imidlertid vanlig at blod trakk gjennom klærne slik at det ble synlige flekker. Et anslag gikk ut på at det kunne være så mange som 50 sår til enhver tid. Noen var ganske dype, og det hendte at det oppstod betennelser. I store perioder laget hun nye eller vedlikeholdt gamle sår hver dag. Det var ikke gjort seriøse forsøk på behandling. Fastlege hadde foreslått citalopram (Cipramil) etter en kort konsultasjon, men Siv lyttet til råd fra tjenesteytere om ikke å begynne å bruke det.

Siv bor i en egen leilighet i et bofellesskap med fire andre personer. Det er en personalbase i det samme huset, og som regel er det to ansatte som yter tjenester til de fem beboerne. Siv har omtrent samme behov for personale enn de andre. Personalet i bofellesskapet har stått for all behandling og registrering.

Atferden som ble behandlet

Hudplukking ble definert som alle sår som ikke hadde fått skorpe, det vil si sår som avga blod eller annen væske når de kom i kontakt med klær og annet.

Funksjonell vurdering, og diagnostikk

Det er ingen holdepunkter for at hudplukkingen ble opprettholdt ved generell oppmerksomhet. Tvert om ble hun flau når personalet oppdaget sår. Hun hadde ingen eksem eller andre hudplager som kunne forklare hudplukkingen. Det var tendenser til at hun laget litt mer sår i perioder hvor hun var misfornøyd, ikke minst når hun ikke hadde full kontroll over hva foreldrene gjorde. Hudplukkingen kan ha vært et forsøk på å gi foreldrene skyldfølelse få foreldrene til å gjøre som hun ønsket, blant annet å invitere henne hjem enda mer. Hun var ikke flau når foreldre oppdaget sår. Men forholdet til foreldrene var neppe hovedforklaringen. I og med at hudplukkingen forekom nokså uavhengig av miljømessige forhold, både de umiddelbare og hennes situasjon generelt, er det grunn til å tro at hudplukkingen i hovedsak ble utløst og opprettholdt ved privat stimulering i likhet med det som er vanlig ved hudplukking. Det var vanskelig å få Siv til å gi presise beskrivelser av stimuleringen, og det er derfor vanskelig å si om det var tale om positiv eller negativ automatisk/sensorisk forsterkning.

Behandling

Siv ble visuelt undersøkt ca. kl. 21 hver kveld. Ett personale så over hele kroppen, også under føttene, og undersøkte om det hadde oppstått nye sår eller om gamle sår var klorete eller revet opp på nytt. Ved tvilstilfeller skulle et annet personale være med å undersøke. Dersom det ikke var tegn til hudplukking siden forrige inspeksjon, fikk hun kraftig ros. Hun fikk også beholde et bestemt "sertifikat". Dette var et laminert plastkort hvor det stod skrevet fire aktiviteter som sertifikatet ga adgang til. Disse fire aktivitetene var:

1. å få følge til aerobic trening (hvor hun også dusjet),
2. å få følge til svømmehall,
3. å lage mat for andre beboere i bofellesskapet, og
4. å hente felles mat på bofellesskapets kjølerom.

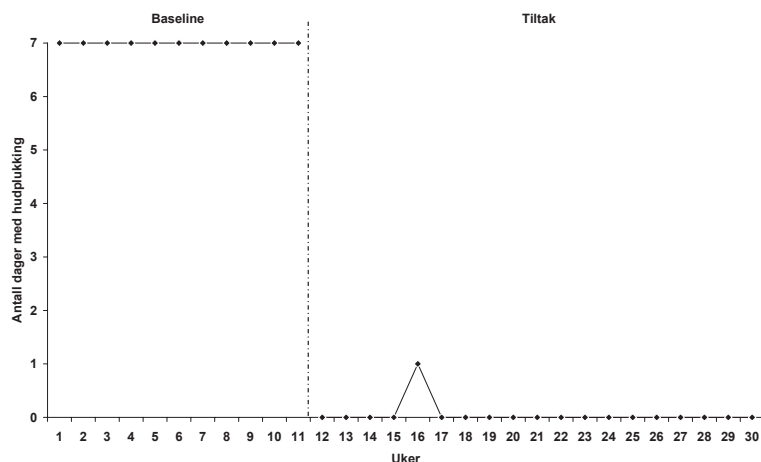
Hudplukking medførte at hun mistet sertifikatet til hun hadde latt være å lage eller vedlikeholde sår i fem dager. Tre uker uten hudplukking medførte at hun fikk en handletur eller et restaurantbesøk sammen med foreldre, fritidskontakt eller personalet. Siv fikk en grundig orientering om betingelsene for å beholde og miste sertifikatet, og om hva som skjedde dersom hun unnlot hudplukking i tre uker. Det var ingen tvil om at hun forstod betingelsene.

Design

Vi brukte et enkelt AB-design, det vil si et kvasiseksperimentelt design hvor det er en kartleggingsfase (baseline) og en behandlingsfase (se Kazdin, 1982).

Resultater

Under baseline forekom det hudplukking hver dag. I behandlingsfasen skjedde det første tilfellet av hudplukking etter ca. en måned. Dette var to små sår på den ene hånden. Etter dette har det ikke vært noen tilfeller av hudplukking (figur 1).



Figur 1. Antall dager med hudplukking per uke.

Diskusjon

Resultatene viser at behandlingen fikk bukt med et temmelig alvorlig problem. Behandlingen var (1) lett å gjennomføre, (2) svært lite tidkrevende, og (3) så godt som gratis. Dette står i en betydelig kontrast til langt mer omfattende avtalesystemer som brukes i mange behandlingstiltak. Vi mener selvfølgelig ikke at alle avtaler kan utformes så enkelt som i dette tilfellet, men et lite tankekors kan det likevel være. Vi atferdsanalytikere er glade i "Ockhams barberkniv" når det gjelder forklaringer: Av to forklaringer foretrekker vi den enkleste, dersom de sier like mye. Det er like god grunn til å foretrekke den enkleste av to former for behandling, dersom de oppnår like mye og er etisk og estetisk like forsvarlige. I tillegg viste det seg at medikamentell behandling var unødvendig, og vi er skeptiske til at den ville hatt noe for seg. Det er også litt urovekkende at lege foreslo medikamentell behandling på et så tynt grunnlag.

En grunn til at en så enkel avtale kunne virke så godt skyldes ikke minst egenskaper ved Siv. Hun er så verbalt velfungerende at mulighetene for å vise selvkontroll og tilsvarende mindre impulsivitet bør være gode. Dette innebærer at hun kan avstå fra mindre forsterkere på kort sikt og innhente større forsterkere på lenger sikt. Det er nok mange personer med repeterende atferdsforstyrrelser som har lignende egenskaper, og i så måte er resultatene oppmuntrende.

Det er ingen tvil om indikasjoner for å sette igang en eller annen form for behandling var til stede. Sår hadde til dels fått alvorlige konsekvenser, og kunne fått enda mer alvorlige konsekvenser om Siv hadde fortsatt med hudplukkingen. Det er likevel nødvendig å diskutere lovmessige, etiske og estetiske sider ved behandlingen. Alle aktivitetene som hudplukking utestengte henne fra ble selvfølgelig valgt fordi de var spesielt forsterkende, og dermed potensielt effektive i behandling. Samtidig reduserer en ikke adgangen til slike goder uten å kunne forsvare det utover den rene behandlingseffekten. Alle aktivitetene som ble inndratt ved hudplukking var aktiviteter som er uforenlige med den problematferden hun viste. Få vil dusje eller bade sammen med en person som blør eller har sår, og opphold i offentlige dusjer og bassenger stiller store krav til hygiene. Det ville hatt liten hensikt å følge henne til steder hvor hun normalt ville blitt nektet adgang. Vi mener derfor at behandlingen var fullt forsvarlig. I tillegg avga Siv et uformelt, informert samtykke til behandlingen. Hun var enig i at hun trengte hjelp til å slutte med hudplukkingen. Alt tyder også på at hun er fornøyd med resultatene av behandlingen. Humøret ble bedre enn før behandlingen. Foreldrene hadde heller ingen innvendinger, og samarbeidet om sin del av behandlingen.

En *liten* kommentar til bruken av det relativt svake AB-designet er på sin plass. Selv et AB-design gir imidlertid gode holdepunkter for at behandling virker, dersom det umiddelbart skjer en stor endring. Dette kravet var i høyeste grad oppfylt i dette tilfellet. Dessuten er det etisk problematisk å trekke tilbake eller ikke iverksette effektiv behandling, særlig i når det gjelder alvorlig problematferd, som det også var tale om i dette tilfellet. I vanlig klinisk praksis er det derfor neppe noe alternativ til et AB-design i et tilfelle som dette.

Referanser

- Dimitropoulos, A., Feurer, I. D., Butler, M. G., & Thompson, T. (2001). Emergence of compulsive behavior and tantrums in children with Prader-Willi syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 39–51.
- Dykens, E. M., & Kasari, C. (1997). Maladaptive behavior in children with Prader-Willi, Down syndrome, and nonspecific mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 228–237.
- Friman, P. C., McPherson, K. M., Warzak, W. J., & Evans, J. (1993). Influence of thumb sucking on peer social acceptance in first-grade children. *Pediatrics*, 91, 784–786.
- Holden, B. (2003). Tvangslidelse eller Tourette? Behandling av repeterende utsagn og aggressiv atferd hos mann med hjerneskade. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 1051–1057.
- Holden, B. (2004). Analyse og behandling av alvorlige og bizarre øydeleggelsar hos ei kvinne med lett psykisk utviklingshemning. Ei atferdsanalytisk tolking. *Diskriminanten*, 31, 3/4, 3–13.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Statens helsetilsyn (1998). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10 revisjon. ICD-10*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., O'Sullivan, R. L., & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 454–459.
- Woods, D. W., Friman, P. C., & Teng, E. J. (2001). Physical and social impairment in persons with repetitive behavior disorders. In D. W. Woods & R. G. Miltenberger (Eds.), *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders* (pp. 33–52). Norwell, MA: Kluwer Academic.

Kontaktadresse

Børge Holden
Habilitieringstjenesten for voksne
Hedmark næringspark Bygg 15
2312 Ottestad

Telefon: 62 55 65 08

E-post: Borge.Holden@sykehuset-innlandet.no