

# Greining og meðferð hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu

Ívar Snorrason<sup>1</sup> doktorsnemi í sálfræði, Pröstur Björgvinsson<sup>2</sup> sálfræðingur

## ÁGRIP

Hárplokkunarárátta (*hair pulling disorder, trichotillomania*) einkennist af siendurteknu hárplokki af höfði, augabrúnum eða annars staðar af líkamanum. Húðkroppunarárátta (*skin picking disorder, pathological skin picking*) er náskyld hárplokkunarárátta og einkennist af endurteknu kroppi á húð. Jafnvel þótt bæði húðkroppunar- og hárplokkunarárátta séu tiltölulega algengar og í mörgum tilvikum alvarleg vandamál er þekking fagfólks

á þeim oft afar takmörkuð. Í greininni lýsum við greiningarskilmerkjum og klíniskum einkennum þessara kvilla og förum yfir helstu meðferðarúrræði og rannsóknir á árangri þeirra. Niðurstöður sýna að atferlismeðferð hefur iðulega sýnt góðan árangur, SSRI-lyfjameðferð virðist ekki gera gagn en annars konar lyf (til dæmis N-acetylcystín) lofa góðu.

## Inngangur

<sup>1</sup>Sálfræðideild háskólans í Wisconsin – Milwaukee, <sup>2</sup>geðsviði McLean-sjúkrahússins/Læknadeild Harvard-háskóla.

Ebeneser Draummann ... var ... skóllóttur með þeim hætti sem menn verða af svepp í hársverðinum ... Í staðinn fyrir augabrún voru rauðir ílangir blettir sem virtust aumir, eins og brúnahár-unum hefði verið kipt upp með rótum fyrir skemstu. Þó var ekki örgrant um að hann hefði ofurlítinn ójafnan skeggvöxt, rauðleitan, en þessa brodda nam hann á brott leynilega, ég held með einhverju öðru en rakhníf. (bls. 193)<sup>1</sup>

Hér lýsir Halldór Laxness persónu í Brekkukotsannál sem ætla má að hafi hárplokkunarárátta (*hair pulling disorder, trichotillomania*). Þessi árátta einkennist af því að fólk plokkar í sífellu hár af höfði, augabrúnum eða annars staðar af líkamanum. Þeir sem þjást af þessari árátta finna venjulega sterka löngun til að plokka hár og finna fyrir spennu eða fiðringi áður en plokkað er og spennulosun, sefjun eða ánægju þegar hár er dregið út. Hegðunin getur einnig verið sjálfvirk og ómeðvituð. Hárplokkunarárátta er oft þrálátur ávani sem stendur fólki fyrir þrifum. Margir eyða miklum tíma í athæfið og eins og lýsingin á Ebeneser Draummann ber með sér geta hlotist af þessu töluverð lýti, svo sem skallablettir á höfði eða hárlausar augabrúnir.<sup>2</sup>

Húðkroppunarárátta (*skin picking disorder, pathological skin picking, psychogenic excoriation*) er að öllum líkindum náskyld hárplokkunarárátta. Þessar raskanir fara mun oftast saman en tilviljun ein getur skýrt og lýsa sér í öllum meginatriðum eins, að því undanskildu að í einu tilvikinu er hárið plokkað en í hinu húðin kroppuð.<sup>3</sup> Þeir sem glíma við húðkroppunarárátta kroppa venjulega minniháttar misfellur á húðinni, svo sem bólur, sár eða hrúður sem hefur myndast yfir sár frá fyrra kroppi. Algengt er að fólk með húðkroppunarárátta hafi ánægju af hegðuninni og margir finna fyrir spennu eða fiðringi áður en kroppað er og spennulosun eða sefjun á meðan á kroppi stendur. Eins getur húðkropp verið sjálfvirk og ómeðvitað líkt og hárplokk. Venjulega myndast sár eftir kroppið og í slæmum tilvikum veldur áráttan varanlegum áverkum á húð.<sup>4,7</sup>

Rannsóknir í Bandaríkjunum sýna að algengi hárplokkunarárátta er um 0,6-2,5% í hópi háskólanema<sup>8</sup> en 3,9% meðal skjólstæðinga á unglingsgeðdeild.<sup>9</sup> Algengi húðkroppunarárátta hefur reynst vera um 2,2% meðal háskólanema<sup>10</sup> og 1,4% í almennu þýði<sup>11</sup> en 2% meðal þeirra sem leita aðstoðar húðlækna<sup>12</sup> og 11,8% í hópi unglings á unglingsgeðdeild.<sup>9</sup> Tíðni hárplokkunar- og húðkroppunarárátta hefur ekki verið rannsökuð vel hér á landi en könnun meðal háskólanema sýndi að 2,2% höfðu húðkroppunarárátta.<sup>13</sup>

Jafnvel þótt bæði húðkroppunar- og hárplokkunarárátta séu tiltölulega algengt og í mörgum tilvikum alvarlegt vandamál, sýna rannsóknir í Bandaríkjunum og Póllandi að þekking fagfólks á þeim er yfirleitt afar takmörkuð.<sup>9,14-16</sup> Lítið hefur verið fjallað um þessar raskanir hér á landi<sup>4,5</sup> og gera má ráð fyrir að þekking íslensks fagfólks á þeim sé einnig takmörkuð. Markmiðið með þessari grein er að fræða heilbrigðisstarfsfólk um greiningu og meðferð á þessum kvillum. Lýst er klínískum einkennum og greiningarskilmerkjum, sagt frá helstu meðferðarúrræðum og farið yfir rannsóknir á árangri þeirra.

## Greining og klínísk einkenni

### Greiningarskilmerki

Í töflu I má sjá greiningarskilmerki DSM-IV fyrir hárplokkunarárátta.<sup>17</sup> (Greiningarskilmerki ICD-10 eru ekki eins ítarleg en í öllum meginatriðum eins.) Húðkroppunarárátta hefur ekki enn hlotið sess í greiningarkerfum en í töflu II er uppástunga nefndar á vegum bandarísku geðlæknasamtakanna um greiningarskilmerki fyrir húðkroppunarárátta í DSM-V.<sup>2</sup>

Töluverður hluti (um 20%) þeirra sem sannarlega þjást af óhóflegu hárplokki eða kroppi á húð segist sjaldan eða aldrei finna fyrir spennu eða ánægju þegar kroppað/plokkað er.<sup>3,6</sup> Þess vegna hefur verið mælt með því að hafa ekki greiningarskilmerki í DSM-V sem vísa

Fyrirspurnir  
Ívar Snorrason

[ivarsnorrason@gmail.com](mailto:ivarsnorrason@gmail.com)

Greinin barst:  
15. júní 2011  
- samþykkt til birtingar:  
3. febrúar 2012

Engin hagsmunatengsl  
gefin upp.

**Tafla I.** Greiningarskilmerki fyrir hárplokkunaráráttu í DSM-IV.<sup>17</sup>

A. Endurtekið plokk á eigin hári sem veldur merkjanlegum hármíssi.
B. Vaxandi spenna rétt áður en hári er dregið út eða þegar reynt er að standast löngun til að plokka hári.
C. Ánægja, fróun eða léttir þegar hári er dregið út.
D. Vandinn er ekki betur skýrður af annarri geðröskun eða líkamlegu vandamáli (t.d. húðvandamáli).
E. Vandinn veldur klínískt merkjanlegri vanlíðan eða truflar viðkomandi í félagslífi, við störf eða á öðrum mikilvægum sviðum í lífinu.

Nefnd á vegum bandarísku geðlæknasamtakanna hefur mælt með því að skilmerkin fyrir hárplokkunaráráttu í DSM-V geri ekki kröfu um merkjanlegan hármíssi og að atriði B og C verði tekin út.<sup>2</sup>

til þessara einkenna.<sup>2</sup> Einnig hefur verið mælt með því að skilyrði um sjáanlegan hármíssi verði tekið úr greiningarskilmerkjum DSM fyrir hárplokkunaráráttu vegna þess að hármíssir margra sjúklinga er ekki þess eðlis að hann sé sjáanlegur.<sup>2</sup> Fáein greiningarvæðing hafa verið hönnuð til að meta greiningarskilmerki fyrir bæði hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu en engar upplýsingar eru til um íslenskar þýðingar á þeim.<sup>4</sup>

#### Kynjahlutfall, ferill og aldur við upphaf vandans

Konur eru í miklum meirihluta þeirra sem leita sér hjálpar vegna hárplokkunar- eða húðkroppunaráráttu (um 75-93% konur<sup>3</sup>). Þessi vandamál gera oftast fyrst vart við sig við upphaf unglingsáranna en geta þó komið upp á hvaða aldurs skeiði sem er. Því hefur verið haldið fram að hárplokkunaráráttu í bernsku sé vægt afbrigði sem geti læknað af sjálfu sér.<sup>18</sup> Hjá fullorðnum og unglingum eru þetta hins vegar yfirleitt langvinn vandamál.<sup>2</sup> Í flestum tilvikum kroppar/plokkar fólk daglega eða næstum daglega og löng einkennalaus tímabil eru sjaldgæf. Þó er áráttan venjulega misslæm eftir tímabilum og versnar oft þegar viðkomandi er undir álagi eða finnur fyrir streitu.<sup>3</sup>

#### Lýsing á hegðun og áverkum

Flestir plokka/kroppa í einrúmi í nokkurra mínútna lotum nokkrum sinnum yfir daginn eða í lengri lotum. Algengast er að athöfnin fari fram á baðherbergi (oft í tengslum við snyrtivenjur), svefnherbergi (til dæmis fyrir svefninn) eða við ýmiss konar kyrrsetu þar sem hugurinn beinist að öðru en hegðuninni (til dæmis þegar fólk ekur bíl, les bók, talar í síma eða horfir á sjónvarp). Þá er hegðunin oft sjálfvirk og ómeðvitað.<sup>19,20</sup>

Flestir nota fingurna og draga út eitt hári af öðru eða kroppa sár með nöglunum en sumir nota einnig stundum áhöld, svo sem nál- ar eða flísatangir. Nýleg rannsókn sýndi að algengast var að fólk með hárplokkunaráráttu plokkaði hári af höfði (73%), augabrunum (56%), augnhár (51%), skapahár (50%) og hári á fótleggjum (21%).<sup>16</sup> Fólk með húðkroppunaráráttu kroppar oftast andlitið, upphandleggi, fótleggi, hársvörð og fingur/naglabönd.<sup>5</sup> Ýmsar venjur eru algengar bæði fyrir og eftir kroppið/plokkið. Til dæmis vilja sumir strjúka hárinu við varirnar eða velta dauðri húð milli fingranna. Ekki er óalgengt að fólk borði hárið eða húðina jafnóðum.<sup>3-5,7</sup>

Fólk með hárplokkunaráráttu er oft með skallabletti eða mismikinn hárvöxt á svæðum sem plokkuð eru.<sup>21</sup> Fólk með húðkroppunaráráttu hefur jafnan áverka á stærð við bólur sem oft eru misgrónir, ýmist opin sár, hrúður eða blettir sem eru ljósari eða dekkri en húðin í kring. Margir sem kroppa húðina í andlitinu líta

**Tafla II.** Uppástunga nefndar á vegum bandarísku geðlæknasamtakanna um greiningarskilmerki fyrir húðkroppunaráráttu í DSM-V.<sup>2</sup>

A. Endurtekið kropp á húðinni sem veldur vefskemmdum.
B. Vandinn veldur klínískt merkjanlegri vanlíðan eða truflar viðkomandi í félagslífi, við störf eða á öðrum á mikilvægum sviðum í lífinu.
C. Kroppið á húðinni er ekki bein afleiðing lyfjaáhrifa (t.d. amfetamínvímu) eða líkamlegs sjúkdóms (t.d. húðvandamáls).
D. Kropp á húðinni einskorðast ekki við einkenni annarra geðraskana, t.d. húðkropp vegna ranghugmynda um skordýr undir húðinni í hugvilluröskun ( <i>delusional disorder</i> ) eða vegna áhyggna af útliti húðarinnar í líkamsskynjunaröskun ( <i>body dysmorphic disorder</i> ).

við fyrstu sýn út fyrir að glíma við bóluvandamál.<sup>22</sup> Húðkroppunar- og hárplokkunarsjúklingar leggja venjulega mikið á sig til að leynd vandann og fela til dæmis skallabletti með hárgreiðslum eða klútum eða hylja sár með farða eða klæðnaði.

#### Tilfinningar í tengslum við hegðunina

Eins og fram hefur komið er algengt að einstaklingar með hárplokkunar- eða húðkroppunaráráttu finni fyrir spennu eða löngun rétt áður en þeir plokka/kroppa og ánægju eða spennulosun á meðan. En það er einnig vert að hafa í huga að ýmsar aðrar tilfinningar tengjast plokki/kroppi. Til dæmis er algengt að fólk kroppi/plokki þegar það er kvíðið eða þegar því leiðist. Rannsóknir sýna að bæði hárplokk<sup>23</sup> og húðkropp<sup>6</sup> dregur úr ýmsum óþægilegum tilfinningum, til dæmis kvíða eða leiða, sem bendir til þess að vandamálin viðhaldist með neikvæðri styrkingu.

Sumir fræðimenn hafa gert greinarmun á tvenns konar hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu.<sup>19,20</sup> Annars vegar afbrigði þar sem viðkomandi kroppar/plokkar sjálfvirk og ómeðvitað (*automatic pulling/picking*) og hins vegar þar sem viðkomandi kroppar/plokkar þegar hann finnur fyrir löngun, spennu eða slæmum tilfinningum og er með hugann við verkið á meðan (*focused pulling/picking*). Flestir sjúklingar kannast við hvort tveggja, þó í mismiklum mæli. Því hefur verið haldið fram að ólík meðferð kunnist að henta þessum tveimur afbrigðum en rannsóknir eiga enn eftir að skera úr um það.<sup>19,20</sup>

#### Tengsl við aðrar geðraskanir

Stór hluti þeirra sem leitar sér hjálpar vegna húðkroppunar- eða hárplokkunaráráttu glímur við aðrar geðraskanir. Rannsóknir sýna að um tveir þriðju hlutar hafa greinst með einhverja kvíðaröskun og rúmlega helmingur hefur greinst með þunglyndi.<sup>3</sup> Líkamsskynjunaröskun (*body dysmorphic disorder*) er einnig algeng meðal húðkroppunarsjúklinga (um 5-30% lífstíðaralgengi),<sup>3-5</sup> og það getur verið gagnlegt að kanna hvort áhyggjur af útliti húðarinnar liggja að baki hegðuninni. Að auki er algengt, eins og fram hefur komið, að hárplokkunaráráttu og húðkroppunaráráttu fari saman.<sup>3</sup> Báðar þessar raskanir tengjast auk þess töluvert við ýmiss konar ávanahegðun, svo sem að naga neglur óhóflega eða naga innan úr vörum.<sup>5</sup> Því getur verið gagnlegt að spyrja um alla slíka hegðun ef einhver líkamsmiðuð árátt er til staðar. Persónuleikaraskanir eru nokkuð algengar hjá þeim sem sækja meðferð en það er mikilvægt að gera greinarmun á hárplokki og húðkroppi og sjálfskaðandi hegðun (til dæmis að skera eða brenna húðina) sem oft eru dæmi um hjá fólki með persónuleikaraskanir.<sup>24</sup>

**Tafla III.** Niðurstöður samanburðarrannsókna á lyfjameðferð fyrir hárplokkunaráráttu.

	Rannsóknarsnið	Meðferð/Þátttakendur	Mat	Niðurstaða
<b>Serótónínlyf</b>				
Christenson <sup>25</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn þar sem hvor meðferð var gefin báðum hópum (cross over design).	16 hárplokkunarsjúklingar fengu 6 vikna flúoxetínmeðferð (meðaldagsskammtur 77 mg) og 6 vikna lyfleysmeðferð. Fimm vikna biðtími milli meðferða.	Sjálfsmat	Ekki marktækur munur á flúoxetín- og lyfleysmeðferð.
Streichenwein <sup>26</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn þar sem hvor meðferð var gefin báðum hópum (cross over design).	16 hárplokkunarsjúklingar fengu 12 vikna flúoxetínmeðferð (meðaldagsskammtur 78,8 mg) og 12 vikna lyfleysmeðferð. Tölf vikna biðtími milli meðferða.	Sjálfsmat	Ekki marktækur munur á flúoxetín- og lyfleysmeðferð.
van Minnen <sup>27</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	40 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 12 vikna flúoxetínmeðferð (meðaldagsskammtur 60 mg), 12 vikna HR-meðferð (6 meðferðartímar aðra hverja viku) eða voru 12 vikur á biðlista.	Sjálfsmatskvarði	Ekki marktækur munur á flúoxetínmeðferð og biðlista. (HR-meðferð gerði meira gagn en flúoxetín og biðlisti).
Dougherty <sup>28</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	13 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 12 vikna sertralínmeðferð (dagsskammtar á bilinu 50 til 200 mg) eða 12 vikna lyfleysmeðferð.	Sjálfsmatskvarðar og hálfstaðlað viðtal	Ekki marktækur munur á sertralín og lyfleysu.
Swedo <sup>31</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn þar sem hvor meðferð var gefin báðum hópum (cross over design).	13 hárplokkunarsjúklingar fengu 10 vikna klómipramín-meðferð (meðaldagsskammtur 180,8 mg) og 10 vikna desipramín-meðferð (meðaldagsskammtur 173,1 mg). Enginn biðtími milli meðferða.	Hálfstaðlað viðtal	Klómipramín-meðferð gerði marktækt meira gagn en desipramín-meðferð.
Ninan <sup>32</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	16 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 9 vikna klómipramín-meðferð (meðaldagsskammtur 116,7 mg), 9 vikulega HR meðferðartíma eða 9 vikna lyfleysmeðferð.	Hálfstaðlað viðtal	Ekki marktækur munur á klómipramín og lyfleysu. (HR-meðferð gerði meira gagn en lyfleysa og klómipramín.)
Ninan <sup>35</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	8 hárplokkunarsjúklingar sem höfðu svarað 12 vikna venlafaxínmeðferð fengu annaðhvort áframhaldandi 12 vikna venlafaxín-meðferð (meðaldagsskammtur 322.5 mg) eða 12 vikna lyfleysmeðferð.	Hálfstaðlað viðtal	Enginn munur á áframhaldandi venlafaxín- og lyfleysmeðferð.
<b>Önnur lyf</b>				
Grant <sup>36</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	50 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 12 vikna N-acetylcystín-meðferð (dagsskammtur á bilinu 1200-2400 mg) eða 12 vikna lyfleysmeðferð.	Spurningalisti og hálfstaðlað viðtal	55% af þeim sem fengu N-acetylcystínmeðferð og 16% af þeim sem fengu lyfleysu sýndu mikinn eða mjög mikinn bata.
van Ameringen <sup>37</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	25 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 12 vikna ólanzapínmeðferð (meðaldagsskammtur í lok meðferðar var 10,8 mg) eða 12 vikna lyfleysmeðferð.	Hálfstaðlað viðtal	85% af þeim sem fengu ólanzapín og 17% af þeim sem fengu lyfleysu töldust hafa svarað meðferðinni.

### Vanlíðan

Fagfólk ætti ekki að vanmeta það hversu mjög fólk getur verið þjakað af hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu. Margir sjúklingar lýsa slæmri vanlíðan vegna þessara vandamála og lítið sjálfssálit, óánægja með útlitið, vonleysi og sjálfsvígshugsanir eru algengir fylgifiskar.<sup>24</sup> Einnig er algengt að fólk einangrist félagslega og flosni upp úr vinnu. Loks fylgja þessu ýmis læknisfræðileg vandamál, svo sem sýkingar í húð, sinaskeiðabólga og stífla í meltingarvegi hjá þeim sem borða hárin. Stífla í meltingarvegi af völdum hárbolta getur verið lífshættuleg og því er ráð að vera vakandi fyrir þeim vanda, jafnvel þótt hann sé ekki algengur.<sup>2</sup>

### Lyfjameðferð

Ýmis lyf hafa verið reynd í meðferð við húðkroppunar- og hárplokkunaráráttu. Hér verður farið yfir rannsóknir á lyfjameðferð

fullorðinna og fjallað nánast eingöngu um lyf sem hafa verið prófuð í að minnsta kosti einni samanburðarrannsókn (tafla III og IV).

### Serótónínlyf við hárplokkunaráráttu

#### SSRI-lyf (Serotonin specific reuptake inhibitors)

Fjórar fámennar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar á gagnsemi SSRI-lyfja í meðferð við hárplokkunaráráttu (fjöldi í meðferðarhóp á bilinu 9 til 16). Í þremur þeirra var þátttakendum gefið flúoxetín (meðaldagsskammtur 60-78 mg)<sup>25-27</sup> og í einni var sertralín gefið (hámarksdagsskammtur 200 mg).<sup>28</sup> Niðurstöður í öllum rannsóknunum sýndu að SSRI-lyf gerðu ekki meira gagn en lyfleysa eða vera á biðlista. Allsherjargreining (*meta analysis*) á þessum rannsóknum benti einnig til þess að SSRI-lyf beri ekki árangur umfram lyfleysuáhrif (áhrifastærð = -0,02; 95% öryggisbil frá -0,32 til 0,35).<sup>29</sup> Í fáeinum tilfellalýsingum og rannsóknum án

**Tafla IV.** Niðurstöður samanburðarrannsókna á lyfjameðferð fyrir húðkroppunarárattu.

	Rannsóknarsnið	Meðferð/pátttakendur	Mat	Niðurstaða
SSRI-lyf				
Simeon <sup>41</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	17 húðkroppunarsjúklingar fengu annaðhvort 10 vikna flúoxetínmeðferð (dagsskammtur allt að 80 mg) eða 10 vikna lyfleysumeðferð.	Spurningalisti	Flúoxetínmeðferð gerði meira gagn en lyfleysa samkvæmt einum af þremur spurningalistum.
Bloch <sup>40</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	8 húðkroppunarsjúklingar sem höfðu svarað flúoxetínmeðferð fengu annaðhvort áframhaldandi 6 vikna flúoxetínmeðferð (dagsskammtur allt að 60 mg) eða 6 vikna lyfleysumeðferð.	Spurningalisti og hálfstaðlað viðtal	Þeir sem fengu áframhaldandi flúoxetínmeðferð héldu batanum, en ekki þeir sem fengu lyfleysumeðferð.
Arbabi <sup>42</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	45 húðkroppunarsjúklingar fengu annaðhvort fjögurra vikna citalópram-meðferð (dagsskammtur 20 mg) eða fjögurra vikna lyfleysumeðferð.	Sjálfsmatskvarði	Ekki marktækur munur á citalópram- og lyfleysumeðferð.
Önnur lyf				
Grant <sup>44</sup>	Tvíblind samanburðarrannsókn	32 húðkroppunarsjúklingar fengu annaðhvort 12 vikna lamótriginmeðferð (dagsskammtar 12,5 til 300 mg) eða 12 vikna lyfleysumeðferð.	Hálfstaðlað viðtal	Ekki marktækur munur á lamótrigin- og lyfleysumeðferð. En þátttakendur sem skoruðu lágt á taugasálfræðiprófi svöruðu lamótrigin-meðferðinni.

samanburðarhóps hefur þó verið greint frá ágætum árangri þessara lyfja. Hins vegar virðist algengt í þessum tilvikum að lyfin hætti að virka eftir nokkra mánuði þrátt fyrir áframhaldandi lyfjameðferð.<sup>30</sup>

#### Klómipramín

Áhrif klómipramíns í meðferð við hárlökkunarárattu hafa verið könnuð í tveimur samanburðarrannsóknum. Í annarri rannsókninni sem náði til 13 sjúklinga kom í ljós að 5 vikna klómipramínmeðferð (meðaldagskammtur 180 mg) gerði meira gagn en jafnlöng desipramínmeðferð.<sup>31</sup> Í hinni reyndist 9 vikna klómipramínmeðferð (n=4, meðaldagskammtur 116 mg) árangursríkari en jafnlöng lyfleysumeðferð.<sup>32</sup> Í síðarnefndu rannsókninni var munurinn á bata hópanna ekki tölfræðilega marktækur en allsherjargreining á þessum tveimur rannsóknum benti til þess að lyfið geri marktækt meira gagn en lyfleysa eða desipramín (áhrifastærð = -0,68; 95% öryggisbil frá -1,28 til -0,07).<sup>29</sup> Niðurstöður varðandi langtímaáhrif klómipramíns eru misvísandi og sumar rannsóknir benda til þess að lyfin hætti að virka eftir nokkra mánuði.<sup>30,33</sup> Að auki virðist fólk með hárlökkunarárattu þola klómipramín illa og almennt verr en árattu- og þráhyggjusjúklingar.<sup>32</sup>

#### Venlafaxín

Ninan og félagar gáfu 20 hárlökkunarsjúklingum venlafaxín (meðaldagskammtur 322,5 mg) í allt að 12 vikur og eftir meðferð taldist rétt rúmur helmingur (n=11, 55%) hafa svarað lyfjunum þegar miðað var við 50% minnkun einkenna.<sup>34</sup> Í kjölfarið gerðu höfundar tvíblinda samanburðarrannsókn þar sem 8 af þeim sem svöruðu meðferð var annaðhvort gefið lyfið áfram eða lyfleysa. Niðurstöður sýndu að öllum sjúklingunum (nema einum sem fékk lyfleysu) hrakaði og fóru í sama farið innan 24 vikna þrátt fyrir áframhaldandi meðferð.<sup>35</sup>

#### Önnur lyf við hárlökkunarárattu

Stór tvíblind samanburðarrannsókn (n=50) leiddi í ljós að rétt rúmum helmingi (55%) hárlökkunarsjúklingum sem fengu 12 vikna N-acetylcystínmeðferð (dagsskammtur á bilinu 1200-2400

mg) taldist hafa batnað verulega (mikill eða mjög mikill bati) en aðeins lítill hluti (16%) skjólstaðinga sem fékk jafnlanga lyfleysumeðferð greindi frá sambærilegum bata.<sup>36</sup> Þátttakendur í rannsókninni þöldu lyfið vel og því lofa þessar niðurstöður góðu. Þó er enn ekki vitað hvort lyfið ber árangur til lengri tíma.

van Ameringen og félagar<sup>37</sup> könnuðu árangur ólanzapíns í 12 vikna tvíblindri samanburðarrannsókn og komust að því að 11 af 13 (85%) einstaklingum sem gengust undir meðferðina (sveigjanlegir og stigvaxandi dagsskammtar, minnst 2,5 mg og allt að 20 mg í lok rannsóknar) töldust hafa náð markverðum bata. Einungis tveir af 12 (17%) í samanburðarhópnum fengu jafn mikinn bata. Stór hluti þátttakenda sem fékk lyfið greindi frá aukaverkunum en enginn hætti meðferð vegna þeirra. Árangur ólanzapíns hefur einnig komið í ljós í tilfellalýsingum og rannsóknum án samanburðar<sup>38</sup> en lítið er vitað um langtímaáhrif þessara lyfja.

Ýmis önnur lyf hafa verið reynd gegn hárlökkunarárattu, þar á meðal lítíum, quetiapín, inosítol og amitriptylín. Auk þess hafa ýmis lyf verið reynd sem viðbótarmeðferð við serótónínlyfjameðferð. Má þar nefna ólanzapín, risperidón, halóperidól, naltrexón og pimozide.<sup>39</sup> Rannsóknir á þessum lyfjum eða lyfjablöndum hafa enn sem komið er einskorðast við tilfellalýsingar eða fámennar samanburðarlausar rannsóknir og því vandasamt að draga ályktanir af þeim. Einnig hafa komið fram vísbendingar um að SSRI-lyf og atferlismeðferð saman beri meiri árangur en hvor meðferðin fyrir sig og vert að kanna það betur.<sup>28</sup>

#### SSRI-lyf við húðkroppunarárattu

Þrjár samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar á árangri SSRI-lyfja gegn húðkroppunarárattu (tafla IV). Í rannsókn Bloch og félagar<sup>40</sup> fengu 8 af 16 sjúklingum (50%) markverðan bata eftir 10 vikna flúoxetínmeðferð (meðaldagskammtur 41 mg). Þeim var síðan skipt tilviljanakennt í tvo jafnstóra hópa og annaðhvort gefið lyfið áfram eða lyfleysa. Niðurstöður sýndu að allir þátttakendur í lyfleysuhópnum fóru í sama farið á innan við 6 vikum en batinn hélst hjá þeim sem fengu lyfið áfram. Simeon og félagar<sup>41</sup> fundu hins vegar aðeins mun á árangri milli lyfleysu- og flúoxetínmeðferðar á einni af þremur mælingum og stærsta samanburðarrann-

**Tafla V.** Niðurstöður samanburðarrannsókna á atferlismeðferð (*habit reversal*, HR) fyrir hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu.

	Rannsóknarnsið	Meðferð/páttakendur	Mat	Niðurstaða
<b>Hárplokkunarárátta</b>				
Azrin <sup>52</sup>	Samanburðarrannsókn	34 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort tvo HR-meðferðartíma eða tvo meðferðartíma af ofþjálfun ( <i>massed negative practice</i> ).	Sjálfsmat	Tíðni hárplokks lækkaði 90% í HR-hópnum, en 50% í ofþjálfunarhópnum.
Ninan <sup>32</sup>	Samanburðarrannsókn	16 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 9 vikulega meðferðartíma (HR + hugræn meðferð), 9 vikna klómipramín-meðferð eða fengu 9 vikna lyfleysumeðferð.	Hálfstaðlað viðtal	HR + hugræn meðferð gerði marktækt meira gagn en klómipramín og lyfleysa.
van Minnan <sup>27</sup>	Samanburðarrannsókn	40 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 6 HR-meðferðartíma aðra hverja viku, 12 vikna flúoxetínmeðferð eða voru 12 vikur á biðlista.	Sjálfsmatskvarði	HR gerði marktækt meira gagn (64% fengu verulegan bata) en flúoxetín (9% fengu verulegan bata) og biðlisti (20% fengu verulegan bata).
Woods <sup>51</sup>	Samanburðarrannsókn	25 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 10 vikulega hópmeðferðartíma af HR + ACT eða voru 10 vikur á biðlista.	Sjálfsmatskvarði	HR + ACT gerði marktækt meira gagn en að vera á biðlista.
Diefenbach <sup>53</sup>	Samanburðarrannsókn	24 hárplokkunarsjúklingar fengu annaðhvort 8 vikulega HR-hópmeðferðartíma eða 8 vikulega meðferðartíma sem samanstóðu af fræðslu og félagslegum stuðningi.	Sjálfsmatskvarði og hálfstaðlað viðtal.	HR gerði marktækt meira gagn en fræðsla/félagslegur stuðningur.
<b>Húðkroppunarárátta</b>				
Teng <sup>55</sup>	Samanburðarrannsókn	19 húðkroppunarsjúklingar fengu annaðhvort þrjú HR-meðferðartíma eða voru fjórar vikur á biðlista.	Sjálfsmatskvarði og óháð mat á myndum af áverkum á húð.	HR gerði marktækt meira gagn en að vera á biðlista.
Schuck <sup>56</sup>	Samanburðarrannsókn	34 húðkroppunarsjúklingar fengu annaðhvort HR + hugræna meðferð (fjórir meðferðartímar) eða voru 5 vikur á biðlista.	Sjálfsmatskvarðar og óháð mat á myndum af áverkum á húð.	HR gerði marktækt meira gagn en að vera á biðlista.

sókn sem gerð hefur verið hingað til leiddi ekki í ljós neinn mun á lyfleysu ( $n=22$ ) og citalópram ( $n=23$ ) þegar litið var til alvarleika húðkroppunaráráttu eftir fjögurra vikna meðferð.<sup>42</sup> Einnig er litið vitað um langtímaáhrif þessara lyfja í meðferð við húðkroppunaráráttu. Þegar á heildina er litið benda rannsóknir til þess að líklegt sé að SSRI-lyf geri takmarkað gagn við húðkroppunaráráttu.

### Önnur lyf við húðkroppunaráráttu

Grant, Odlaug og Kim greindu frá því að 16 af 24 (66,7%) húðkroppunarsjúklingum sem gengust undir 12 vikna lamótrigínmeðferð (meðaldagskammtur = 200 mg) töldust hafa náð miklum eða mjög miklum bata eftir meðferð.<sup>43</sup> Tvíblind samanburðarrannsókn eftir sömu höfunda leiddi í ljós að lyfið gerði ekki marktækt meira gagn en lyfleysa þar sem 43,8% í lamótrigínhóp og 31,3% í lyfleysuhóp töldust hafa náð markverðum bata.<sup>44</sup> Hins vegar kom í ljós að þátttakendur sem stóðu sig illa á taugasálfræðiprófi sem mælir sveigjanleika í hugsun (*set shifting task*) svöruðu meðferðinni. Þannig er hugsanlegt að sumir húðkroppunarsjúklingar hafi gagn af lamótrigínmeðferð. Ýmis önnur lyf hafa verið reynd gegn húðkroppunaráráttu en engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar á þeim. Hér má nefna N-acetylcystín,<sup>45</sup> ólanzapín, pimozíd, doxepín, naltrexón og inosítól í bland við citalópram.<sup>46</sup>

### Sálfræðimeðferð

Margs konar sálfræðimeðferð hefur verið beitt gegn hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu. Má til dæmis nefna dáleiðslu, sálgreiningu, hugræna meðferð og atferlismeðferð ýmiss konar. Aðeins ein tegund sálfræðimeðferðar hefur verið athuguð í samanburðarrannsóknum. Það er atferlismeðferð sem kallast á

ensku *habit reversal* (HR). Þetta er einföld en árangursrík meðferð sem samanstendur af þremur meginþáttum.<sup>47</sup> Fyrst er skjólstæðingi kennt að átta sig á því þegar hann er að fara að plokka eða kroppa (*awareness training*). Því næst er hann þjálfður í tiltekinni hreyfingu eða athæfi í staðinn fyrir að kroppa/plokka (*competing response training*), til dæmis að kreppla hnefann eða kreista bolta í hvert skipti sem hann finnur fyrir löngun til að plokka hár. Þriðji þátturinn er stuðningur frá einhverjum nákomnum (*social support*). Þá er til dæmis foreldri kennt að hrósa barni ef það gerir hreyfinguna sem það á að gera í staðinn fyrir að plokka/kroppa. Venjulega er áreittisstjórnun (*stimulus control*) notuð samhliða HR en hún snýst um að útrýma eða stjórna áreitum í umhverfinu sem kalla fram hegðunina.<sup>48</sup> Þá er til dæmis skjólstæðingi sem venjulega kroppar húðina þegar hann er að skoða sig í spegli ráðlagt að breiða yfir spegla í íbúðinni. Loks ber að nefna að í ljósi rannsókna sem sýna að margir sjúklingar kroppa eða plokka til þess að takast á við neikvæðar tilfinningar hafa menn í auknum mæli blandað við HR sálfræðimeðferð sem beinist að neikvæðum tilfinningum. Hér má nefna hugræna meðferð (*cognitive therapy*)<sup>32</sup>, díalektíska atferlismeðferð (*dialectical behavior therapy*)<sup>49</sup> og meðferð sem kallast á ensku *acceptance and commitment therapy* (ACT).<sup>50, 51</sup>

### Árangur HR við hárplokkunaráráttu

Fimm rannsóknir hafa verið gerðar þar sem sálfræðimeðferð sem felur í sér HR (fjöldi í meðferðarhóp á bilinu 5-19) var borin saman við biðlista eða samanburðarmeðferð (svokallaða ofþjálfun (*massed negative practice*), fræðslu/félagslegan stuðning, klómipramín eða SSRI-lyf), sjá töflu V.<sup>27, 32, 51-53</sup> Í tveimur þessara rannsókna var HR veitt með annarri meðferð, annars vegar hugrænni meðferð<sup>32</sup> og hins vegar ACT.<sup>51</sup> Í öllum þessum 5 rannsóknum kom í ljós



að meira en 60% þátttakenda sem fengu HR sýndu markverðan bata (skilgreint með mismunandi hætti) og í öllum tilvikum var árangurinn meiri en í samanburðarhópi. Enn fremur sýndi allsherjargreining á niðurstöðum þriggja þessara rannsókna<sup>27, 32, 51</sup> að meðferðin ber árangur (áhrifastærð = -1,14; 95% öryggisbil frá -1,89 til -0,38) og gerir meira gagn en lyfleysa, SSRI-lyf eða klómipramín.<sup>29</sup> Þá leiddi rannsókn Diefenbach og félagas<sup>53</sup> í ljós að 8 af 12 sjúklingum (66,7%) sem fengu HR-hópmeðferð sýndu „mikinn“ eða „mjög mikinn“ bata en einungis þrír af 12 (25%) þátttakendum fengu jafn mikinn bata eftir samanburðarhópmeðferð sem fól í sér fræðslu og félagslegan stuðning. Þó bentu höfundar á að hópmeðferð virðist bera minni árangur en einstaklingsmeðferð, sérstaklega þegar lítið er til þess að mun fleiri hætta alveg að plokka í einstaklingsmeðferð.

Misvísandi niðurstöður hafa fengist varðandi langtímaáhrif HR. Á áttunda áratugnum greindu Azrin og félagar<sup>52</sup> frá góðum árangri tveimur árum eftir meðferð en flestar rannsóknir síðan þá hafa sýnt að hrösun er algeng þegar einkenni eru metin meira en ári eftir að meðferð lýkur.<sup>54</sup> Svo virðist sem skjólstæðingar sem ná sér alveg í meðferðinni (hætta alveg að plokka), séu líklegri til að viðhalda batanum til lengri tíma en þeir sem hætta ekki alveg.<sup>54</sup> Þess vegna hefur verið mælt með því að halda áfram meðferð þangað til hegðunin er alveg hætt, ef kostur er á. Einnig hefur verið bent á að ástæðan fyrir hrösun er oft sú að viðkomandi hættir að beita aðferðunum sem kenndar voru í meðferðinni. Því getur verið gagnlegt að bjóða upp á upprifjunarmeðferðartíma (*booster sessions*) annað slagíð eftir að meðferð lýkur. Annað sem skiptir máli í árangri HR er áhugi skjólstæðingsins á bata og meðferðarhaldni hans<sup>51</sup> enda krefst meðferðin þess að skjólstæðingurinn sinni heimavinnu og tileinki sér aðferðirnar sem kenndar eru í meðferðartímum.

#### Árangur HR við húðkroppunaráráttu

Í tveimur samanburðarrannsóknum hefur árangur HR við húðkroppunaráráttu verið kannaður (tafla V). Teng, Woods og Twohig<sup>55</sup> greindu frá því að HR (þrjár meðferðartímar; n=8) gerði marktækt meira gagn en vera á biðlista (n=8) og árangurinn hélst að mestu leyti þremur mánuðum síðar. Svipuð rannsókn<sup>56</sup> leiddi í ljós að HR í bland við hugræna meðferð (fjórir meðferðartímar; n=17) gerði meira gagn en vera á biðlista (n=17) og batinn hélst að mestu leyti tveimur mánuðum síðar. Fjöldi tilfellingalýsinga bendir í sömu átt.<sup>57</sup> Einnig hafa komið fram vísbendingar um að ACT<sup>58</sup> og hugræn meðferð<sup>57</sup> einar og sér dragi úr húðkroppunaráráttu en þetta þarf að kanna betur í samanburðarrannsóknum.

#### Umræða

Húðkroppunar- og hárplokkunarárátta eru tiltölulega algeng vandamál en þau eru lítið þekkt, bæði meðal fagfólks og almenn-

ings. Margir sem glíma við þau veigra sér við að leita sér hjálpar vegna feimni við að segja frá hegðuninni eða vegna þess að þeir vita ekki að þetta eru viðurkenndar raskanir sem hægt er að fá hjálp við. Að sama skapi sýna rannsóknir að heilbrigðisstarfsfólk þekkir oft ekki þessi vandamál eða misskilur ýmislegt um orsakir, einkenni eða meðferð við þeim.<sup>14, 15</sup> Því fylgir gjarnan mikil skömm að glíma við þessa kvilla og því þarf að sýna nærgætni þegar spurt er um þá. Einnig er vert að hafa í huga að bæði hárplokk og kropp á húðinni er iðulega rótgróin hegðun og það getur reynst þrautin þyngri fyrir einstakling að hafa stjórn á henni. Þess vegna eru einfaldar ráðleggingar um að reyna að hætta að kroppa eða plokka ekki vænlegar til árangurs og geta jafnvel aukið á vanlíðan og vonbrigði fólks með að geta ekki hamið sig.

Þau lyf sem mest hafa verið rannsökuð í tengslum við meðferð á hárplokkunaráráttu eru SSRI-lyf en illa hefur gengið að sýna fram á árangur þeirra. Samanburðarrannsóknir benda til þess að lyfin geri ekki meira gagn en lyfleysa og þær rannsóknir sem hafa sýnt fram á árangur benda til þess að áhrifin séu bara til skamms tíma. Rannsóknir á húðkroppunaráráttu eru einnig misvísandi og stærsta rannsóknin sem gerð hefur verið hingð til sýndi engan mun á SSRI og lyfleysu.<sup>42</sup> Þessar neikvæðu niðurstöður eru athyglisverðar í ljósi þess að kannanir sýna að SSRI-lyfjameðferð er algengasta meðferðin sem fólk þjakað af þessum vandamálum fær.<sup>14</sup> Þó er vert að hafa í huga að mjög fáar rannsóknir hafa verið gerðar og ekki útilokað að einhver SSRI-lyf geri gagn fyrir að minnsta kosti hluta sjúklinga. Klómipramín hefur sýnt örlítið betri árangur í meðferð hárplokkunaráráttu en hann er þó ekki verulegur og marktækt minni heldur en árangur eftir atferlismeðferð.<sup>29</sup> Auk þess er langtímaárangur takmarkaður og aukaverkanir þessa lyfs virðast koma illa við fólk með hárplokkunaráráttu.<sup>32, 59</sup> Annars konar lyfjameðferð hefur einnig borið árangur og eru sérstaklega athyglisverðar niðurstöður á lyfinu N-acetylcystín. Stór samanburðarrannsókn sýndi að N-acetylcystínmeðferð dregur úr hárplokki og sjúklingar þola lyfið vel.<sup>36</sup> Þá benda tilfellingalýsingar til þess að lyfið geri einnig gagn fyrir húðkroppunaráráttu.<sup>45</sup>

Rannsóknir hafa oft sýnt að HR er árangursrík leið til að draga úr bæði hárplokkunar- og húðkroppunaráráttu og meðferðin virðist gera meira gagn en þau lyf sem í boði eru. Þó er algengt að fólk hrasir eftir HR, sérstaklega ef það nær ekki fullum bata í meðferðinni. Því er mikilvægt er að rannsaka hvers vegna meðferðin virkar og þróa hana enn frekar. Einnig er brýnt að fá úr því skorið hvort og að hve miklu leyti annars konar sálfræðimeðferð (til dæmis ACT eða hugræn meðferð) dregur úr þessum vandamálum eða bætir við árangur HR. Hárplokkunar- og húðkroppunarárátta eru lítið þekkt og lítið rannsökuð vandamál. Miðað við þær rannsóknir sem liggja fyrir má mæla með HR sem fyrsta kosti í meðferð. Því miður eru afar fáir meðferðaraðilar sem kunna að beita meðferðinni en hún er tiltölulega einföld í framkvæmd, sérstaklega fyrir þá sem þekkja atferlissálfræði.

## Heimildir

1. Laxness HK. Brekkukotsannáll. Helgafell, Reykjavík 1957.
2. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27: 611-26.
3. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. Hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder: A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Óbirt gögn*.
4. Snorrason Í. Húðkroppunarárátta: Klínísk einkenni, tengsl við aðrar geðraskanir og flokkun í DSM. *Sálfræðiritið* 2008; 13: 9-26.
5. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Húðkroppunarárátta: Klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. *Sálfræðiritið* 2009; 14: 103-13.
6. Snorrason I, Smári J, Ólafsson RP. Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 238-45.
7. Snorrason I, Smári J, Ólafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther* 2011; 42: 521-32.
8. Cristenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 415-7.
9. Grant JE, Williams KA, Potenza MN. Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: Co-occurring disorders and sex differences. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1584-92.
10. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Bear L, Jenike MA. Skin picking in German students. *Behav Modif* 2002; 20: 320-9.
11. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 183-6.
12. Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatr Ann* 1978; 8: 407-12.
13. Snorrason I. Tíðni húðkroppunarárátta meðal íslenskra háskóla- og menntaskólanema. *Óbirt gögn*.
14. Marcks BA, Wetterneck CT, Woods DW. Investigating healthcare providers' knowledge of trichotillomania and its treatment. *Cognit Behav Ther* 2006; 35: 19-27.
15. Szepletowski JC, Salomon J, Pacan P, Herehorów E, Zalewska A. Frequency and treatment of trichotillomania in Poland. *Acta Derm Venereol* 2009; 89: 267-70.
16. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1877-88.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> edition, text revision). American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
18. Tay Y, Levy ML, Metry D W. Trichotillomania in childhood: Case series and review. *Pediatrics* 2004; 113: 494-8.
19. Flessner CA, Conelea CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Cashin SE. Styles of pulling in trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behav Res Ther* 2008; 46: 345-57.
20. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40: 127-35.
21. Sah DE, Koo J, Price WH. Trichotillomania. *Dermatologic Therapy* 2008; 21: 13-21.
22. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 509-14.
23. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier S, Worhinsky P. Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *J Behav Ther and Exp Psychiatry* 2008; 39: 32-41.
24. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 454-9.
25. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL. A placebo-controlled, double blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1566-71.
26. Streichenwein SM, Thornby JL. A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1192-6.
27. van Minnen A, Hoogduin KAL, Keijsers GPJ, Hellenbrand I, Hendriks G-J. Treatment of trichotillomania with behavior therapy or fluoxetine. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 517-22.
28. Dougherty DD, Loh R, Jenike MA, Keuthen NJ. Single modality versus dual modality treatment of trichotillomania: Sertraline, behavior therapy or both? *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1087-96.
29. Bloch MH, Landeros-Weisenberg A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 839-46.
30. Iancu I, Weizman A, Kindler S, Sasson Y, Zohar J. Serotonergic drugs in trichotillomania: treatment results in 12 patients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 641-4.
31. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Golberger EL, Cheslow DL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* 1989; 321: 497-501.
32. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 47-50.
33. Swedo SE, Lenane MC, Leonard HL. Long term treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* 1993; 329: 141-2.
34. Ninan PT, Knight B, Kirk L, Rothbaum BO, Kelsy J, Nemeroff CB. A controlled trial of venlafaxine in trichotillomania: interim phase I results. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 221-4.
35. Ninan PT. Conceptual issues in trichotillomania, a prototypical impulse control disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 72-5.
36. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-Acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: A double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 756-63.
37. van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Bennett M, Oakman J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1336-43.
38. Stewart RS, Nejtck VA. An open-label, flexible-dose study of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 49-52.
39. Khouzam HR, Battista MA, Byers PE. A case study: An overview of trichotillomania and its response to treatment with quetiapine. *Psychiatry* 2002; 65: 261-70.
40. Bloch MR, Elliot M, Thompson H, Koran LM. Fluoxetine in pathological skin picking: Open-label and double-blind results. *Psychosom* 2001; 42: 314-9.
41. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathological skin picking. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 341-7.
42. Arbabi M, Farnia V, Balighi K, Mohammadi MR, Nejati-Safa AA, Yazdchi K, et al. Efficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking, a randomized double blind placebo controlled trial. *Acta Medica Iranica* 2008; 46: 367-72.
43. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathological skin picking: An open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1384-91.
44. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of Lamotrigine for pathological skin picking: Treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 396-403.
45. Odlaug BL, Grant JE. N-acetyl cysteine in the treatment of grooming disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27: 227-9.
46. Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 283-8.
47. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: Method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Res Ther* 1973; 11: 619-28.
48. Mansueto CS, Golomb RG, Thomas AM, Stemberger RMT. A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Cognit Behav Practice* 1999; 6: 23-43.
49. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Welch SS, Taylor C, Falkenstein M, Heekin M, et al. Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depress Anxiety* 2010; 27: 953-9.
50. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press, New York 2003.
51. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006; 44: 639-56.
52. Azrin NH, Nunn RG, Frantz SE. Treatment of hair pulling (trichotillomania): A comparative study of habit reversal and negative practice training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1980; 11: 13-20.
53. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Maltby N, Crocetto J. Group treatment for trichotillomania: Behavior therapy versus supportive therapy. *Behav Ther* 2006; 37: 353-63.
54. Keijsers GP, van Minnen A, Hoogduin CA, Klaassen BN, Hendriks MJ, Tanis-Jacobs J. Behavioural treatment of trichotillomania: two-year follow-up results. *Behav Res Ther* 2006; 44: 359-70.
55. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking - A pilot investigation. *Behav Modif* 2006; 30: 411-22.
56. Schuck K, Keijsers GPJ, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther* 2011; 49: 11-7.
57. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Cognitive-behavior therapy for self-injurious w picking. *Behav Modif* 2002; 26: 361-77.
58. 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: 1513-22.
59. Denys D, van Megen HJGM, Westenberg HGM. Emerging skin-picking behaviour after serotonin reuptake inhibitor-treatment in patients with obsessive-compulsive disorder: Possible mechanisms and implications for clinical care. *J Psychopharmacol* 2003; 17: 127-9.

## ENGLISH SUMMARY

**Diagnosis and treatment of hair pulling- and skin picking disorder**

Snorrason I,<sup>1</sup> Björgvinsson T<sup>2</sup>

Hair pulling disorder (HPD; trichotillomania) is characterized by recurrent pulling of hair from the scalp, eyebrows or other parts of the body. Skin picking disorder (SPD) is closely related to HPD and involves recurrent picking of the skin. Even though both HPD and SPD are relatively common and potentially severe disorders, health professionals typically know little about them. In the present article, we describe the clinical characteristics of these problems and provide diagnos-

tic guidelines. We also discuss main treatment approaches (drug treatments and behavior therapy) and review research on their efficacy. Results show that behavior therapy (habit reversal) has consistently been shown to be effective, SSRIs seem not to work, but preliminary data suggest that other drugs (e.g. N-Acetylcysteine) may benefit some patients.

**Key words:** *Trichotillomania, hair pulling, skin picking, drug treatment, behavioral treatment.*

**Correspondence:** *Ivar Snorrason, [ivarsnorrason@gmail.com](mailto:ivarsnorrason@gmail.com)*

*<sup>1</sup>Department of Psychology University of Wisconsin-Milwaukee, <sup>2</sup>McLean Hospital / Harvard Medical School.*