

**Trikotillomani i et norsk utvalg -
en sammenligning med funn fra internasjonale studier**

Alberte Valentini Nereid

Hovedoppgave ved Profesjonsstudiet i psykologi, PSYPRO 4100

Norges Teknisk- Naturvitenskaplige Universitet (NTNU)

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Psykologisk institutt

Forord

Denne hovedoppgaven er skrevet som et avsluttende prosjekt ved profesjonsstudiet i psykologi. Takket være min veileder, professor Patrick Vogel, har jeg fått muligheten til å fordype meg i et interessant tema som lenge har vært et oversett felt, nemlig vane- og impulsforstyrrelsen trikotillomani. Det er behov for mer kunnskap både om pasientgruppen og behandlingsalternativer. I denne hovedoppgaven tar jeg for meg deler av datamaterialet fra forskningsprosjektet ”Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment Study” (2013). Forskningsprosjektet er det første som undersøker et norsk utvalg pasienter med trikotillomani, og presentert i denne oppgaven er de første analysene av dette datamaterialet.

Jeg vil først og fremst takke veileder for at jeg har fått mulighet til å benytte dette datamaterialet. Veileder har bidratt med nyttig og konstruktiv tilbakemelding, og dermed gjort dette til en lærerik prosess for meg. Dernest vil jeg takke prosjektleder for trikotillomani-prosjektet, psykiater Benjamin Hummelen og forskningsmedarbeider psykiatrisk sykepleier Erna Moen ved Oslo Universitetssykehus for gode innspill, samt rask og god hjelp med datamateriale. Takk til Kyrre Svarva for bistand med den statistiske delen av oppgaven.

En stor takk til min familie, mine venner og min samboer for all støtte. Un bacione grande alla mia famiglia.

Trondheim, 22. januar 2015

Alberte Valentini Nereid

Sammendrag

Trikotillomani er en psykisk lidelse som kjennetegnes av gjentakende utrivning av hår. Lidelsen har fram til nyere tid vært en oversett diagnose, på tross av at den kan ha store, negative psykososiale konsekvenser for den rammede. Datamaterialet brukt i denne oppgaven er hentet fra forskningsprosjektet ”Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment Study” (2013), som er det første studiet som undersøker et norsk utvalg med TTM-pasienter. Denne hovedoppgaven kartlegger en norsk TTM-profil basert på følgende åtte selvrapportskjema: alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS), typer hårnapping (MIST-A), funksjonsnivå (WSAS), aksept- og handling for trikotillomani (AAQ-4TTM), aksept- og handling (AAQ-II), angst (GAD-7), depresjon (PHQ-9) og spisevansker (EDS-5). Utvalget skårer i klinisk område på samtlige selvrapportskjema. Resultatene er sammenholdt med forskning på internasjonale utvalg og viser stor grad av samsvar. Funnene fra det norske utvalget bekrefter dermed de internasjonale funnene om at trikotillomani-pasienter er en belastet pasientgruppe med behov for behandling, og at det kreves videre forskning på lidelsen.

Introduksjon

I 1889 skrev dermatologen Francois Hallopeau, som en av de første, om en mann som rev ut hår fra sin egen kropp (Hallopeau, 1889, sitert av Chamberlain, Odlaug, Boulougouris, Fineberg, & Grant, 2009). Hallopeau var også opphavsmann til lidelsens navn "trichotillomania" som er hentet fra de greske ordene *trich* (hår), *tillo* (å dra ut) og *mania* (abnormal kjærlighet/morbid impuls mot et objekt, sted eller atferd) (Salaam, Carr, Grewal, Sholevar, & Baron, 2005). Siden den gang har lidelsen blitt viet relativt lite oppmerksomhet av forskere og behandlere, på tross av at den kan ha store negative konsekvenser for personen som er rammet (Diefenbach, Reitman, & Williamson, 2000; Stemberger, Thomas, Mansueto, & Carter, 2000). Studien til Woods, Flessner, et al. (2006) belyser hvordan dette har påvirket behandlingstilbudet: Av individene i studien som hadde oppsøkt helsetjenester for sine problemer med hårnapping, opplevde rundt halvparten at den helsefaglige arbeideren enten ikke hadde kunnskap, eller kun så vidt hadde hørt om trikotillomani (TTM) tidligere.

Flere argumenterer for at hårnapping kan sees i et kontinuum fra napping uten særlig påvirkning på individets funksjon, til alvorlig hårnapping hvor adferden får store psykososiale konsekvenser (Stanley, Borden, Mouton, & Breckenridge, 1995). Woods and Miltenberger (1996) gjorde et forsøk hvor 44 friske individer ble utsatt for tre ulike situasjoner: En situasjon med lite stimuli, en nøytral og en angstfremmende situasjon (forberede seg på å holde en presentasjon). I den angstfremkallende situasjonen begynte flere av deltakerne med manipulasjon av håret, noe som peker i retning av at dette fungerer som en angstdempende adferd generelt.

En form for hårnapping er også observert hos enkelte dyr, blant annet hos harer, sau, marsvin, mus, aper, hunder og katter. Nappingen er enten rettet mot dyret selv eller mot en annen av samme art, og dyrene spiser ofte pelsen/hårene de napper av (Reinhardt, 2005). Felles er at fenomenet kun er observert hos dyr som holdes i et kunstig miljø. Også Bordnick, Thyer, and Ritchie (1994) rapporterer om fjærnapping hos fugler. Som hos mennesker er flesteparten av dyrene som napper hunkjønn, og atferden later til å være en respons på engstelse, depresjon eller kjedsomhet (Reinhardt, 2005).

"Å rive seg i håret av frustrasjon" er et vanlig brukt uttrykk, og det er anslått at om lag 15 % av amerikanske studenter driver med såkalt "ikke-klinisk hårnapping", som i studien er definert som hårnapping utenom vanlig daglig stell av håret men som ikke resulterer i synlig hårtap (Stanley, Borden, Bell, & Wagner, 1994). Flesteparten av disse ikke-kliniske hårnapperne var kvinner og nappingen foregikk hovedsakelig under stillesittende og rolige

aktiviteter som å lese eller se på TV. Hårnapperne hadde også høyere nivå av interpersonlig sensitivitet, angst og nevrotisme. Dette sammenfaller med funn fra det kliniske utvalget, og støtter dermed synet på hårnapping som kontinuerlig adferd (Christenson & Mackenzie, 1994; Cohen et al., 1995).

TTM ble først inkludert i diagnosemanualen DSM-III i 1987 (American Psychiatric Association, 1987), og i ICD-9 i 1978 (World Health Organization, 1978). Strengt diagnostiske kriterier, kombinert med pasientens skamfølelse og hemmelighold av adferden, førte til at TTM lenge ble sett på som en svært sjelden lidelse (Stemberger et al., 2000). Christenson, Pyle, and Mitchell (1991) anslår imidlertid at antall rammede er mellom 1-3 % (1,5 % for menn og 3,4 % for kvinner) av befolkningen, og at forløpet anses som kronisk (Christenson, Mackenzie, & Mitchell, 1991; Cohen et al., 1995).

De senere årene har kunnskap TTM økt, og ulike behandlingsmetoder har blitt utprøvd. TTM deles ofte opp i ”automatisk” og ”fokusert” hårnappingsstil (Christenson & Mackenzie, 1994). Azrin et al. var de første som foreslo Habit Reversal Training (HRT) som behandling for TTM, vaner og tics (Azrin & Nunn, 1973; Azrin, Nunn, & Frantz, 1980). Gjennom HRT (tics-kontrollerende trening) læres pasienter å bli mer bevisst sin hårnapping, og deretter å utføre en konkurrerende respons som er uforenelig med å nappe hår når trangen kommer, slik som å knytte neven eller folde hendene sammen. HRT har god empirisk støtte som effektiv behandling for å redusere den automatiserte, ubevisste nappingen (Duke, Keeley, Geffken, & Storch, 2010).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (aksept-og forpliktelsesterapi) forstår den fokuserte nappingen som et uttrykk på å unngå vanskelige indre og ytre opplevelser, kalt ”experiential avoidance” (unngåelse av opplevelse) (Holden, 2007). Blackledge and Hayes (2001) argumenterer for at forsøk på å regulere sine emosjoner på denne måten kan være årsak til mange former for psykopatologi. Behandlingen går derfor ut på å få pasienten til å akseptere og oppleve sine emosjoner, tanker og følelser slik de er, uten å manipulere eller unngå dem, og at pasienter ved å oppnå en slik aksepterende holdning vil få en reduksjon av den fokuserte nappingen (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Studien til Woods, Wetterneck, and Flessner (2006) viser at en kombinasjon av ACT og HRT fører til reduksjon av hårnapping, mindre ”unngåelse av opplevelse”, og reduksjon av komorbide lidelser som depresjon og angst hos pasienter med TTM. Woods and Twohig (2008) har utarbeidet en behandlingsmanual som kombinerer nettopp HRT og ACT. Manualen har vist lovende resultater ved bruk i individualterapi (Woods, Wetterneck, et al., 2006). I 2013 ble den norske studien ”Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A

Treatment Study” igangsatt hvor denne manualen testes i gruppebehandling. Prosjektleder for studien er psykiater Benjamin Hummelen ved Oslo Universitetssykehus. Studien har tre hovedmål: 1) å undersøke TTM-pasienters egenskaper i et norsk utvalg, 2) å undersøke hvordan behandlingsmanualen fungerer i gruppeterapi, 3) å undersøke om personlighetspatologi er en prediktor for behandlingsutfall. I tillegg gir studien mulighet til å vurdere hvordan andre faktorer, slik som behandlerens etterlevelse av manualen, påvirker behandlingsresultatet. Behandlingen foregår ved tre behandlingssteder: Oslo Universitetssykehus, St.Olavs Hospital og Sørlandet Sykehus.

God kjennskap til pasientgruppa muliggjør preventive tiltak, bedre behandlingsmetoder og dermed et godt behandlingsutfall for en pasientgruppe som ofte er hardt belastet. Tidligere forskning er imidlertid hovedsakelig blitt gjort på amerikanske TTM-utvalg, og forskningsprosjektet til Hummelen et. al. er dermed det første studiet på norske TTM-pasienter. Forskningsprosjektet er fortsatt pågående, og funn fra studien er enda ikke publisert.

I denne oppgaven benyttes datamaterialet samlet inn i forbindelse med studien til Hummelen et. al. Funnene i denne oppgaven vil dermed være de første på norske pasienter med TTM, og målet med oppgaven er å skissere en norsk TTM-profil. For å oppnå dette vil oppgaven ta for seg samtlige skjema i ”skjemapakke 1” (med unntak av NEO-FFI) som ble administrert ved behandlingsoppstart, og dermed måler pasientenes tilstand før behandling. Bruk av et bredt spekter med selvrapportskjema gjøres nettopp for å få en bredest mulig kartlegging av de norske pasientene. Dette ansees som nødvendig, selv om dette til en viss grad vil gå ut over oppgavens dybde, fordi det på nåværende tidspunkt ikke eksisterer datamateriale på de norske pasientene med TTM. Oppgaven tar for seg TTM ved å undersøke aspekter som symptombelastning, komorbiditet og funksjonsnivå. To spørsmål vil her være relevante: 1) Hva kjennetegner de norske TTM-pasientene? 2) Er kjennetegn ved det norske utvalget konsistent med pasientprofil fra ikke-norske studier? Spørsmålene vil besvares gjennom en teoretisk gjennomgang av forskning på område, og en sammenligning mellom funn fra internasjonale utvalg og resultatene fra det norske datagrunnlaget.

Teoretisk gjennomgang

Klassifisering i diagnosemanualene DSM og ICD

De diagnostiske kriteriene for en TTM-diagnose i tidligere versjoner av DSM var nokså rigide, men har imidlertid gjennomgått en oppmykning i den seneste versjonen av DSM (American Psychiatric Association, 2013). Flere klinikere har vært bevisst på at de tidligere diagnosekriteriene ikke har samsvart med klinisk erfaring, og det er derfor blitt utført studier hvor personer som ikke oppfylte kriteriene til en TTM-diagnose likevel er blitt inkludert i utvalget. Slike studier, utført før 2013, opererer gjerne med begreper som ”hårnapping” og ”ikke-klinisk hårnapping” for å beskrive deltakere som under datidens versjoner av DSM ikke oppfylte kriteriene til diagnosen TTM. Her ligger en utfordring i teoretisk gjennomgang av materialet, da vi ikke alltid kan konkludere ut i fra gitte opplysninger om deltakere i tidligere studier ville kvalifisert til en diagnose under nåværende versjon av DSM.

I den tiende revisjonen av ”Den Internasjonale Statistiske Klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer” (ICD-10) som utkom i 1992 finner man TTM under kapittelet ”Vane- og impulsforstyrrelse” (World Health Organization, 1992). I ”*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-V) som utkom i 2013 er lidelsen beskrevet under ”Tvangslidelse og relaterte lidelser” (American Psychiatric Association, 2013). Under følger de diagnostiske retningslinjene for TTM i henholdsvis ICD-10 og DSM-V.

ICD-10 (World Health Organization, 1992)

Vane- og impulsforstyrrelse

F63.3 Trikotillomani: Lidelsen er kjennetegnet ved merkbart hårtap som følge av gjentatt manglende kontroll av impulsen til å nappe ut hår. Nappingen er vanligvis forbundet med økt spenning før, og lettelse eller tilfredstillelse etter handlingen.

Denne diagnosen skal ikke brukes dersom det på forhånd foreligger en hudlidelse, eller hvis hårnappingen er en følge av vrangforestilling eller hallusinasjoner. Ekskl: stereotyp bevegelsesforstyrrelse med plukking i håret F98.4

DSM-V (American Psychiatric Association, 2013)

Tvangslidelse (OCD) og relaterte lidelser

312.39 Trikotillomani (Hårnappingslidelse).

- A. Gjentakende napping av eget hår som resulterer i hårtap
- B. Gjentatte forsøk på å redusere eller slutte med hårnapping
- C. Hårnappingen forårsaker signifikante vansker/nedsatt funksjon sosialt, i arbeidslivet eller på andre funksjonsområder
- D. Hårnappingen eller hårtapet kan ikke attribueres til en annen medisinsk tilstand (for eksempel en dermatologisk sykdom)
- E. Hårnappingen kan ikke bedre forklares som et symptom på en annen psykisk lidelse (for eksempel forsøk på å forbedre en opplevd defekt ved eget utseende slik som ved Dysmorfofobi).

Fra DSM-IV til DSM-V har det skjedd en oppmykning i de diagnostiske kriteriene, noe flere forskere og klinikere har tatt til orde for (Stanley et al., 1995). I DSM-IV krevde en TTM-diagnostisering at nappingen skulle føre til ”synlig hårtap” (American Psychiatric Association, 1994). I DSM-V ser vi imidlertid at kriteriet er modifisert og krever nå kun ”hårtap”. Dette er i overenstemmelse med funn fra studier som viser at mange med TTM napper håret jevnt for å unngå skallede flekker (Stein et al., 2010).

Videre var det i DSM-IV diagnostiske kriterier at pasienten ”skulle føle anspenhet før napping” og ”nytelse eller lettelse under selve nappingen”. Kritikerne mente disse emosjonelle kategoriene var for smale og i artikkelen til Woods, Flessner, et al. (2006) ble det tydelig at det var ulikheter innad i TTM-gruppa. King et al. (1995) setter for eksempel spørsmålstegn ved et slikt anspenhet-gratifiseringsmønster hos pasienter med TTM. Dette mønsteret kjennetegner i større grad pasienter med OCD-lidelse, selv om også denne pasientgruppa opplever ulike emosjoner i forbindelse med tvangshandlinger (Ferrão, Miguel, & Stein, 2009).

Sammen kan disse tidligere strenge diagnostiske kriteriene ha ført til underdiagnostisering av TTM (Stein et al., 2010). I ICD-10 er ”merkbart hårtap” og ”spenning før, og lettelse eller tilfredstillelse etter handlingen” fortsatt diagnostiske kriterier. ICD-11 utkommer i 2017, og da får vi svar på om WHO følger DSM ved å myke opp kriteriene for TTM.

TTM som OCD-spektrum lidelse

Forslag til klassifisering. Den kanskje største endringen i nåværende versjon av DSM, er at TTM er flyttet fra ”Impulse-Control Disorder not elsewhere classified” til å bli

kategorisert som en OCD-spektrum lidelse. I ICD-10 ser vi at diagnosen stadig er klassifisert som en impulskontrollforstyrrelse. Dette er en debatt hvor flere alternative forslag til kategorisering av TTM er blitt foreslått. For eksempel foreslår Stein et al. (2008) at TTM er en type "stereotypic movement disorder" (SMD) som kjennetegnes av ikke-funksjonelle, repetitive bevegelser som man typisk finner hos tilbakestående mennesker. 70 % av deltakerne med TTM i utvalget hadde også kroppsfokusert repetitiv adferd, mest utbredt var hudplukking (skin picking) og neglebiting. Studien fant også en positiv sammenheng mellom antall ulike typer kroppsfokusert repetitiv adferd og mengde hårnapping, depresjon, angst og stress. Lochner, Simeon, Niehaus, and Stein (2002) støtter et fenomenologisk overlapp mellom TTM og hudplukking. Resultatene fra denne studien viser at pasienter med TTM og pasienter med hudplukking er svært like når det gjelder komorbiditet, personlighetsfaktorer og demografiske variabler. Andre forskere har foreslått fenomenologisk overlapp mellom TTM og tics, Tourettes syndrom og selvskading (Altman, Grahs, & Friman, 1982; Ferrão et al., 2009; Lochner et al., 2005).

TTM og OCD. Cohen et al. (1995) fant at pasienter med TTM i større grad hadde komorbid OCD enn den generelle befolkningen, noe som kan tas til inntekt for at TTM inngår i et OCD-spektrum. Menn med TTM har oftere komorbid OCD og tics enn kvinner (Lochner, Seedat, & Stein, 2010). OCD-pasienter rapporterer mer komorbiditet, mer risikounngåelse, mer maladaptive tanker, og er i større grad blitt utsatt for seksuelle misbruk (Lochner et al., 2005) enn pasienter med TTM noe som kan tyde på at funksjonsnedsettelsen hos pasienter med OCD er større enn hos pasienter med TTM. Tükel, Keser, Karalı, Olgun, and Çalıkuşu (2001) fant at debutalder for TTM var lavere (15,7, SD=6,4) enn debutalder for OCD (20,6, SD=8,0). Stanley et al. (1994) foreslår at TTM og OCD overlapper kun på bakgrunn av at begge er assosiert med generalisert angstlidelse. Ferrão et al. (2009) poengterer at OCD karakteriseres av både tvangstanker og tvangshandlinger som utføres over flere domener (vasketvang, sjekketvang), mens TTM karakteriseres av kun hårnapping. Studien tyder også på at tanke-adferd-mønsteret som karakteriserer OCD-lidelsen heller ikke er særlig karakteristisk for TTM.

Risikounngåelse og impulsivitet. Hollander, Anthony, Brondolo, Coccaro, and Fallon (1993) definerer TTM i et tvangstanke/tvangshandlingsspekter. De skisserer et kontinuum hvor tvangshandlinger og risikounngåelse befinner seg i den ene enden av skalaen, og impulsivitet og risikosøkende atferd befinner seg i den andre. I rekkefølge fra motvilje mot risiko til risikosøking inkluderer de følgende diagnoser i spekteret: tvangslidelse (OCD), hypokondri, dysmorfofobi, anorexia nervosa, depersonalisasjonstilstand, Tourettes syndrom,

bulimia nervosa, trikotillomani, patologisk spillegalskap, seksuell kompulsjon og borderline/antisosial personlighetsforstyrrelse. Enkelte av tilstandene skissert i spekteret viser høy komorbiditet med TTM (Christenson, Mackenzie, et al., 1991) og underbygger dermed et slikt spekter.

Arzeno, Almeida, Bedin, Rosa, and D'Arrigo (2006) argumenterer også for at pasienter med OCD forsøker å unngå risiko og angst ved å utføre tvangshandlinger, mens pasienter med TTM og hudplukking skårer høyt på impulsivitet. Impulsivitet vil si mangel på kontroll og ønske om å oppnå umiddelbar nytelse, noe som kan få skadelige konsekvenser. Pasienter med TTM (og hudplukking) opplever at impulsen kommer brått på og reagerer raskt på impulsen, mens pasienter med OCD i større grad har mulighet til å utsette impulsen. Etter utførelsen av handlingen føler pasientene med TTM (og hudplukking) mer intensiv skyldfølelse enn pasienter med OCD (Arzeno et al., 2006).

Nevropsykologiske funn. Under den nevropsykologiske testen "Cambridge gamble test", som måler impulsivitet, ble det imidlertid ikke funnet avvik i beslutningstakingen til pasientene med TTM. TTM og OCD- gruppene skilte seg altså ikke på verken risikounngående eller risikosøkende atferd (Chamberlain et al., 2007) slik Hollander et al. (1993) og Arzeno et al. (2006) foreslår. Chamberlain, Fineberg, Blackwell, Robbins, and Sahakian (2006) fant imidlertid at både pasienter med OCD og pasienter med TTM viser vansker med motorisk inhibering, men at pasientene med TTM viste større vansker enn pasientene med OCD.

Begge diagnosegruppene har vansker med spatialt arbeidsminne, og hadde lav skåre på "Rey-Osterrieth Complex Figure Copy". Dette er en test hvor man skal gjengi en detaljert figur fra hukommelsen, og er et mål på visuell hukommelse og eksekutiv fungering (Coetzer & Stein, 1999). OCD-pasientene hadde imidlertid vansker med flere av de nevropsykologiske testene som ble administrert sammenlignet med TTM-pasientene (Chamberlain et al., 2007). Eksekutiv funksjon favner blant annet områder som inhibering, oppmerksomhet og selvmonitorering, og er nært assosiert med det frontostriatale nettverket. Dette er konseptualisert som en krets mellom prefrontal korteks, striatum, basalgangliene og thalamus (Hestad & Egeland, 2010). Bruk av kognitive strategier for å yte maksimalt på nevrokognitive tester, forutsetter god funksjon av frontostriatale kretser. Dysfunksjon av dette nettverket kan gi seg utslag som vansker med motorikk, kognitive funksjoner og adferd. Det er foreslått at dette nettverket er dysregulert i mennesker med diagnoser som ADHD, schizofreni og OCD (Alexander, DeLong, & Strick, 1986; Hestad & Egeland, 2010). Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins, and Sahakian (2006) viser hvordan nettopp pasienter med OCD, men ikke

pasienter med TTM, hadde vansker med implementering av nye strategier, noe som kan tyde på at disse pasientene er lite kognitivt fleksible på grunn av frontostriatal dysfunksjon.

Funnene tyder altså på mer nevrokognitive vansker for pasienter med OCD, uten at dette funnet utelukker TTM i et OCD-spektrum. Presentert over er både for- og motargumenter for å innlemme TTM i et OCD-spektrum. Stein et al. (2010) peker på at det kan være nyttig for klinikere med en inndeling med OCD og TTM sammen, da behandlingsmetodene og kartlegging av komorbiditet vil være nokså lik for begge lidelsene.

Årsaksforklaringer

Det finnes ingen enkel forklaringsmodell på hvordan hårnapping starter. Sårbarhetsstress-modellen er den generelle forklaringsmodellen for psykiske lidelser som også kan være et nyttig forståelsesrammeverk for TTM.

Miljø. Lochner, du Toit, et al. (2002) benyttet det retrospektive selvrapportskjemaet "Childhood Trauma Questionnaire" for å kartlegge emosjonell og fysisk neglekt og misbruk, inkludert seksuelt misbruk. Resultatet viste at TTM-pasienter har høyere skåre på skjemaet sammenlignet med frisk kontrollgruppe. TTM pasientene skåret signifikant høyere på to former for traume: Emosjonell neglekt og fysisk misbruk. Hårnapping kan dermed forstås som en unnvikelse eller selvstimulerende mestringsstrategi i forhold til å takle traumeminner. 19 % av utvalget til Gershuny et al. (2006) oppfylte kriteriene til å kunne stille en post traumatisk stresslidelse-diagnose (PTSD), og denne prosentandelen er større enn den man vil finne i den generelle befolkningen. Imidlertid tyder resultatene også på at TTM-pasientene med komorbid PTSD nappet færre hår og brukte mindre tid på hårnappingen enn pasienter uten PTSD. Forfatterne konkluderer derfor med at forholdet mellom PTSD og TTM fortsatt er uklart (Gershuny et al., 2006). Hos familiemedlemmer til den rammede av TTM rapporteres det om rusmisbruk, depresjon og angstlidelser (Cohen et al., 1995). Funnene i denne artikkelen kan tyde på at familiemedlemmene selv har vansker med emosjonsregulering, og at dette overføres til barnet som uten modellering for hvordan man skal håndtere følelsesintensitet, tar i bruk hårnapping som en maladaptiv strategi.

Mansueto, Townsley Stemberger, Thomas, and Golomb (1997) foreslo at interne og eksterne signal gjennom klassisk betinging kan føre til behovet for å nappe. Indre signal kan være affektive tilstander (som kjedsomhet og engstelse) og kognitive (øyenbrynene mine er ikke symmetriske) eller sensoriske signaler (kjenne et hårstrå mellom fingrene med en spesiell kvalitet man vil nappe ut). Eksterne signaler er oppholdssteder man befinner seg i når man

vanligvis napper og objekter man bruker for å nappe, slik som for eksempel henholdsvis soverommet og pinsett. Soverommet er ofte assosiert med stell, avspenning og refleksjon rundt dagen noe som kan trigge napping. Etterhvert vil soverommet og nærhet til pinsett el. gjennom klassisk betinging assosieres med napping selv uten at de initielle faktorene er tilstede. Mansueto et al. (1997) beskriver også hvordan kroppspositur kan trigge napping, for eksempel når hånden er nær hodet under stell av håret eller når man hviler hodet i hånden.

Genetisk sårbarhet. Novak, Keuthen, Stewart, and Pauls (2009) sammenlignet eneggede med toeggede tvillinger med TTM og fant en sterke genetisk komponent i utvikling av TTM. Keuthen, Makris, et al. (2007) fant også strukturelle forskjeller i hjernen mellom pasienter med TTM og kontroller. Pasientene med TTM hadde redusert størrelse på lillehjerne sammenlignet med friske kontroller. Flere nevrotransmittere er også foreslått å være medvirkende årsak til TTM. Serotonin er linket til impulskontrollforstyrrelser som jo TTM er beskrevet som i ICD-10. Medikamenter benyttet for TTM er Fluoxetine og Clomipramine som virker på serotonerge synapser (Woods, Flessner, et al., 2006). Behandling med disse medisinene har vist moderat til god effekt på kortsikt, mens virkningen på lang sikt er variabel (Koran, Ringold, & Hewlett, 1992; Swedo, Lenane, & Leonard, 1993). Funnet om at Clomipramine hadde effekt på TTM bidro til at TTM og OCD ble sett som assosierte lidelser, da dette medikamentet også fungerte på pasientgruppen med OCD (Ferrão et al., 2009). Det er også foreslått dysfunksjon av dopamin og glutamat (Grant, Odlaug, & Kim, 2009; Stein & Hollander, 1992). Mest utbredte ikke-medikamentelle behandlingen er atferdsterapi (Woods, Flessner, et al., 2006).

Klinisk profil, funn fra internasjonale utvalg

Under følger en klinisk profil basert på funn fra internasjonal forskning på TTM. Profilen baserer seg rundt følgende hovedtema: Debutalder, typer hårnapping, emosjoner forbundet med hårnapping, konsekvenser av TTM og komorbiditet.

Debutalder

Av enkelte forskere sees hårnapping som starter i barndommen som en mild form for TTM med et kortere sykdomsforløp, mens andre mener det er starten på alvorlige og kroniske psykiske lidelser (Cohen et al., 1995; Walsh & McDougale, 2001). Det er vanlig at barn som napper hår også har tre andre former for repetitiv atferd, slik som å bite negler, plukke på

huden og bite på leppene. Hos voksne med TTM ser vi som oftest bare én slik repetitiv adferd i tillegg til TTM (Flessner, Woods, Franklin, Keuthen, & Piacentini, 2009). Wright and Holmes (2003) fant at barna i studien (snittalder 26 måneder) kun nappet hår fra hodet. 50 % hadde en angst-diagnose i tillegg til hårnappingen, mens en tredjedel av barna også hadde utviklingsvansker slik som sen språkutvikling. Gjennomsnittlig debutalder av TTM varierer fra 12-14 år (Christenson, Mackenzie, et al., 1991; Diefenbach, Mouton-Odum, & Stanley, 2002; Lochner et al., 2010; Rufer et al., 2014). I barndommen er det relativt jevn kjønnsfordeling av hårnappere, mens det fra 13-års alderen er hovedrepresentasjon av kvinner med diagnosen TTM (Cohen et al., 1995).

Typer hårnapping

Det er gjort forsøk på å skille ulike typer av hårnapping fra hverandre i forhold til funksjon og alvorlighetsgrad. Det vanligste skille, som nevnt innledningsvis, gjøres mellom ”automatisk” og ”fokusert” hårnapping (Christenson & Mackenzie, 1994). Ved den automatiske hårnappingen napper pasienten hår uten å være seg det bevisst, for eksempel legger personen først merke til det når hun ser håret som ligger på gulvet. Denne type napping forekommer ofte mens personen gjør andre aktiviteter, gjerne av avslappende karakter slik som å lese, kjøre bil eller ser på TV. Altman et al. (1982) beskriver et ekstremt eksempel på automatisk hårnapping hvor en tre år gammel jente napper hår mens hun sover.

Den andre type hårnapping, ”fokusert napping”, kjennetegnes med en viss grad av planlegging forut for selve handlingen. For eksempel forberedes hjelpemidler slik som et speil og pinsett, og personen oppsøker et rom eller sted hvor hun kan nappe. Det er sjelden at en person rammet av TTM napper i det offentlige rom, men enkelte føler seg trygge nok på sine aller nærmeste til å nappe også i deres nærvær.

De fleste med TTM har imidlertid både fokusert og automatisk hårnappingsstil (Flessner, Conelea, et al., 2008). Graden av de ulike stilene kan imidlertid variere fra person til person, men også endre seg gjennom livet. Særlig fokusert napping har vist seg å variere i omfang og sammenfalle med viktige biologiske endringer. Denne type napping øker typisk ved 13-års alderen som sammenfaller med gjennomsnittlig oppstart av pubertet og debutalder for TTM. Det er også vanlig med en økning i fokusert napping før overgangsalderen (39-48 år) (Flessner et al., 2009).

En studie gjort på 1545 deltakere med TTM viste at deltakere som rapporterte høy forekomst av fokusert napping i større grad rapporterte øyenbryn, øyenvipper og kjønnsår

som hyppigste nappsteder. Denne gruppa hadde også mer alvorlig TTM, mer stress og depresjon enn deltakerne som hadde lite fokusert napping (Flessner, Conelea, et al., 2008). Mansueto et al. (1997) fremholder at kognisjon ikke spiller en signifikant rolle i hårnapping for de fleste pasienter, men at den er mest forbundet med fokusert napping. Det er særlig den fokuserte hårnappingen som er blitt sett i sammenheng med en slags manglende evne til å håndtere emosjonelle tilstander. Nappingen kan foregå over mange timer og blir en slags flukt fra vanskelige tanker, følelser og minner.

Pasienter med mye automatisk napping rapporterte mer stress og angst enn dem med mindre automatisk napping (Flessner, Conelea, et al., 2008). Lochner et al. (2010) fant at hårnappere som oppgav å ha like mye automatisk som fokusert hårnapping rapporterte signifikant mer svekkelse enn dem som rapporterte at de hadde mest automatisk napping. Flessner, Conelea, et al. (2008) foreslår at det er det totale nivået av napping som er avgjørende: Pasienter med mye automatisk og fokusert nappetil har mer alvorlig napping og mer psykologiske forstyrrelser enn pasienter med mindre total napping, uavhengig av nappetil.

I artikkelen til Ferrão et al. (2009) skisseres en modell hvor Tourettes syndrom, TTM og OCD har overlappende trekk. I denne modellen overlapper automatisk hårnapping mest med Tourettes syndrom, mens fokusert hårnapping overlapper mest med OCD. Ved automatisk hårnapping kan pasienten oppleve et plutselig behov for å nappe etterfulgt av en følelse av lettelse etter handlingen. Dette er i overenstemmelse med tics i Tourettes syndrom som kjennetegnes av et behov for plutselig fysiske og vokale utbrudd. Automatisk hårnapping kan sees som en transe-lignende tilstand hvor det foregår lite kognitiv virksomhet rundt nappingen. Dette stemmer også for tics som forekommer uten kognisjon forut for adferden. Som nevnt tidligere er fokusert napping mer kognitivt fundert. Den fokuserte nappingen kan noen ganger være et resultat av tvangstanker slik som et ønske om at håret skal være symmetrisk eller et ønske om perfektjon, og overlapper i så måte med OCD. Videre utføres både fokusert napping og OCD på en repetitiv og ritualistisk måte, og hårnappingen kan følge angst- reduksjonsmønsteret som er typisk for OCD.

Nappsteder. Hårnappingen kan foregå overalt hvor det vokser hår på kroppen, og det vanligste stedet å nappe fra er fra hodet etterfulgt av napping fra øyenvipper, øyenbryn og kjønnsår (Diefenbach et al., 2002). Lochner, Sedaat & Stein (2010) fant at kvinner hovedsakelig napper fra hodet og øyenvipper, mens menn hovedsakelig napper fra mage, rygg og skjegg. Pasienter som napper kjønnsår har i større grad komorbid OCD, og begynte med hårnapping tidligere i livet enn dem som ikke nappet fra dette området. I gjennomsnitt napper

voksne pasienter fra to til tre steder på kroppen (Flessner et al., 2009; Lochner et al., 2010). 72 % av hårnapperne har orale vaner som å føre håret i kontakt med leppene, tungen, og å bite håret i biter eller kun bite av hårroten. Både pasienter med slike orale vaner, og pasienter som napper hår fra hodet, har mer suicidale tendenser enn pasientene uten disse atferdsmønstrene (Lochner et al., 2010).

Christenson et al. (1994) gjorde en studie for å undersøke om smerteterskelen til pasienter med TTM er høyere enn hos andre. De konkluderte med at TTM-pasientene i studien ikke skilte seg med hensyn til smerteterskel sammenlignet med kontrollgruppa. Imidlertid ble smerte målt på fingeren i dette forsøket, og det er mulig at pasienter med TTM har høyere smerteterskel på områder som det vanligvis nappes fra. Forhøyet, lokal smerteterskel kan både ha eksistert før hårnappingsadferden begynte, eller skyldes habituering.

Emosjoner og trikotillomani

Gratz and Roemer (2004) har utviklet ”Difficulties in Emotion Regulation Scale” (DERS). Dette selvrapportskjemaet måler følgende seks separate emosjonsreguleringsdimensjoner: mangel på bevisst emosjonell respons, mangel på tydelighet i emosjonelle respons, ikke aksept for sin emosjonelle respons, lite repertoar av emosjonsreguleringsstrategier som er effektive, vansker med å kontrollere impulsen ved negative emosjonelle tilstander og vansker med å aktivisere seg til målrettede aktiviteter ved negative emosjonelle tilstander. Mangel på en eller flere av disse komponentene indikerer emosjonell dysregulering. Dette kan gi seg utslag i at man for eksempel bruker impulsiv eller skadelig adferd for å forsøke å modulere emosjonsintensiteten, og det er foreslått at hårnapping nettopp kan være en slik maladaptiv måte å regulere sine emosjoner på (Shusterman, Feld, Baer, & Keuthen, 2009).

Rufer et al. (2014) undersøkte om emosjonsvanskene til TTM-pasienter kan være relater til alexitymi. Alexitymi karakteriseres ved at man har vansker med å identifisere og forklare egne følelser. Resultatene viser at det er en assosiasjon mellom vansker med å identifisere egne følelser og alvorlighetsgrad av TTM (målt med MGH-HPS). Pasientene med TTM opplever dermed en diffus opphisselsestilstand eller indre spenning, uten å klare å gjenkjenne eller differensiere følelsen. Å nappe håret blir dermed et maladaptivt verktøy for å redusere det opplevde ubehaget.

Hårnappingsituasjonen. Diefenbach et al. (2002) har gjort en studie for å kartlegge affektive tilstander før, under og etter hårnapping. For pasientgruppa med TTM uten komorbide lidelser var ”engstelse” den mest rapporterte følelsen før napping, etterfulgt av ”anspenthet” og ”kjedsomhet”. Under hårnapping ble det rapportert mest av følelsen ”skyldfølelse” etterfulgt av ”engstelse” og ”anspenthet”. Det er en signifikant nedgang i kjedsomhet fra pre- til under hårnappeepisoden. Kjedsomhet kan altså sees som en risikosituasjon for hårnapping. Etter nappingen rapporterer utvalget sterk skamfølelse etterfulgt av sinne, anspenthet og tristhet. Fra før, til etter nappingen går ”engstelse” og ”anspenthet” ned, mens følelse av ”lettelse” går opp. Angst og anspenthet blir da en stimulus, mens lettelsen man opplever forsterker hårnappingen. Diefenbach et al. (2002) mener det nærliggende å tro at skyldfølelsen pasientene føler etter hårnapping kan være et resultat av at de tenker på hårtapet som de nettopp har påført seg selv, mangelen på kontroll og konsekvensene dette har for dem selv og andre.

Diefenbach, Tolin, Meunier, and Worhunsy (2008) fant liknende resultater; deltakerne med TTM rapporterte nedgang i ”kjedsomhet”, ”tristhet”, ”sinne”, ”anspenthet” og økning i ”lettelse” og ”opplevelse av ro” fra før, til under napping. Under, og etter nappeepisoden, rapporterte utvalget ”skyldfølelse” og ”sinne” men også nedgang i ”kjedsomhet”. Studien til Diefenbach et al. (2002) belyser også at de ulike emosjonene forbundet med hårnappingen er idiosynkratiske, det vil derfor være viktig for hver enkelt pasient å bli bevisst hvilke emosjoner som virker utløsende og forsterkende for sin hårnapping, og det er nettopp denne bevisstgjøringsprosessen som er vesentlig i HRT-behandling.

Shusterman et al. (2009) fant at mennesker som napper hår sammenlignet med mennesker som ikke napper hår har vanskeligere for å redusere intensiteten i sine emosjoner. Studien fant også en sammenheng mellom vansker med å regulere emosjoner (målt med Affective Regulation Scale) og alvorlighetsgrad av hårnapping (målt med MGH-HPS). De emosjonene deltakerne oppga å ha vansker med å regulere, viste seg å være den eller de emosjonene personen opplevde før eller under hårnapping. Studien slår altså fast at hårnapping er en maladaptiv måte å regulere disse følelsene på. Men dette er bare en bit i puslespillet om TTM, korrelasjonen som ble funnet mellom emosjonsregulering og hårnapping er nemlig ikke så stor.

ACT - aksept og handling. En noe annen innfallsvinkel er at det ikke er emosjonene i seg selv, men forsøk på å endre disse som er problematisk. ACT-teoretikerne kaller forsøk på å endre private hendelser slik som følelse, tanker og minner for ”unngåelse av opplevelse”

(experiential avoidance) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Studiet til Norberg, Wetterneck, Woods, and Conelea (2007) viser nettopp hvordan forholdet mellom alvorlighetsgrad av hårnapping og kognitive signaler slik som dysfunksjonelle tanker om eget utseende, skamfulle tanker og frykt for negativ evaluering ble redusert eller borte når man kontrollerte for unngåelse av opplevelse. Det motsatte av ”unngåelse av opplevelse” er aksept, og målet med ACT-behandling er nettopp mer fleksibilitet og aksepterende holdning i forhold til opplevelser, uten å føle et behov for å endre eller regulere dem (Houghton et al., 2014).

TTM beskrives ofte som en kronisk lidelse, noe som innebærer at ønske om å nappe hår vil eksistere i større eller mindre grad gjennom hele livet. Gjennom bruk av ACT skal pasientene akseptere at ønske om napping er tilstede uten å forsøke å kjempe mot tanken og trangen. Ved å involvere seg i en slik tanke-kamp mot trangen, vil trangen til å nappe kun vokse seg større. Clark, Ball, and Pape (1991) viser hva som skjer når deltakerne i studien ble bedt om å undertrykke tanker om historien på et lydopptak de får høre, sammenlignet med dem som ikke fikk en slik oppfordring; gruppen som ble bedt om å undertrykke hadde i etterkant mer tanker om historien de hadde hørt sammenlignet med gruppen som ikke fikk noen spesiell instruksjon. Samme resultat er funnet i utvalg hvor deltakerne blir bedt om å undertrykke engstelige følelser (Koster, Rassin, Crombez, & Näring, 2003). Ved å akseptere sine opplevelser kan pasienten få en forståelse for at opplevelser, slik som hårnappingstrang, kan være til stedet, men at man selv har et valg i forhold til om man vil interagere med den. Man kan dermed velge atferd ut i fra hva som er målet, heller enn at situasjonen virker låst i et mønster.

ACT-teoretikerne er også opptatt av hvordan språket kan påvirke våre opplevelser. Vi evaluerer våre opplevelser og problemet oppstår når vi ikke lenger skiller det normative fra det deskriptive. Negativ evaluering kan føre til ”unngåelse av opplevelse”, og assosiasjonen fører dermed til en selvoppfyllende profeti. Målet med behandlingen blir derfor å løse opp denne assosiasjonen (Blackledge & Hayes, 2001).

Konsekvenser av TTM

TTM kan føre til at den rammede isolerer seg og utvikler unngåelsesatferd. I en studie av Stemberger et al. (2000) oppga 60 % at de unngikk vanlige aktiviteter hvor hårnappingen kan oppdages, slik som frisørbesøk og i svømmehallen. Flere oppga også at de forsøker å unngå å være ute når det er vind fordi det øker sjansen for at skallede flekker på hodet kommer til syne (Casati, Toner, & Yu, 2000). 80 % av deltakerne i studien oppga at de følte

seg deprimerte, mens følelse av skam, irritabilitet og lav selvtillit ble oppgitt av 70 % av deltakerne (Stemberger et al., 2000). Altenburger, Tung, and Keuthen (2014) undersøkte kroppselvtillit hos ungdommer med hårnapping. Artikkelforfatterne beskriver hvordan begrepet "kroppselvtillit" er tett knyttet til selvtillit, men inkluderer tanker man attribuerer til andre om egen kropp, i tillegg til generell følelse rundt eget utseende og hvor fornøyd man er med sin egen vekt. Resultatene fra denne studien viser at ungdommene som nappet hår hadde lavere kroppselvtillit sammenlignet med kontroller på alle disse tre fasettene av kroppselvtillit. Ungdommene med komorbid depresjon og angst hadde lavest skåre.

Mange med TTM rapporterer at nappingen var hemmende for arbeidssituasjonen og at de har unngått jobbintervju på grunn av lidelsen (Woods, Flessner, et al., 2006). Flere timer kan gå med i løpet av en dag på å nappe, noe som kan gå utover tid som kunne vært brukt på å opprettholde sosialt nettverk og arbeid (Cohen et al., 1995). Mye tid går også til å forsøke å skjule bare flekker med frisyre, hatter og sminke (Casati et al., 2000). I en studie av Woods, Flessner, et al. (2006) oppgir TTM-pasientene mild til moderat svekkelse på "Sheehan Disability Scale" som måler funksjon på de tre domene arbeid, sosiale settinger og hjemmet.

Fysiske komplikasjoner. Å nappe hår krever gjentakende motorisk aktivitet, som kan føre til karpaltunnelsyndrom, dette er en overbelastningssykdom i armen på grunn av napping og eventuell manipulasjon av håret i etterkant (Chaudhury, John, Ghosh, & Mishra, 2001). Dersom personen også spiser det avnappede håret kan det danne seg hårnøster i magen, såkalte trikobesoar, som kan føre til mage-tarm problemer (Bouwer & Stein, 1998; Ibuowo, Saad, & Okonkwo, 2008). Skade i/blødning fra hårsekkene og inflammasjon er imidlertid vanligere komplikasjoner. Det skal mye skade til før håret ikke vokser ut igjen, men det kan forekomme at det nye håret har en annen konsistens enn tidligere. Mange vegrer seg for kontroller hos gynekologen dersom de napper kjønns hår, også konsultasjoner hos tannlegen kan være utfordrende dersom tennene er blitt slitte av å tygge hår (Chaudhury et al., 2001). Frykten for å bli avslørt kan altså være svært hemmende og i ytterste konsekvens føre til at TTM-pasientene ikke får nødvendig helsehjelp.

Komorbiditet

Komorbiditet vil si to eller flere lidelser som har en tendens til å opptre samtidig. Mange med TTM oppgir at de opplever at symptomene direkte fører til utviklingen av komorbide emosjonelle tilstander. Cohen et al. (1995) fant at OCD, depresjon og angstlidelser

var de vanligste komorbide lidelsene. Christenson, Mackenzie, et al. (1991) fant lignende resultater hvor over halvparten av utvalget hadde livstidsprevalens av angst og depresjon. 20 % av utvalget hadde, eller hadde hatt, spiseforstyrrelser og 18 % hadde tvangstanker og tvangshandlinger (som ikke kvalifiserte til en OCD-diagnose). 18 % av dette utvalget misbrakte alkohol, noe som er i overenstemmelse med Woods, Flessner, et al. (2006) resultater som viser at tobakk/alkohol/ulovlige rusmidler kun ble benyttet av et fåtall av pasientene. Christenson, Chernoff-Clementz, and Clementz (1992) fant at i deres TTM-utvalg på 48 hadde rundt 10 % en spiseforstyrrelse, mens 25 % hadde en angstlidelse. Studien sammenligner TTM-pasienter med en gruppe psykisk syke pasienter som mottok poliklinisk behandling og konkluderer med at TTM-pasientene har bedre psykologisk fungering og mindre psykopatologi enn sammenligningsgruppa. Woods, Flessner, et al. (2006) studie fant høy skåre på depresjon, angst og stress målt med "Depression Anxiety Stress Scale". Rufer et al. (2014) teoretiserer at den positive assosiasjonen som eksisterer mellom TTM og depresjon, kan være et resultat av at hårnapping fungerer som en slags distraksjon fra depressivt humør. Årsakssammenhengen her er uklar, det er trolig snakk om en interaksjonseffekt hvor angst, depresjon og hårnapping påvirker hverandre i en negativ spiral.

Klinisk profil, funn fra et norsk utvalg

Som vist i den teoretiske gjennomgangen er tidligere forskning på TTM-pasienter basert på ikke-norske utvalg. De internasjonale studiene skisserer en klinisk profil hvor TTM-pasientene er preget av komorbide tilstander som depresjon, angst, OCD og spiseforstyrrelser. På bakgrunn av hårnappingen og de komorbide tilstandene er funksjonsnivået svekket, og pasientene føler seg isolerte, ensomme og opplever liten selvtillit. Pasientene med mest fokusert napping ser ut til å være mer alvorlig svekket enn pasienter med mer automatisk nappetil. Videre viser forskningen at hårnappingsepisodene er forbundet med flere ulike emosjoner, som er med på både å trigge, og opprettholde nappingen. Med utgangspunkt i gjennomgangen ovenfor vil oppgaven nå beskrive en norsk TTM-profil, konsentrert rundt de samme temaene: Debutalder og typer hårnapping, emosjoner, konsekvenser av TTM og komorbiditet. Resultatene i denne oppgaven vil være de første dataene på norske pasienter med TTM, og i så måte bidra til å danne en mer komplett internasjonal TTM-profil.

Metode

Målet med forskningsprosjektet til Hummelen et al. (2013) "Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment Study" er å undersøke pasientgruppa i et norsk utvalg, samt bruken av ACT-HRT- manualen til Woods and Twohig (2008) i gruppeformat. Rekrutteringen av pasienter har skjedd på ulike måter: Forespørsel til allmennpraktiserende leger, klinikker for psykisk helse, studenthelsetjenesten, ved å annonsere i lokalaviser, og ved å annonsere prosjektet på hjemmesiden for norske TTM- og hudplukkingsrammede. Pasientene har kunnet henvise seg selv. Inklusjonskriterier er diagnosen TTM (med eller uten hudplukking). Eksklusjonskriteriene er: 1) Schizofreni spektrumlidelse, 2) rusmisbruk, 3) antisosial personlighetsforstyrrelse, 4) alvorlig cluster-A personlighetspatologi, 5) nåværende suicidale tanker, 6) alvorlig spiseforstyrrelse, 7) utviklingsforstyrrelse (subnivå autismespektrumlidelse kan inkluderes), 8) mental retardasjon, 9) sekvele etter hjernetraume. Forskningsprosjektet strekker seg over tre behandlingstilsetninger: St. Olavs hospital i Trondheim, Sørlandet Sykehus og Oslo Universitetssykehus. Én til to erfarne terapeuter har behandlet grupper på opp mot seks pasienter. Behandlingen har foregått over ti behandlingstimer á tre timer, samt to oppfølgingstimer etter endt behandling.

Da dette er et pågående forskningsprosjekt er kun deler av datamateriale tilgjengelig på nåværende tidspunkt, og da hovedsakelig data fra baseline. I denne oppgaven analyseres data fra 50 kvinnelige pasienter (de fire mennene i utvalget ble ekskludert). Flere skjemapakker er blitt administrert til pasientene fra behandlingsstart til oppfølging et år etter behandlingsavslutning. Utgangspunktet for denne oppgaven er skjema fra "skjemapakke 1" da datamateriale fra disse skjemaene var mest komplett på analysetidspunkt, samtidig som det gir en god oversikt over flere aspekter ved baseline-tilstand til pasienter med trikotillomani.

Samtlige skjema i "skjemapakke 1", med unntak av *NEO-FFI*, som søker å måle ulike tilstander er inkludert i denne oppgaven. Skjemaene er som følger: *Massachusetts Hair Pulling Scale (MGH-HPS)*, *Milwaukee Inventory For Subtypes (MIST-A)*, *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*, *Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)*, *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, *Acceptance and Action Questionnaire for Trichotillomania (AAQ-4TTM)*, *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)* og *Eating Disturbance Scale (EDS-5)*. *NEO-FFI* er ikke inkludert på bakgrunn av tidsaspektet. I tillegg til selvrapportskjemaene er enkelte demografiske variabler, spørsmål og hudplukking og bruk av medikamenter for psykiske lidelser inkludert. Disse spørsmålene er en del av

kartleggingsspørsmålene i starten av ”skjemapakke 1”. Samtlige skjema ble administrert på norsk.

Måleinstrumenter

Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale (MGH-HPS) / Spørreskjema om hårnapping. MGH-HPS (Keuthen et al., 1995) er et selvrapportskjema som kartlegger alvorlighetsgrad, motstand og kontroll med syv utsagn: Frekvens av trangen til å nappe, intensitet på trangen til å nappe, evne til å kontrollere trangen, frekvens av hårnapping, forsøk på å motstå hårnappingen, kontroll over hårnappingen og opplevd ubehag (Keuthen, Flessner, et al., 2007). Testen er konstruert med en 5-punkts Likert-skala fra 0-4. Totalskåren kalkuleres ved å summere responsen på de syv spørsmålene, og høy skåre indikerer alvorlig grad av TTM. Maksimal mulig skåre er 28 og gjennomsnittskåren for et TTM utvalg på 199 pasienter var 15,6. MGH-HPS har god test-retest reliabilitet, og konvergerende og divergerende validitet (O’Sullivan et al., 1995). Oversatt til norsk av Erna Moen, Kjetil Mellingen, Lars Morså og Benjamin Hummelen.

Milwaukee Inventory For Subtypes (MIST-A) / Spørreskjema for undergrupper av trikotillomani. MIST-A (Flessner, Woods, Franklin, Cashin, & Keuthen, 2008) er et selvrapportskjema med 15 utsagn som måler nivå av ”automatisk” og ”fokusert” hårnapping på en skala fra 0 (ikke sant for noe av min hårnapping) til 9 (sant for all min hårnapping). ”Automatisk hårnapping” måles med fem utsagn hvor maksimal skår er 45. ”Fokusert hårnapping” måles med 10 utsagn hvor maksimal skåre er 90. Testen produserer altså to skalaer, og totalskåren for hver skala fås ved å summere svarene. Høy skåre indikerer utstrakt bruk av den aktuelle nappetypen. Testen viser adekvat indre konsistens, god konstruktvaliditet, samt diskriminerende validitet mellom de to skalaene for hårnapping noe som underbygger skjemaets struktur (Flessner, Woods, et al., 2008).

Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Selvrapportskjema som måler konsekvenser av aktuell psykisk plage på følgende områder: Arbeid/skole, hjemmearbeid, sosiale fritidsaktiviteter, private fritidsinteresser og relasjonen til de nærmeste. Måles på en skala fra 0 (ikke svekket i det hele tatt), til 8 (Svært alvorlig svekket). Høy skåre indikerer høy grad av funksjonsnedsettelse. Kritiske verdier er som følger: 0-10= subklinisk, 10-20=signifikant funksjonell nedsettelse, men mindre alvorlig klinisk symptomatologi, 20-40=

moderat til alvorlig psykopatologi. Skjema har god test-retest korrelasjon og god indre konsistens. Korrelasjon mellom WSAS med depresjon og OCD er henholdsvis 0,76 og 0,61 og skårene er sensitive for lidelsenes alvorlighetsgrad (Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) / Bekymringer og rastløshet.

Selvrapportskjema som måler nivå av bekymringer og rastløshet. Testen er konstruert med syv spørsmål som måles på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (nesten hver dag). Totalskåre kan variere fra 0-21 og høy skåre indikerer høyt nivå av angst. Kritiske verdier som er benyttet er som følger: 0-4 (minimal angst), 5-9 (mild angst), 10-14 (moderat angst) og 15-21 (alvorlig angst). Hvor skåren settes for klinisk område avgjøres på bakgrunn av spesifisitet og sensitivitet. Når denne skåren økes, økes spesifisiteten mens sensitiviteten reduseres. Spitzer, Kroenke, Williams, and Löwe (2006) fant at 89 % av pasientene med generalisert angstlidelse hadde en GAD-7 skåre på 10 eller mer, og dette vil derfor være en nyttig grense å benytte. GAD-7 har god kriterie- og konstrukt validitet, intern konsistens og test-retest reliabilitet (Spitzer et al., 2006). Det åttende spørsmålet på skjemaet kartlegger i hvor stor grad plagene går utover dagliglivet, og skal i den norske versjonen angis på en skala fra 0 (ikke vanskelig i det hele tatt) til 3 (ekstremt vanskelig). Denne skåren inkluderes ikke i totalsummen.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) / Forskjellige plager. Selvrapportskjema som måler nivå av depresjon. Testen er konstruert med 9 spørsmål som måles på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (nesten hver dag). Totalsum fås ved å summere svarene og høy skåre indikerer høyt depresjonsnivå. Kritiske verdier som er benyttet er som følger: 0-4 (ingen depresjon), 5-9 (mild depresjon), 10-14 (moderat depresjon), 15-19 (moderat til alvorlig depresjon) og 20-27 (alvorlig depresjon) (Kroenke & Spitzer, 2002). Kroenke and Spitzer (2002) anbefaler å benytte en skåre på 10 for å indikere klinisk område, da denne skåren har en sensitivitet på 88 % og en spesifisitet på 88 % på depresjon. Et tiende spørsmål i selvrappoteringskjema forsøker å kartlegge globalt funksjonsnivå, og på den norske versjonen skal dette angis på en skala fra 0 (ikke vanskelig i det hele tatt) til 3 (ekstremt vanskelig). Skåren for dette spørsmålet inkluderes ikke i totalsummen. *PHQ-9* har god konstrukt og kriterievaliditet (Kroenke & Spitzer, 2002).

Acceptance and Action Questionnaire for Trichotillomania (AAQ-4TTM) / Spørreskjema for aksept og handling for trikotillomani. Det finnes flere ulike AAQ-skjema som er utformet for ulike psykopatologiske tilstander. Skjemaet forsøker å måle unngåelse av opplevelse og psykologisk fleksibilitet (Strosahl et al., 2004).

Gjennomsnittskåren til et klinisk utvalg er 38-40. Skjemaet har høy konvergerende validitet med andre mål for psykopatologi, men har noe lav chronbach's alfa-koeffisient (Strosahl et al., 2004). Det er også utviklet et AAQ-skjema utviklet for TTM spesielt: AAQ-4TTM.

Testen er konstruert med ni spørsmål som skal besvares på en skala fra 1 (stemmer aldri) til 7 (stemmer alltid). Utsagn 1, 4, 5 og 6 reverseres. Totalskåren kan variere fra 9 til 63, og høy skåre indikerer høyt nivå av unngåelse av opplevelse. Ingen psykometriske studier var tilgjengelig for denne versjonen av AAQ. Oversatt til norsk av Erna Moen, Kjetil Mellingen, Lars Morså og Benjamin Hummelen.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). AAQ-II måler "unngåelse av opplevelse" og psykologisk fleksibilitet generelt, heller enn spesifikt for TTM slik som målet ovenfor. Dette skjema måler altså det samme underliggende konstruktet som AAQ men har bedre psykometriske kvaliteter (Bond et al., 2011). Selvrapportskjema er konstruert med 7 spørsmål som skal besvares på en skala fra 1 (stemmer aldri) til 7 (stemmer alltid). Totalskåren beregnes ved å summere skårene og kan variere fra 7 til 49. Høy skåre indikerer stor grad av unngåelse av opplevelse og lite psykologisk fleksibilitet. Oversatt til norsk av Roar Fosse, Didrik Heggdal, Børge Holden, Steffen Holthe, Trym Nordstrand Jacobsen, Ayna B. Johansen, Lars Mariero.

Eating Disturbance Scale-5 (EDS-5) / Spisevaner. Dette selvrapportskjema utviklet av Rosenvinge et al. (2001) kartlegger utvalgets eventuelt forstyrrede spisevaner de siste fire ukene. Den engelske versjonen av skjemaet har 5 spørsmål som skal besvares på en skala fra 1 (veldig fornøyd/ikke i det hele tatt) til 7 (svært misfornøyd/hver dag). Man kan da maksimalt få en skåre på 35, klinisk nivå er satt til en poengsum mellom 16-35. I den norske versjonen som er benyttet i dette studiet er derimot skalaen 0-6, noe som gir en maksimal skåre på 30, klinisk nivå må derfor senkes til 11-30 poeng. I versjonen utdelt til pasientene i dette studiet må spørsmål 1 reverseres, da skalaen for dette spørsmålet er snudd. Skjema har en chronbach's alfa på 0.91 og har god validitet og reliabilitet (Rosenvinge et al., 2001).

Statistisk analyse

SPSS (versjon 21.0, SPSS Inc.) ble benyttet for å utføre de statistiske analysene. Det ble brukt deskriptiv statistikk for å finne gjennomsnitt og standardavvik for ulike sumskårer knyttet til demografiske variabler og selvrapportskjemaene. Pearsons korrelasjonskoeffisient ble benyttet for å undersøke forholdet mellom de ulike selvrapportskjemaene. En uavhengig t-test ble gjennomført for å undersøke forskjeller mellom pasienter med og uten ”hudplukking” på alvorlighetsgrad av TTM.

Resultater

Tabell 1 viser demografisk informasjon. Pasientene har en gjennomsnittsalder på 30,7 år (SD=11,3). Debutalder for trikotillomani var 12,6 år (SD=6,33). 46 % er samboer/gift/partner, 52 % er ugift og 2 % er skilt. 20 % bor alene, mens 48 % bor med ektefelle/samboer, de resterende 32 % bor med enten bare barn, foreldre eller andre. Når det gjelder arbeid og studiesituasjon oppgir 76 % av utvalget at de er studenter/skoleelever eller i fulltidsarbeid, mens de resterende 24 % enten arbeider i deltidsstilling, er uføretrygdet, arbeidsløs eller selvstendig næringsdrivende.

Tabell 1
Demografiske variabler for TTM- utvalget (N=50)

| Variabel | |
|-----------------------------------|---------------|
| Alder (n=50) | |
| Snitt (SD) | 30,70 (11,29) |
| Rekkevidde | 16-65 |
| Debutalder TTM (n=48) | |
| Snitt (SD) | 12,59 (6,33) |
| Rekkevidde | 3-43 |
| Sivilstatus (n=50) | |
| Ugift | 26 (52 %) |
| Samboer | 15 (30 %) |
| Gift/partner | 8 (16 %) |
| Skilt | 1 (2 %) |
| Bosituasjon (n=50) | |
| Alene | 10 (20 %) |
| Med foreldre | 11 (22 %) |
| Med bare barn | 2 (4 %) |
| Med ektefelle/samboer (evt. barn) | 24 (48 %) |
| Andre | 3 (6 %) |
| Arbeid/studiesituasjon (n=49) | |
| Skoleelev/student | 13 (27 %) |
| Hjemmearbeidende | 1 (2 %) |
| I 100 % arbeid | 24 (49 %) |
| I 50 % arbeid | 4 (8 %) |
| Uføretrygdet | 4 (8 %) |
| Arbeidsløs | 2 (4 %) |
| Selvstendig næringsdrivende | 1 (2 %) |

Tabell 2 viser gjennomsnitt og standardavvik for baseline kliniske karakteristikk, samtlige skjema. Generelt kan vi si at utvalget skårer i klinisk område på alle skjema. På skjema MGH-HPS har utvalget et snitt på 18,31 (SD=4,6). De utfører både fokusert og automatisk hårnapping målt på MIST-A, med noe overvekt av automatisk hårnapping. På skjema som måler funksjonsnivå (WSAS) skårer utvalget 16,10 (SD=9,38) noe som indikerer signifikant funksjonell nedsettelse, men mindre alvorlig klinisk symptomatologi. Snitt for hvert spørsmål ble regnet ut, og fra høyest til lavest skårer de slik på WSAS ulike domener: Spørsmål 3. ”Sosiale fritidsaktiviteter” (snitt 3,71 og SD=2,43), spørsmål 1. ”Arbeid/studier” (snitt 3,58 og SD=2,63), spørsmål 5. ”Forhold til andre” (snitt 3,17 og SD= 2,49), spørsmål 4. ”private fritidsaktiviteter” (snitt 3 og SD=2,62), spørsmål 2. ”Mitt hjemmearbeid” (snitt 2,65 og SD=2,11).

På AAQ-4TTM skårer utvalget på 44,73 (SD=6,39) noe som vil si en forholdsvis høy ”unngåelse av opplevelse” målt spesifikt for hårnapping. Også på skjema AAQ-II har utvalget en høy skåre på 25,76 (SD=10,59) som indikerer ”unngåelse av opplevelse” og lite psykologisk fleksibilitet. På GAD-7 skårer utvalget 10,98 noe som indikerer klinisk område

for angst. Deler vi utvalget på de fire kritiske verdiene finner vi at 64 % har moderat eller alvorlig angst. På spørsmål 8 om funksjonsnivå har utvalget et gjennomsnitt på 1,22 på en skal fra 0=ikke vanskelig i det hele tatt, 3=ekstremt vanskelig (ikke presentert i tabellen).

På PHQ-skjema har utvalget et snitt på 11,9 som indikerer klinisk område for depresjon. 62 % av utvalget har en skåre som tilsvarer moderat eller alvorlig depresjon, 14 % har mild depresjon mens 18 % har ingen depresjon. På spørsmål 10 i dette selvrapportskjema, som omhandler konsekvensene problemene har på dagliglivet, har utvalget et snitt på 1,16 på en skal fra 0=ikke vanskelig i det hele tatt, 3=ekstremt vanskelig (ikke presentert i tabellen). På EDS-5 skårer utvalget så vidt i klinisk område med et snitt på 11,88 (SD=7,61).

Tabell 2
Baseline kliniske karakteristikk for utvalget (N=50)

| Variabel | |
|-----------------------------------------|---------------|
| MGH-HPS (n=48) | |
| Snitt (SD) | 18,31 (4,6) |
| MIST-A (n=48) | |
| Fokusert nappestil, snitt (SD) (N=47) | 40,56 (15,69) |
| Automatisk nappestil, snitt (SD) (N=47) | 26,86 (7,64) |
| WSAS (n=48) | |
| Snitt (SD) | 16,10 (9,38) |
| AAQ-4TTM (n=47) | |
| Snitt (SD) | 44,73 (6,39) |
| AAQ-II (n=49) | |
| Snitt (SD) | 25,76 (10,59) |
| GAD-7 (n=48) | |
| Snitt (SD) | 10,98 (4,85) |
| Minimal angst | 8 (16 %) |
| Mild angst | 8 (16 %) |
| Moderat angst | 22 (44 %) |
| Alvorlig angst | 10 (20 %) |
| PHQ-9 (n=47) | |
| Snitt (SD) | 11,88 (6,19) |
| Ingen depresjon | 9 (18 %) |
| Mild depresjon | 7 (14 %) |
| Moderat depresjon | 14 (28 %) |
| Moderat til alvorlig depresjon | 13 (26 %) |
| Alvorlig depresjon | 4 (8 %) |
| EDS-5 (n=48) | |
| Snitt (SD) | 11,88 (7,61) |

Fotnote: MGH-HPS= Massachusetts General Hair Pulling Scale; MIST-A= Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania; WSAS= Work and Social Adjustment Scale; AAQ-4TTM= Acceptance and Action Questionnaire for Trichotillomania; AAQ-II=Acceptance and Action Questionnaire-II; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; PHQ-9= Patient Health Questionnaire; EDS-5=Eating Disturbance Scale

Tabell 3 presenterer korrelasjonskoeffisientene for samtlige skjema. Alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS) korrelerer signifikant med type hårnapping (MIST-A, både fokusert og automatisk skala), funksjonsnivå (WSAS) og depresjon (PHQ-9). Også det andre

målet for hårnapping (MIST-A, fokusert), korrelerer signifikant med funksjonsnivå (WSAS), angst (GAD-7) og depresjon (PHQ-9), i tillegg til alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS). Automatisk hårnapping (MIST-A, automatisk) skiller seg ved at det kun korrelerer signifikant med ett mål: Alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS). Både funksjonsnivå (WSAS) og depresjon (PHQ-9) korrelerer signifikant med samtlige av de øvrige skjemaene, bortsett fra automatisk hårnapping (MIST-A, automatisk). Den høyeste korrelasjonen finner vi også mellom depresjon (PHQ-9) og funksjonsnivå (WSAS). Unngåelse av opplevelse generelt (AAQ-II), men ikke unngåelse av opplevelse spesifikt for TTM (AAQ-4TTM), korrelerer signifikant med fokusert hårnapping (MIST-A, fokusert), angst (GAD-7) og spisevansker (EDS-5). Spisevansker (EDS-5) korrelerer i tillegg signifikant med funksjonsnivå (WSAS) og depresjon (PHQ-9), men altså ikke med noen av målene som direkte måler alvorlighetsgrad av hårnapping.

Tabell 3
Korrelasjonskoeffisienter

| Selvrappport skjema | MGH-HPS | MIST-A (F) | MIST-A (A) | WSAS | AAQ-4TTM | AAQ-II | GAD-7 | PHQ-9 |
|---------------------|---------|------------|------------|--------|----------|--------|--------|--------|
| MIST-A (F) | .295* | | | | | | | |
| MIST-A (A) | .291* | .261 | | | | | | |
| WSAS | .382** | .421** | .121 | | | | | |
| AAQ-4TTM | .267 | .264 | .167 | .436** | | | | |
| AAQ-II | .198 | .416** | .154 | .673** | .417** | | | |
| GAD-7 | .166 | .303* | .163 | .630** | .281 | .619** | | |
| PHQ-9 | .304* | .336* | .052 | .808** | .446** | .726** | .740** | |
| EDS-5 | .103 | .228 | .081 | .341* | .156 | .313* | .250 | .442** |

Fotnote: MGH-HPS= Massachusetts General Hair Pulling Scale; MIST-A= Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania (F=fokusert, A=automatisk); WSAS= Work and Social Adjustment Scale; AAQ-4TTM= Acceptance and Action Questionnaire for Trichotillomania; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Scale; PHQ-9= Patient Health Questionnaire; EDS-5=Eating Disturbance Scale

*. Korrelasjonen er signifikant på 0,05 nivå (to-halet). **. Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (to-halet)

Medisiner

Pasientene ble spurt om de i løpet av de siste 12 månedene har brukt medisiner for sine psykiske plager. Resultatet ble som følger: 10 (14 %) oppgir å ha benyttet et SSRI-preparat, 2 (4 %) oppgir å ha benyttet Lamictal, 2 (4 %) oppgir å ha benyttet Ritalin og 2 (4 %) oppgir å ha benyttet Remeron.

Hudplukking

Pasientene i utvalget som i tillegg til TTM drev med hudplukking (n=17) hadde et gjennomsnitt på 17,94 (SD=5,01) på MGH-HPS sammenlignet med pasienter med kun TTM (n=30) som hadde et gjennomsnitt på 18,50 (SD=4,52) på samme selvrapporteringskjema for alvorlighetsgrad av TTM. For å teste hypotesen om at pasienter med hudplukking hadde statistisk signifikant forskjellig snitt fra pasienter uten hudplukking ble det utført en uavhengig t-test. Dataene er normalfordelt og variansen nokså lik (Langdridge, 2006). Den uavhengige t-testen viser at snittet til pasientene uten hudplukking ikke er signifikant høyere ($t=39$, $df=45$, toalet $p > 0,05$) enn for pasientene med hudplukking.

Diskusjon

Under følger en diskusjon av analysen, samt en sammenligning av disse funnene med internasjonale utvalg. Denne diskusjonen deles inn i hovedtemaene fra den internasjonale kliniske profilen: Debutalder og typer hårnapping, emosjoner, konsekvenser av TTM og komorbiditet.

Debutalder og typer hårnapping

Utvalget besto av 54 pasienter, 50 kvinner og 4 menn (menn ble som tidligere nevnt ekskludert fra analysen). Både kjønnsrepresentasjon og debutalder er i overensstemmelse med funn fra ikke-norske utvalg (Cohen et al., 1995; Lochner et al., 2010; Rufer et al., 2014). Derimot var snittet for alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS) i det norske utvalget 18,3. Dette er noe høyere sammenlignet med snittet fra internasjonale utvalg av TTM-pasienter, slik som utvalgene i studiene til Shusterman et al. (2009) og Woods, Wetterneck, et al. (2006).

Både det norske og det internasjonale utvalget oppgir at de utfører både ”automatisk” og ”fokusert” hårnapping. (Flessner, Conelea, et al., 2008), med en liten overrepresentasjon av automatisk nappetil i det norske utvalget.

Korrelasjonsanalysen viser at fokusert napping er signifikant korrelert med mål på depresjon, angst og funksjonsnivå, mens automatisk napping ikke korrelerer signifikant med disse målene. Dette er i overensstemmelse med resultatene fra studien til Flessner, Conelea, et

al. (2008) som viser at TTM-pasienter med mye fokusert napping skåret høyere på angst, depresjon og uførhet enn TTM-pasienter med mindre fokusert napping. Fokusert nappetil peker i retning av en mer bevisst kognitiv prosess forut for nappepisoden. Det kan virke som om pasienten kan gjenkjenne mønster/se sammenhengen mellom hvordan vanskelige hendelser, engstelse og depressive tanker direkte fører til et reguleringsbehov som innfris ved å nappe hår.

Flessner, Conelea, et al. (2008) fant at pasienter med mye automatisk nappetil hadde høyere angstskåre enn pasientene med mindre automatisk napping. Funnet mellom høyt nivå av angst og høyt nivå av automatisk napping ble imidlertid ikke bekreftet i resultatene fra denne oppgavens korrelasjonsanalyse. Skjema for automatisk nappetil skiller seg generelt fra de øvrige skjemaene i korrelasjonsanalysen ved at det kun korrelerer signifikant med alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS). Det finnes altså en korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av napping og automatisk hårnapping, men det kan tyde på at denne typen hårnapping ikke har like mye å si for depresjon, angst og funksjonsnivå som fokusert napping.

Emosjoner og trikotillomani

Det norske utvalget har en relativt høy skåre på ”unngåelse av opplevelse” målt på AAQ-varianten spesielt utviklet for TTM (AAQ-4TTM). ACT-teori er som tidligere beskrevet opptatt av hvordan vi bruker språket til å skape vår virkelighet, og i AAQ-4TTM undersøkes språkets funksjon med utsagn som ”Når jeg ser på trangen til å nappe som noe negativt, innser jeg vanligvis at det bare er en reaksjon, ikke en objektiv sannhet” og ”trangen til å nappe er forkastelig”. Den relativt høye skåren indikerer at utvalget har negative assosiasjoner forbundet med sin hårnapping, og at de er lite fleksible i tolkning av sine opplevelser. Eksempler fra skjema på slik (manglende) aksept for indre opplevelser er ”Hvis jeg på magisk vis kunne fjerne mine smertefulle opplevelser knyttet til hårnapping, ville jeg gjøre det”.

Resultatene tyder i utgangspunktet på at ACT-behandling vil være svært terapeutisk for utvalgets vansker. Imidlertid korrelerer ikke AAQ-4TTM signifikant med noen av målene for hårnapping, kun med funksjonsnivå (WSAS) og depresjon (PHQ-9). I studien til Begotka, Woods, and Wetterneck (2004) fant de derimot en signifikant korrelasjon mellom ”unngåelse av opplevelse” (AAQ) og alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS). Resultatene fra samme studie viste at pasientene i utvalget som hadde høy ”unngåelse av opplevelser” også

hadde større frekvens og intensitet på trangen til å nappe, sammenlignet med pasientene i utvalget som hadde en mer aksepterende holdning til sin napping (Begotka et al., 2004).

At resultatene i denne oppgaven avviker kan skyldes at utvalget til Begotka et al. (2004) er betraktelig større, med hele 436 deltakere. Skjemaet som ble brukt i denne oppgaven er AAQ-varianten som spesifikt måler TTM noe som også kan forklare avviket. Resultatene fra Begotka et al. (2004) sår imidlertid tvil om styrken på funnet mellom ”unngåelse av opplevelse” og TTM. Det ble nemlig ikke funnet en sammenheng mellom ”unngåelse av opplevelse” og frekvens av selve nappingen, forsøk på å motstå napping og kontroll over napping. Woods, Wetterneck, et al. (2006) fant at ved bruk ACT-HRT-behandling var nedgang i ”unngåelse av opplevelse” kun moderat korrelert med en nedgang i skåre på MGH-HPS, noe som tyder på at ”unngåelse av opplevelse” kun er en del av forklaringen på hårnapping.

AAQ-II måler ”unngåelse av opplevelse” og psykologisk fleksibilitet mer generelt og dette skjema har som nevnt bedre psykometriske egenskaper. ”Unngåelse av opplevelse” er en form for kognitiv distraksjon eller tankekontroll som på kort sikt fungerer som en flukt fra engstelsen. Som tidligere nevnt fungerer det å unngå følelser, tanker og andre opplevelser imidlertid mot sin hensikt på lang sikt, da nettopp det man forsøker å unngå øker i frekvens. Hayes et al. (1996) argumenterer for at eksessiv ”unngåelse av opplevelse” er assosiert med høyt nivå av psykopatologi. Strosahl et al. (2004) underbygger dette ved å finne signifikante korrelasjoner mellom AAQ og mål for ulike psykopatologi slik som sosial fobi, depresjon og mål på angst. Dette er i overensstemmelse med funnene i denne oppgaven, da vi ser at AAQ-II korrelerer signifikant med de fleste andre målte fenomen: Fokusert napping (MIST-A fokusert), funksjonsnivå (WSAS), angst (GAD-7), depresjon (PHQ-9), spisevansker (EDS-5) i tillegg til ”unngåelse av opplevelser” for TTM (AAQ-4TTM). Som AAQ-4TTM korrelerer heller ikke AAQ-II signifikant med alvorlighetsgrad for hårnapping (MGH-HPS), kun med MIST-A fokusert som mål på hårnapping.

AAQ-II måler en underliggende maladaptiv strategi for flere psykiske lidelser, og er på den måten ikke et spesielt kjennetegn ved TTM. Ulike psykiske lidelser kjennetegnes ved at de består av noen av de samme maladaptive strategiene, men at uttrykket av dem kan variere. Ved generalisert angstlidelse kan grubling sees som en unngåelse, rus kan være en form for unngåelse for alkoholavhengige, mens hårnapping kan fungere som emosjonell fluktrute for pasienter med TTM. ACT-behandling er altså en bredspektret behandling for å trene evnen til emosjonsopplevelse og aksept, noe som vil gi seg utslag på psykisk helse

generelt. Det er altså nærliggende å tenke at behandling med ACT-HRT vil redusere skårene på flere av skjemaene benyttet i denne oppgaven, også mål for hårnapping.

Konsekvenser av TTM

Funnene for funksjonsnivå (WSAS) viser at det norske utvalget opplever å ha en signifikant funksjonell nedsettelse på grunn av sine plager. Dette er i overensstemmelse med funn fra internasjonale studier som har kartlagt isolering- og unngåelsesatferd i pasientgruppa (Stemberger et al., 2000; Woods, Flessner, et al., 2006). Funksjonsnivå er signifikant korrelert med målene for hårnapping MGH-HPS og MIST-A (fokusert) i korrelasjonsanalysen. TTM kan føre med seg både fysiske kjennetegn slik som bare hudflekker, og samtidig være opphav til sterk skamfølelse og opplevd manglende kontroll som sammen kan gjøre vanlig funksjon vanskelig.

Det domenet det norske utvalget indikerer som mest svekket målt på WSAS, er sosiale fritidsaktiviteter som å gå på kafé, utflukt, stevnemøte osv. Dette er aktiviteter hvor man er fysisk nær andre personer og engstelse for at hårnappingen skal oppdages kan derfor være stor. For eksempel kan det være utfordrende å være intim med en partner, og da spesielt hvis man napper hår fra intime steder på kroppen (Stemberger et al., 2000).

76 % av det norske utvalget er studenter/skoleelever eller i fulltidsjobb, mens de resterende er uføretrygdet, arbeidsledige, i halv jobb eller selvstendig næringsdrivende. Nest etter sosiale fritidsaktiviteter, oppgir utvalget arbeid og studier som mest svekket. Selv om et forholdsvis høyt antall er i arbeid eller i et studieløp, tyder funnene på at pasienten opplever vansker på jobben eller i studiet på grunn av sine psykiske plager. Dette samsvarer med internasjonale studier. Woods, Flessner, et al. (2006) peker på hvordan pasienter med TTM unngår jobbintervju på grunn av sin hårnapping. Det kan tenkes at TTM holder pasienter tilbake i sin karriereutvikling av frykt for at hårnappingen skal bli avslørt. Den opplevde manglende selvkontrollen kan påvirke selvtilliten og på denne måten altså hindre pasientene fra å nå de målene de ønsker. Diefenbach, Tolin, Hannan, Crocetto, and Worhunsky (2005) fant at alvorlighetsgrad av hårtap var en signifikant prediktor for selvtillit, også etter det ble kontrollert for depresjon.

WSAS- spørsmålet som omhandler evne til å etablere og opprettholde nære relasjoner, er det domenet som utvalget indikerer som den tredje største utfordringen. 46 % er samboer/gift/partner, 52 % er ugift og 2 % er skilt. At over halvparten av utvalget er ugift kan synes noe høyt, samtidig er 56 % av utvalget under 30 år noe som gjør tallet mer forståelig. 20

% bor alene, mens 48 % bor med ektefelle/samboer, resterende 32 % bor med enten bare barn, foreldre eller andre. Uavhengig av om funnene er i overenstemmelse med befolkningen for øvrig, eller utvalg med andre pasientgrupper, er det pasientenes opplevelse som her er målt. Kanskje opplever pasientene at hårnappingen tar tid fra andre områder i livet, tid som ellers hadde vært brukt med for eksempel familien (Casati et al., 2000). Dette kan selvsagt oppleves vanskelig både for den som er rammet av TTM og de pårørende. Mange er heller ikke åpne om at de lider av TTM. Å bære på en slik hemmelighet, uten å føle at man kan dele den med sine nærmeste, kan oppleves svært ensomt og isolerende.

Komorbiditet

Funksjonsnivå må også sees i sammenheng med depresjons- og angstskåren for utvalget. Engstelsen kan for eksempel være knyttet til sosiale situasjoner. Depresjon fører til at kontakt- og initiativnivået reduseres, og depresjonsnivået påvirker også selvtilliten, synet på verden og fremtiden i negativ retning. Cohen et al. (1995) og Woods, Flessner, et al. (2006) fant at depresjon og angst er sterkt komorbide tilstander til TTM, noe som også bekreftes i denne oppgaven. Det norske utvalget skårer i klinisk område for både depresjon og angst. 64 % av utvalget har moderat til alvorlig angst, og 62 % moderat til alvorlig depresjon. Funksjonsnivå (WSAS) er signifikant korrelert med hårnappingsstil (MIST-A, fokusert og automatisk) og alvorlighetsgrad av hårnapping (MGH-HPS), likevel er det høyest korrelert med depresjonsmålet (PHQ-9) noe som kan tyde på at alvorlig depresjon er tettere knyttet til funksjonsnivå enn alvorlighetsgrad av TTM. Diefenbach et al. (2005) diskuterer dette forholdet i sin artikkel, og fant at etter å ha kontrollert for depresjon hadde TTM-pasientene høyere funksjonsnivå. Samme studiet fant imidlertid at alvorlighetsgrad av hårnapping predikerte lavere livstilfredshet selv etter å ha kontrollert for depresjon. Livstilfredshet er imidlertid en svært subjektiv vurdering, da man kan oppleve å ha et godt liv selv om funksjonsnedsettelsen er stor, og omvendt.

Det er imidlertid ikke slik at samtlige pasienter i det norske utvalget hadde depresjon ut i fra selvrapportskjema (PHQ-9), 32 % av utvalget indikerte at de hadde ingen eller mild depresjon. Samtidig oppgir flere av pasientene at de har benyttet antidepressiva slik som SSRI-preparat i løpet av de tolv siste månedene. Dette er ikke kontrollert for i denne studien og kan ha hatt innvirkning på flere av målingene, slik som angst, depresjon og spiseforstyrrelseskåren. Koran et al. (1992) viste for eksempel hvordan behandling med Fluoxetine for TTM kan føre til en nedgang i napping hos enkelte pasienter. Medisinbruken

kan ha påvirket skåren på flere måter. Dersom pasienten nylig startet medisiner med SSRI-preparat tyder enkelte studier på at det i oppstartsfasen kan forekomme mer suicidale tanker, særlig er dette en risiko for ungdommer. Dette funnet er imidlertid omdiskutert (Isacsson, Holmgren, & Ahlner, 2005). Vi vet heller ikke om pasientene på behandlingstidspunkt benyttet medisiner for psykiske plager, da spørsmålet er formulert ”Har du brukt medisiner for psykiske plager de siste 12 måneder”.

Skjemaene som er benyttet i dette studiet for å måle depresjon og angst i det norske utvalget, undersøker plagene pasientene har opplevd de siste to ukene. Christenson, Mackenzie, et al. (1991) fant at over halvparten av utvalget deres hadde livstidsprevalens av angst og depresjon. Sammen underbygger funnene den sterke komorbiditeten mellom tilstandene TTM, depresjon og angst. Videre bearbeiding av datamaterialet fra forskningsstudien til Hummelen et al. (2013) vil kunne undersøke om livstidsprevalensen også stemmer med det norske utvalget.

17 av deltakerne oppgav å drive med hudplukking i tillegg til hårnappingen. Snittet på MGH-HPS for pasientene med og uten hudplukking var ikke signifikant forskjellig. Stein et al. (2008) hevder at TTM– diagnosen inngår som en stereotypisk bevegelsesforstyrrelse (stereotypic movement disorder) og fant, som tidligere beskrevet, en positiv sammenheng mellom ulike typer kroppsfokusert repetitiv atferd (slik som neglebiting og hudplukking) og mengde hårnapping. Funnene fra det norske utvalget underbygger imidlertid ikke en slik sammenheng. Videre analyser med bruk av andre og flere mål for alvorlighetsgrad av TTM og komorbide lidelser bør utføres for å få en bedre forståelse for sammenhengen mellom hudplukking og hårnapping.

På EDS-5 som måler forholdet til mat, skårer det norske utvalget så vidt i den klinisk signifikante delen av spekteret. Dette er i overensstemmelse med funnene til Christenson, Mackenzie, et al. (1991) om komorbiditet mellom TTM og spiseforstyrrelser. Depresjon og angst er også komorbide tilstander med spiseforstyrrelser (Bulik, 2002). Pasienter med TTM har ofte et negativt bilde på sitt eget utseende på bakgrunn av konsekvenser som hårtap eller hudirritasjon. Kanskje kan mangelen på kontroll over hårnappingen gi seg utslag i et ønske om å kontrollere andre deler av livet, slik som inntak av mat. Skjemaet EDS-5 er særlig assosiert med bulimi. Mangel på impuls kontroll er blitt sett i sammenheng med både TTM og bulimi, og kan være et bindeledd mellom disse diagnosene. Dette er i tråd med Hollander et al. (1993) sin teori om et spekter som går fra risikounngåelse til impulsivitet, hvor han plasserer TTM og bulimi ved siden av hverandre i den impulsive delen av spekteret. EDS-5

korrelerer imidlertid ikke signifikant med noen av skjemaene som måler hårnapping, så et slikt overlapp mellom disse diagnosene blir dermed ikke støttet i denne oppgaven.

Felles for det internasjonale og det norske utvalget er at pasientene oppgir angst og depresjon som komorbide lidelser. Både hudplukking og spisevansker ble også funnet i både det norske og det internasjonale utvalget. Imidlertid skiller det norske utvalget seg ved at spisevanskene ikke korrelerer med mål for hårnapping.

Oppgavens begrensninger

Funnene presentert her gir nødvendig, men ikke tilstrekkelig informasjon, for å danne en komplett profil av norske TTM-pasienter. For å oppnå dette kreves bruk av flere selvrappportmål kombinert med klinikers vurdering. En fullverdig diagnostisering av angst, depresjon, hårnapping og spiseforstyrrelser skal skje på bakgrunn av kliniske undersøkelser, kombinert med selvrappoteringskjema, og da det i denne oppgaven kun er selvrapportskjema som ligger til grunn, må funnene tolkes med forsiktighet. Likevel gir resultatene i oppgaven en beskrivelse av ”skjemapakke 1” som inneholder flere vesentlige karakteristika for utvalget før behandlingsstart.

Forholdet mellom hudplukking og alvorlighetsgrad ble undersøkt kun ved å analysere et skjema for alvorlighetsgrad av hårnapping, dette er ikke tilfredsstillende for å kunne uttale seg om sammenhengen mellom disse lidelsene. Demografiske variabler ble ikke sammenlignet med andre utvalg, slik som med data fra for eksempel HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag) eller fra Folkehelseinstituttet. Dette gjør at variabler som bosituasjon og sivilstatus ikke ble vurdert i tilstrekkelig grad i oppgaven.

En siste begrensning med oppgaven er det ufullstendige bildet over hvordan medisinbruk på bakgrunn av psykiske lidelser har påvirket skårene. Undersøkelser over hvordan pasienter med og uten medisinbruk eventuelt skiller seg fra hverandre på de ulike måleinstrumentene ville være svært interessant, men ble på bakgrunn av tidsaspektet og datamaterialets stilling på analysetidspunkt ikke gjennomført.

Videre forskningsspørsmål

Presentert i oppgaven er de første resultatene fra et norsk utvalg av pasienter med TTM. Oppgaven kan sees som en forsmak på deler av datamaterialet samlet inn i forbindelse med forskningsprosjektet ”Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment

Study”. Forskningsprosjektet avsluttes først i 2019, etter en fire-års periode med artikkelkomponering og doktorgradsavhandling med utgangspunkt i dataene.

Funnene i oppgaven bekrefter at ACT-HRT- manualen inneholder flere komponenter som målrettet angriper problemområdene også til den norske pasientgruppa med TTM. Både rent motoriske øvelser for å bryte adferdsmønster, bevisstgjøring rundt når nappingen finner sted og trening for å klare å takle indre opplevelser uten forsøke på å endre dem, er alle teknikker som synes svært passende for utvalgets kliniske profil. Det vil være interessant å undersøke hvordan psykologisk fleksibilitet vil endre seg fra pre- til post behandling, da funnene fra andre studier er sammensatte. I tillegg til ACT, vil det være interessant å undersøke andre innfallsvinkler slik som metakognisjon. Skjema om metakognisjon ble administrert til utvalget i ”skjemapakke 2”.

Debatten om TTM bør anses som en OCD-spektrum lidelse i ICD-11 slik den er blitt i nåværende versjon av DSM, dette kan belyses ytterligere ved å benytte data fra forskningsprosjektet. Da data om OCD og tvangspreget personlighetsforstyrrelse ikke var fullverdig ved analysetidspunkt, kunne de ikke inkluderes i denne oppgaven.

Personlighet, personlighetspatologi og komorbide akse-I og II lidelser bør og skal undersøkes når forskningsprosjektet fortsetter, men dette var ikke mulig på dette tidspunktet da datamaterialet ikke var komplett.

Depresjon korrelerte signifikant med de fleste skjema i denne oppgaven. Videre analyser bør foretas hvor man kontrollerer for depresjon for å undersøke om assosiasjonen mellom skjemaene endres. Særlig interessant vil det være å undersøke hvordan forholdet mellom hårnapping og funksjonsnivå er assosiert når man kontrollerer for depresjon. Utover datamaterialet innsamlet i forskningsprosjektet til Hummelen et. al. vil det være behov for å foreta en kartlegging over antall TTM-rammede i den norske befolkningen. Tallene fra internasjonale utvalg varierer noe, og det er grunn til å tro at oppmykningen i de diagnostiske kriteriene i DSM-V har ført til at flere enn tidligere oppfyller kriteriene til denne diagnosen.

Konklusjon

Funnene i denne oppgaven indikerer at det norske utvalget i høy grad er konsistent med ikke-norske utvalg på de målte fenomenene. Det norske utvalget skårer som helhet i klinisk område for samtlige skjema benyttet i denne oppgaven. Dermed danner det norske utvalget med TTM-pasienter en klinisk profil som kjennetegnes av alvorlig hårnapping, funksjonsnedsettelse på flere domener i livet, ”unngåelse av opplevelse”, depresjon, angst og

spisevansker. Behandlingstilbudet til pasienter med TTM er i dag begrenset, både på grunn av det relativt beskjedne kunnskapsgrunnlaget på området, og behandlingsapparatets manglende erfaring med denne pasientgruppen. Den høye komorbiditeten mellom TTM, depresjon og angst bekreftet i denne oppgaven, understreker behovet for et styrket behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Oppgaven reiser også en rekke spørsmål som må besvares gjennom større forskningsinnsats på området.

Referanseliste

- Alexander, G. E., DeLong, M. R., & Strick, P. L. (1986). Parallel Organization of Functionally Segregated Circuits Linking Basal Ganglia and Cortex. *Annual Review of Neuroscience, Vol. 9*, 357-381.
- Altenburger, E. M., Tung, E. S., & Keuthen, N. J. (2014). Body esteem in adolescent hair pullers. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(2), 124-127. doi: 10.1556/jba.3.2014.010
- Altman, K., Grahs, C., & Friman, P. (1982). Treatment of unobserved trichotillomania by attention-reflection and punishment of an apparent covariant. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*(4), 337-340.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd.ed.)* Washington, DC: Author: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th.ed.)* Washington DC: Author: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th.ed.)* Washington, DC: Author: American Psychiatric Association.
- Arzeno, F. Y., Almeida, V. P., Bedin, N. R., Rosa, R., & D'Arrigo, B. E. (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 47*(4), 282-288.
- Azrin, N. H., & Nunn, G. R. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy, 11*(4), 619-628.
- Azrin, N. H., Nunn, G. R., & Frantz, S. E. (1980). Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11*(1), 13-20.
- Begotka, A. M., Woods, D. W., & Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(1), 17-24.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of clinical psychology, 57*(2), 243-255.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.

- Bordnick, P. S., Thyer, B. A., & Ritchie, B. W. (1994). Feather picking disorder and trichotillomania: an avian model of human psychopathology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(3), 189-196.
- Bouwer, C., & Stein, D. J. (1998). Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. *Psychosomatic medicine*, 60(5), 658-660.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression, and eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2(1), 193-198.
- Casati, J., Toner, B. B., & Yu, B. (2000). Psychosocial issues for women with trichotillomania. *Comprehensive psychiatry*, 41(5), 344-351. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2000.9012>
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Strategy implementation in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Psychological medicine*, 36(01), 91-97.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N., Blackwell, A., Robbins, T., & Sahakian, B. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1282-1284.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Clark, L., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2007). A neuropsychological comparison of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Neuropsychologia*, 45(4), 654-662.
- Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Boulougouris, V., Fineberg, N. A., & Grant, J. E. (2009). Trichotillomania: Neurobiology and treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(6), 831-842. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.02.002>
- Chaudhury, S., John, T. R., Ghosh, S. R., & Mishra, G. S. (2001). Recurrent trichobezoar in a case of trichotillomania. *Indian journal of psychiatry*, 43(4), 340-341.
- Christenson, G. A., Chernoff-Clementz, E., & Clementz, B. A. (1992). Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Christenson, G. A., & Mackenzie, T. B. (1994). *Trichotillomania (217-235)*. New York: Springer US.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult hair pullers. *The American Journal of Psychiatry*, 148(3), 365-370.
- Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry*.

- Christenson, G. A., Raymond, N. C., Faris, P. L., McAllister, R. D., Crow, S. J., Howard, L. A., & Mitchell, J. E. (1994). Pain thresholds are not elevated in trichotillomania. *Biological Psychiatry, 36*(5), 347-349. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/0006-3223(94)90634-3)
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy, 29*(3), 253-257.
- Coetzer, R., & Stein, D. J. (1999). Neuropsychological measures in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Psychiatry and clinical neurosciences, 53*(3), 413-415.
- Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Diefenbach, G. J., Mouton-Odum, S., & Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 40*(11), 1305-1315.
- Diefenbach, G. J., Reitman, D., & Williamson, D. A. (2000). Trichotillomania: a challenge to research and practice. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 289-309.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy, 43*(7), 869-884. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.010>
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S., & Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(1), 32-41.
- Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 181-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.008>
- Ferrão, Y. A., Miguel, E., & Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related? *Psychiatry research, 170*(1), 32-42.
- Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Cashin, S. E. (2008). Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy, 46*(3), 345-357.

- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Cashin, S. E., & Keuthen, N. J. (2008). The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult version (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of “focused” and “automatic” hair pulling. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(1), 20-30.
- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Piacentini, J. (2009). Cross-sectional study of women with trichotillomania: a preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. *Child psychiatry and human development*, 40(1), 153-167.
- Gershuny, B. S., Keuthen, N. J., Gentes, E. L., Russo, A. R., Emmott, E. C., Jameson, M., . . . Jenike, M. A. (2006). Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1521-1529.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2009). N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 756-763.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Hestad, K. A., & Egeland, J. (2010). *Klinisk nevropsykologi, undersøkelse av voksne pasienter*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Holden, B. (2007). Aksept-og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1118-1126.
- Hollander, E., Anthony, D., Brondolo, E., Coccaro, E. D., & Fallon, B. (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Houghton, D. C., Compton, S. N., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Franklin, M. E., Neal-Barnett, A. M., . . . Woods, D. W. (2014). Measuring the role of psychological inflexibility in Trichotillomania. *Psychiatry research*. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.003

- Ibuowo, A. A., Saad, A., & Okonkwo, T. (2008). Giant gastric trichobezoar in a young female. *International Journal of Surgery*, 6(6), e4-e6.
- Isacsson, G., Holmgren, P., & Ahlner, J. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14 857 suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 286-290.
- Keuthen, N. J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Stein, D. J., & Cashin, S. E. (2007). Factor analysis of the Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 707-709. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.003>
- Keuthen, N. J., Makris, N., Schlerf, J. E., Martis, B., Savage, C. R., McMullin, K., . . . Hodge, S. M. (2007). Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania. *Biological Psychiatry*, 61(3), 374-381.
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C. R., Borgmann, A. S., . . . Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 1. development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(3-4), 141-145.
- King, R. A., Scahill, L., Vitulano, L. A., Schwab-Stone, M., Tercyak Jr, K. P., & Riddle, M. A. (1995). Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1451-1459.
- Koran, L. M., Ringold, A., & Hewlett, W. (1992). Fluoxetine for trichotillomania: an open clinical trial. *Psychopharmacology bulletin*.
- Koster, E. H. W., Rassin, E., Crombez, G., & Näring, G. W. B. (2003). The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1113-1120.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515.
- Langdrige, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Tapir akademiske forlag.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., . . . Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.

- Lochner, C., Seedat, S., Du Toit, P. L., Nel, D. G., Niehaus, D. J. H., Sandler, R., & Stein, D. J. (2005). Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC psychiatry*, *5*(1), 2.
- Lochner, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2010). Chronic hair-pulling: Phenomenology-based subtypes. *Journal of anxiety disorders*, *24*(2), 196-202.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depression and anxiety*, *15*(2), 83-86.
- Mansueto, C. S., Townsley Stemberger, R. M., Thomas, A. M., & Golomb, R. G. (1997). Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. *Clinical Psychology Review*, *17*(5), 567-577.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(5), 461-464.
- Norberg, M. M., Wetterneck, C. T., Woods, D. W., & Conelea, C. A. (2007). Experiential avoidance as a mediator of relationships between cognitions and hair-pulling severity. *Behavior modification*, *31*(4), 367-381.
- Novak, C. E., Keuthen, N. J., Stewart, S. E., & Pauls, D. L. (2009). A twin concordance study of trichotillomania. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *150*(7), 944-949.
- O'Sullivan, R. L., Keuthen, N. J., Hayday, C. F., Ricciardi, J. N., Buttolph, M. L., Jenike, M. A., & Baer, L. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) hairpulling scale: 2. reliability and validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *64*(3-4), 146-148.
- Reinhardt, V. (2005). Hair pulling: a review. *Laboratory animals*, *39*(4), 361-369.
- Rosenvinge, J. H., Perry, J. A., Bjørgum, L., Bergersen, T. D., Silvera, D. H., & Holte, A. (2001). A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders Review*, *9*(2), 123-132.
- Rufer, M., Bamert, T., Klaghofer, R., Moritz, S., Schilling, L., & Weidt, S. (2014). Trichotillomania and emotion regulation: is symptom severity related to alexithymia? *Psychiatry research*, *218*(1-2), 161-165. doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.029
- Salaam, K., Carr, J., Grewal, H., Sholevar, E., & Baron, D. (2005). Untreated trichotillomania and trichophagia: surgical emergency in a teenage girl. *Psychosomatics*, *46*(4), 362-366.

- Shusterman, A., Feld, L., Baer, L., & Keuthen, N. (2009). Affective regulation in trichotillomania: Evidence from a large-scale internet survey. *Behaviour Research and Therapy, 47*(8), 637-644.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092-1097.
- Stanley, M. A., Borden, J. W., Bell, G. E., & Wagner, A. L. (1994). Nonclinical hair pulling: phenomenology and related psychopathology. *Journal of anxiety disorders, 8*(2), 119-130.
- Stanley, M. A., Borden, J. W., Mouton, S. G., & Breckenridge, J. K. (1995). Nonclinical hair-pulling: Affective correlates and comparison with clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 33*(2), 179-186.
- Stein, D. J., Flessner, C. A., Franklin, M., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Woods, D. W. (2008). Is trichotillomania a stereotypic movement disorder? An analysis of body-focused repetitive behaviors in people with hair-pulling. *Annals of Clinical Psychiatry, 20*(4), 194-198.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depression and anxiety, 27*(6), 611-626.
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992). Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry, 53*(4), 123-126.
- Stemberger, R. M. T., Thomas, A. M., Mansueto, C. S., & Carter, J. G. (2000). Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *Journal of anxiety disorders, 14*(1), 97-104.
- Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., . . . Bond, F. W. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record, 54*, 553-578.
- Swedo, S. E., Lenane, M. C., & Leonard, H. L. (1993). Long-term treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine, 329*(2), 141-142.
- Tükel, R., Keser, V., Karalı, N. T., Olgun, T. Ö., & Çalığışu, C. (2001). Comparison of clinical characteristics in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders, 15*(5), 433-441.

- Walsh, K. H., & McDougle, C. J. (2001). Trichotillomania. *American journal of clinical dermatology*, 2(5), 327-333.
- Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Goodwin, R. D., Stein, D. J., & Walther, M. R. (2006). The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1877.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (1996). Are persons with nervous habits nervous? A preliminary examination of habit function in a nonreferred population. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(2), 259-261.
- Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2008). *Trichotillomania. An ACT-enhanced Behavior Therapy Approach. Therapist guide*. New York Oxford University Press.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 639-656.
- World Health Organization. (1978). The ICD-9 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- Wright, H. H., & Holmes, G. R. (2003). Trichotillomania (hair pulling) in toddlers. *Psychological reports*, 92(1), 228-230.

Appendiks A

Prosjektbeskrivelse "Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment Study"

Cognitive Behavioral Therapy for Trichotillomania. A Treatment Study.

**Erna Moen^a, Benjamin Hummelen^{a,b}, Aashild Tellefsen Haaland^c,
Svein Haseeth^d, Patrick Vogel^{d,e}, Joseph Himle^f, Douglas Woods^g**

^a Department for Personality Psychiatry
Division of Mental Health and Addiction, Oslo University Hospital
PO box 4956, Nydalen, 0424 Oslo, Norway

^b Department for Research and Education,
Division of Mental Health and Addiction; Oslo University Hospital

^c Clinic of Mental Health,
Psychiatry and Addiction Treatment, Sørlandet Hospital, Kristiansand, Norway

^d OCD team,
Department Østmarka, St. Olavs Hospital, Trondheim, Norway

^e Department of Psychology,
Norwegian University of Science and Technology,
Trondheim, Norway

^f University of Michigan, School of Social Work,
Ann Arbor, MI 48105, USA.

^g Department of Psychology, University of Wisconsin-Milwaukee,
2441 E. Hartford Ave, Milwaukee, WI 53211, USA

Background

Trichotillomania (TTM), or hair-pulling disorder, is a common disorder with an estimated prevalence of 1-2% in the general population, with a higher prevalence in women (Christenson, Pyle, & Mitchell, 1991; Duke, Keeley, Geffken, & Storch, 2010; Stanley, Borden, Mouton, & Breckenridge, 1995). As the name indicates, TTM is characterized by the repetitive and compulsive pulling of hair. According to DSM-IV (APA, 1994), two additional features should be present: 1) an increasing sense of tension just before pulling out the hair or when trying to resist the behavior, and 2) a sense of pleasure or relief when pulling out the hair. Two types of hair pulling can be discerned, the automatic pulling style, in which hair pulling takes place with apparent little control and awareness, and the focused pulling style, in which hair pulling serves to control negative emotional experiences (Christenson, et al., 1991; Stein et al., 2010). Most patients, however, have both types of pulling styles.

TTM is associated with considerable suffering and impairment in social and work functioning. Because of visible hair loss, patients have strong feelings of shame and embarrassment, tend to isolate themselves, and have reduced work productivity (Stemberger, Thomas, Mansueto, & Carter, 2000). Avoidance behavior is common and likely limits help-seeking behaviors. In addition, patients often have a number of medical conditions as a consequence of their behavior, such as scalp bleeding, dental erosions/gastro-intestinal symptoms due to hair chewing, and muscle/joint/tendon problems due to repetitive behavior (Duke, et al., 2010). Many patients with TTM also have skin picking disorder (SPD), which brings about additional problems, such as skin infections and extensive scarring (Hayes, Storch, & Berlanga, 2009).

In light of the high prevalence and serious symptoms, it is surprising that very little is known about TTM, not at least among clinicians. This might be due to the secretive nature of the disorder. As mentioned above, patients go at great lengths to hide the consequences of their behavior. Furthermore, patients may present themselves with other types of problems than hair pulling, like depression or anxiety, and minimize TTM symptoms towards their therapists. Clinicians on the other hand, may have little interest in TTM symptoms because they think treatment doesn't exist. However, specialized treatments are available. A well-known approach is habit reversal training (HRT). This approach was developed by Azrin and Nunn in the sixties and early seventies (Azrin & Nunn, 1973) and has good empirical support (Ninan et al., 1998; Ninan, Rothbaum, Marsteller, Knight, & Eccard, 2000; Norberg, Wetterneck, Woods, & Conelea, 2007; Stanley, Breckenridge, Swann, Freeman, & Reich, 1997). In HRT, patients first are taught to be more aware of their hair pulling (awareness training) and thereafter they are trained to perform a competing response, i.e., doing something that make it physically impossible to give in to the urge to pull, like clenching fists, folding arms together, or folding hands (competence response training).

HRT is supposed to be most effective in patients with the automatic hair pulling style. However, most patients have a combination of the two pulling styles, i.e., automatic pulling style and focused pulling style. In order to address the focused pulling style, clinicians have added other components to HRT, including self-monitoring, relaxation training, and acceptance and commitment therapy (ACT) (Blackledge & Hayes, 2001). ACT is a promising approach for TTM as it addresses an essential feature of TTM, i.e., that attempts to control the urges to stop hair pulling are more problematic than the urges themselves. Thus, rather than trying hard to stop pulling hair, patients are trained to commit to their urges.

In a randomized clinical trial (RCT) of 25 patients with TTM (12 active treatment, 13 waiting list controls), Woods, Wetterneck and Flessner (2006) found that patients in active treatment did significantly better than patients on the waiting list on a number of outcome variables, like hair pulling severity, experiential avoidance, and anxiety/depressive symptoms. However, this was a small study, conducted at a university clinic in the USA, with the architect of this approach as the main project manager. There is an urgent need of both

efficacy studies (RCTs) and effectiveness studies (naturalistic studies) for TTM in other clinical settings and in other countries.

Experiential avoidance is a feature that is characteristic for TTM patients, especially for those with focused hair pulling style (Begotka, Woods, & Wetterneck, 2004). Experiential avoidance is the process of using seemingly maladaptive behaviors (e.g., hair pulling or drug use) to avoid or alter unpleasant private psychological experiences, such as anxiety, an urge to pull, or distressing thoughts. It has been shown that experiential avoidance is associated with more severe TTM (Begotka, et al., 2004). However, this study also showed that individuals who were more experientially avoidant were no more likely to actually pull and were no less successful in actually stopping themselves from pulling than non-avoidant individuals. Thus, the relationship between emotion regulation and TTM needs further elaboration.

Within this context, it should be realized that problems in emotion regulation is central to persons with personality problems, especially those with borderline personality disorder (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). However, as far as we know, there are no studies available that have examined the link between TTM and borderline personality disorder. Within the same vein, clinical experience have indicated that patients with TTM have problems with self-esteem, which also is a central feature of persons with personality disorders (DSM-5, APA, 2012). Thus, in future treatment studies, there should be more focus on personality pathology, e.g., as a predictor of treatment outcome.

As far as we know, in the Nordic countries, only the Department of Personality Psychiatry (DPP) at the Oslo University Hospital (Oslo US) offer specialized treatment for TTM. Patients at this department are treated with ACT-HRT, described previously. Treatment is manualized, using the therapist guide and workbook of Douglas Woods and Michael Twohig (2008) (See appendix A for a more detailed description of this approach). However, in contrast to Woods and Twohig, who offer individual therapy, treatment at the DPP is conducted in groups. It would be of great scientific and clinical interest to evaluate the efficiency (naturalistic study) of this treatment approach, not at least because group treatment is supposed to be more cost-effective than individual therapy.

Aims

We want to examine whether ACT-HRT (Acceptance and Commitment Therapy Enhanced Habit Reversal Training) in group format is an effective treatment for trichotillomania by conducting a naturalistic study of 30 patients; 10 patients in Oslo, 10 patients in Kristiansand, and 10 patients in Trondheim. In addition, each site will treat 2-3 patients with ACT-HRT individual therapy as part of a pilot project.

As a second aim, we want to investigate whether personality pathology is a predictor of treatment outcome. This implies thorough assessment of DSM-IV personality disorder traits, measurement of mentalization, and the inclusion of self-report questionnaires relevant for personality pathology, such as temperament, metacognition, and self-esteem.

Material and methods

Participants

Inclusion criteria are a diagnosis of trichotillomania (with or without skin picking disorder). Exclusion criteria are: 1) schizophrenia spectrum disorders; 2) substance addiction and tablet abuse; 3) antisocial personality disorder (PD) 4) severe cluster A personality pathology; 5) ongoing suicidal ideation; 6) severe eating disorder; 7) pervasive developmental disorders (subthreshold autism spectrum disorder is allowed); 8) mental retardation; and 9) sequelae after brain injury. Patients must be 18 years or older and younger than 55.

The trial will be conducted at three treatment sites in Norway: 1) Oslo University Hospital; 2) Sørlandet Hospital, Kristiansand, and 3) St. Olavs Hospital, Trondheim.

Patients will be recruited in different ways: by advertisements in local newspapers and periodicals, by sending letters to general practitioners, mental health clinics and student health

services, and by announcing the project at the Norwegian TTM and skin picking website (<http://trichogskinpicknorge.blogspot.no/>.) Patients are allowed to refer themselves.

With regard to the use of psychopharmaceutics, there should not be any changes in medication regime in the period six weeks before start – one week after the end of treatment.

Treatment

Therapy takes place in groups, including up to six patients with TTM and one or two therapists. Treatment consists of ten group sessions lasting three hours, with a break of 15 minutes and two booster sessions a few months after the end of the formal treatment episode. The therapist's focus is on each patient separately rather than on group processes or the patient's relation to the group, i.e., "individual therapy in group format". Treatment is manualized, in accordance with the treatment guide of Woods and Twohig (2008).

Diagnostic assessment

Symptom disorders

The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo et al., 1994) will be used to determine the presence of DSM-IV Axis I diagnoses and to screen for psychoses, and alcohol and drug dependence. One of the advantages of the ADIS is the obtainment of dimensional scores of anxiety of mood disorders (from 0-8). It is supposed that dimensional scores of mental disorders have better validity and more power in statistical analyses. Diagnostic interviews will be videotaped in order to perform a reliability check.

The presence of TTM will be ascertained by a systematic assessment of the DSM-IV TTM traits by a clinical interview in combination with self-report forms. The *Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania – Adult Version* (MIST-A Flessner et al., 2007). will be used to assess TTM subtypes i.e., automatic or focused pulling style.

If there are any signs of autism spectrum disorders, the Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised will be delivered (RAADS, Ritvo et al., 2011). The RAADS is a self-report questionnaire consisting of 80 items that have shown good screening capacities for autism spectrum disorders. It can also be used to assess subthreshold autistic traits.

Personality disorders

The Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II; First, 1994) will be used for the assessment of personality disorders. Therapists in the project have attended the SCID-II course at the Department of Personality Psychiatry.

Procedures

Implementation of assessment- and safety procedures, de-identification and anonymisation
Before inclusion in the study, participants will be asked to sign an informed consent. Each potential participant has to be discussed with the local project leader before inclusion in the study.

Diagnostic assessment at baseline will be performed by the therapists in the project. The follow-up assessments will be done by an independent investigator.

We aim at conducting the first round of treatment during spring 2013 and the second round during the fall 2013. Assessment will take place at baseline, at the start of treatment (for waiting list patients), after five sessions (limited assessment), at the end of treatment, and at one year follow-up (T1, T2, T3, T4). De-identification and anonymization will take place by standardized procedures at the DPP

The name of the participants will be successively recorded on a pen-and-paper code list. Through this list, patients will receive an identification-code, to be used throughout the project. This code will be used in the research database. This database will be administrated by the DPP and will not contain any identifiable information, e.g., no names, no date of birth etc. Anonymisation will take place at the end of the study in 2022.

Primary outcome measures: self-report

The Massachusetts General Hospital - Hairpulling Scale (MGH-HS, Keuthen et al., 1995). This self-report instrument consists of seven domains: 1) Frequency of urges to pull 2. Intensity of urges; 3) ability to control urges; 4) frequency of hairpulling; 5) attempts to resist hairpulling; 6) control over hair-pulling; 7) associated distress. Each domain is scored on a scale from zero (no symptoms) to four (extreme symptoms).

Acceptance and Action Questionnaire, version II (AAQ-II) is used to evaluate experiential avoidance and consists of nine items (Bond et al., 2011). The AAQ-II has better psychometric properties than the first version of the AAQ. Therefore, in the Norwegian translation of the workbook, the AAQ-II will be used. We will also include an AAQ version that is adapted for TTM, the AAQ-4TTM. As far as we know, there are no psychometric studies available on this questionnaire.

Primary outcome measures: clinicians ratings

The National Institute of Mental Health Trichotillomania Severity Scale (NIMH-TSS, Swedo et al., 1989) is a clinical interview that assesses in detail how much time the patient spend in pulling hairs and the associated thoughts and feelings, as well as into which degree the hair pulling interfere with daily life.

Clinical Global Impression Scale for TTM.

Pictures: The most objective measurement of clinical change is by taking pictures of bald spots. Participants will be asked to agree in taking pictures of their hair before and after treatment.

Secondary outcome measures/predictors*Depressive symptoms*

Beck Depression Inventory (BDI, Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1997) will be used to measure characteristic attitudes and symptoms of depression. Sum scores between 19 and 29 indicate moderate depression, while scores of 30 and above indicate severe depression.

General anxiety symptoms

Beck Anxiety Inventory (BAI) is a 21-item self-report questionnaire with good psychometric properties used to assess general anxiety symptoms (Beck & Steer, 1990).

Metacognitions

The Metacognition Questionnaire (MCQ-30)(Wells & Cartwright-Hatton, 2004) is a 30-item self-report scale measuring beliefs about thinking. It has been shown to predict outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder (Solem, Haland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009). The Cognitive Attentional Syndrome-1 (CAS-1) is another instrument that assesses metacognitive thinking but in contrast to MCQ-30, it focuses on the ability to have a state of detached mindfulness towards negative emotions. The CAS-I consists of four questions about the time spent on worrying (three questions) and on the content of these worries (one question).

Early maladaptive schemas

The Young Schema Questionnaire Short Form (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) is a 75-item self-report questionnaire that investigates the presence of the 15 early maladaptive schemas as identified by Young and colleagues. It has been shown to be useful in the prediction of outcome of obsessive-compulsive disorder (Haaland et al., 2011).

Temperament (only baseline)

The Adult Temperament Questionnaire (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000) consists of 77 items covering four main domains; negative affect, extraversion/surgency, effortful control, and orienting sensitivity. Each domain contains three to five subdomains/facets.

Interpersonal problems

For the assessment of interpersonal problems, the circumplex of interpersonal problems (CIP) will be implemented (Pedersen, 2002). The CIP is a 48-item version of the inventory of interpersonal problems (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990) and consists of 8 subscales. The items are rated on a 5-point Likert-scale from 0 to 4.

Functional impairment

The Work and Social Adjustment Scale (Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002) is a five-item scale and assesses five areas of functioning: work/study, at home, social activities, private leisure activities, and close relationships.

Quality of life

Quality of life will be measured on a simple 0-10 rating scale.

Psychophysiological assessment

It is scheduled to include psychophysiological assessment of skin conductance and heart rate variability. The Department of Personality Psychiatry owns equipment for measurement of skin conductance and heart rate variability. It is not established yet who will perform these measurements in Trondheim and Kristiansand. The paradigm will be simple: measuring stress before, during and after hair pulling.

Mentalization (only baseline)

For the assessment of mentalization problems, it will be considered to use the "movie for the assessment of social cognition" (MASC) (Dziobek et al., 2006). The MASC requires subjects to attribute mental states to movie characters in an everyday life-relevant context. The MASC involves watching a 15 min movie about four persons spending an evening together having dinner. Dominant topics in the movie consist of dating and friendship issues. The film is paused at 45 points, and questions concerning the characters' feelings, thoughts, and intentions are asked (e.g., "What is Betty feeling?", "What is Cliff thinking?", "Why is Michael doing this?"). In case of inclusion of this assessment procedure in the project, a separate application will be sent to the Regional Committee of Research Ethics.

Training, supervision, and therapist adherence

The first supervision seminar with Douglas Woods will take place in December 2012, in Oslo. The first patients with TTM were admitted to treatment in the fall 2012 (only individual therapy).

All group sessions will be videotaped in order to perform an adherence check. These procedures will be elaborated during the winter 2012-2013.

Time schedule

2013 First semester: Training/supervision seminars, assessment of all patients, treatment wave I, collection of post-treatment data, reliability testing diagnostic interviews

2012 Second semester: Treatment wave II, collection of post-treatment data.

2014: Collection of the remaining post-treatment data. Collection of one-year follow-up data.

2015-2019: Writing articles and dissertation

Ethical considerations

Inclusion of participants will not start before the project is approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics. In order to get specialized treatment for TTM, patients have to participate in the study. This may cause an ethical dilemma. On the other hand, we don't really know yet if HRT-ACT in group format is an effective treatment for TTM. Furthermore, we will invite therapists at different mental health care centers to participate at seminars with Douglas Woods, for free. So therapists have the opportunity to learn treatment for TTM.

Financial aspects

Translation and publication of the workbook and therapist guide was funded by the Clinic for Mental Health and Addiction at the Oslo US.

Besides funding for a Ph.D. student, there will be send an application to cover the following expenses: 1) Supervision (Douglas Woods); 2) Adherence testing (Patrick Vogel); 3) Travel costs related to meetings and supervision; 4) Video equipment; and 5) Fee for project leader II (Erna Moen), in order to release her from clinical work. Applications will be send to the Clinic of mental health and addiction, Oslo US, and "Ekstrastiftelsen Helse og Rehabilitering".

Resources

The project is headed by psychiatrist Benjamin Hummelen, MD, PhD, who is engaged as a 100% research fellow at the Department for Research and Education, Oslo UH. The project is assigned to the Research Group for Personality Psychiatry, which is part of the Department for Personality Psychiatry (DPP), Oslo UH, and Institute for Clinical Medicine, UiO. Both Benjamin Hummelen and Erna Moen are members of this research group, and the PhD student will also be a member.

The Research Group for Personality Psychiatry is headed by Sigmund Karterud (professor of psychiatry), and includes the following additional members: Theresa Wilberg and Ted Reichborn Kjennerud (professors in psychiatry); Paul Niklas Johansson, Frida Gullestad and Geir Pedersen (postdoctoral research fellows), Elfrida Kvarstein, Merete Johansen and Ingeborg Eikenæs (Ph.D. research fellows); Øyvind Urnes, MD (head of the "Nasjonalt Kompetansetjeneste for PersonlighetsPsykiatri, NAPP"), and Torill Irion (head of Department for Personality Psychiatry).

Erna Moen is employed at the unit for anxiety disorders, DPP. Erna Moen has collaborated extensively with other researchers in the OCD field. This collaboration has resulted in several scientific publications. Most researchers who are participating in this study are from the OCD field and have collaborated with Erna Moen in previous projects.

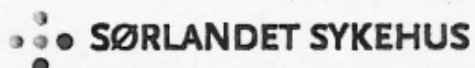
Professor Douglas Woods at the University of Wisconsin-Milwaukee, USA, will be the main clinical supervisor and will take the responsibility for training the therapists in HRT-ACT. Professor Joseph Himle, University of Michigan, is a central figure in the OCD field in the USA. He will contribute by refining the project's design and increasing the quality of the scientific papers. At present, he has an engagement at the Sørland Sykehus, e.g., as a Ph.D. supervisor for Åshild Håland, who is the project manager in Kristiansand. Patrick Vogel at the Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, is a prominent researcher in the OCD field in Norway and will be the co-supervisor of the PhD student.

Appendiks B
”Skjemapakke 1”

TT kode:

Skjemapakke 1

NorTriP



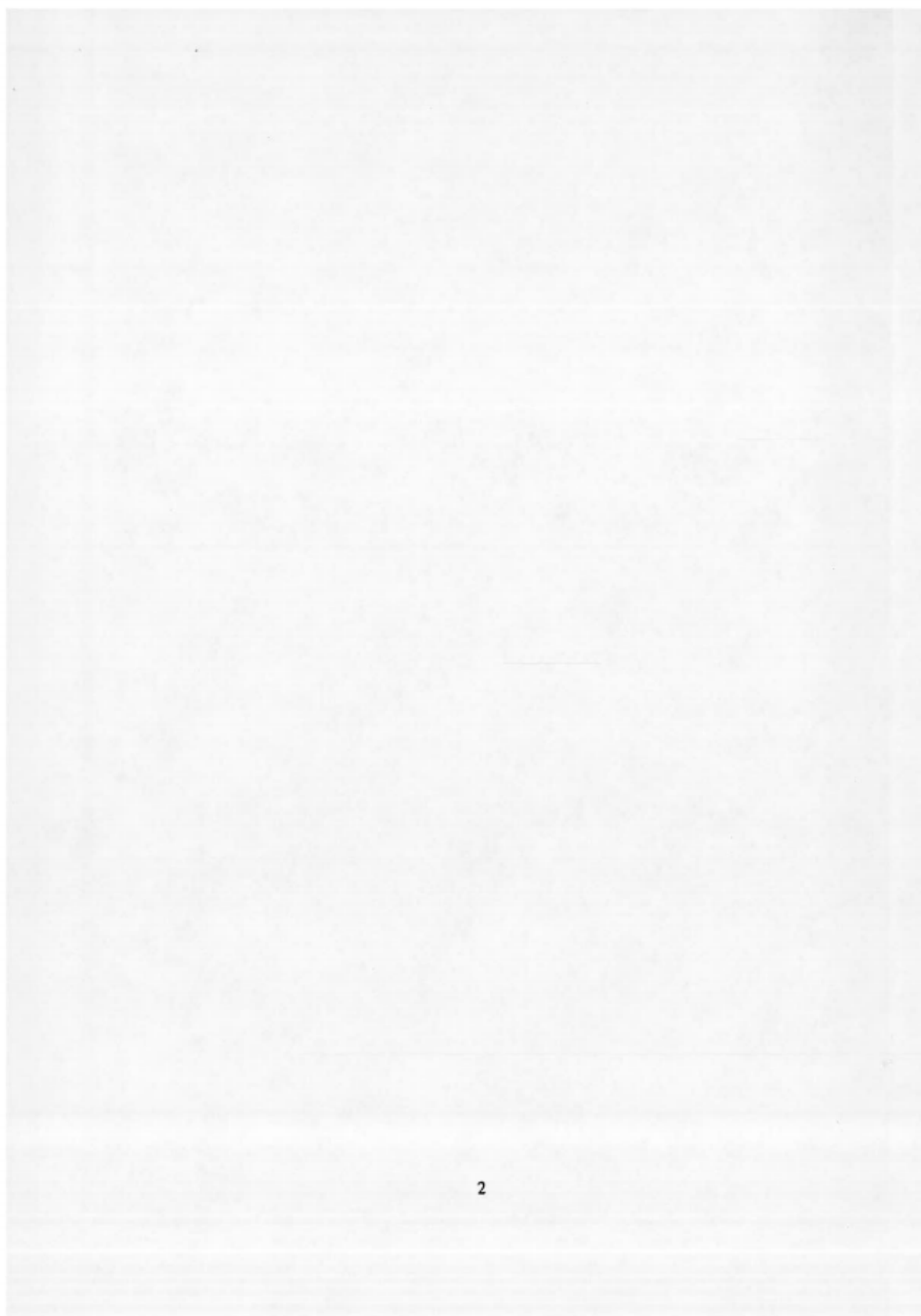
-----rives av før innsendelse-----

Navn: _____

Født: _____

Dato: : _____

Utredet : _____



| |
|----------|
| TT kode: |
|----------|

Velledning

I forbindelse med utredningen du nå skal være med på vil vi gjerne at du besvarer noen spørsmål om deg selv. Siden behandlingen vil bli evaluert gjennom et forskningsprosjekt, er det flere spørsmål enn ellers. Ved de fleste spørsmålene er svaralternativene nummerert. Vennligst besvar disse ved å sette en ring rundt *ett* av svaralternativene.

Sivil status

- 1 Ugift
- 2 Samboer
- 3 Gift / Partner
- 4 Separert
- 5 Skilt
- 6 Enke / Enkemann

Bosituasjon

- 1 Jeg bor alene
- 2 Jeg bor sammen med foreldre
- 3 Jeg bor sammen med bare barn
- 4 Jeg bor sammen med ektefelle/partner/samboer (og evt. barn)
- 5 Jeg bor sammen med andre enn de som er nevnt ovenfor

Daglig virke

Hva er din nåværende arbeidssituasjon?

- 1 Skoleelev / student
- 2 Hjemmeværende
- 3 I arbeid (Fyll ut selv om du for tiden er sykmeldt)
- 4 Uføretrygdet
- 5 Arbeidsavklaringspenger
- 6 Arbeidsløs (Fyll ut selv om du har arbeidsavklaringspenger)

Utdanning

Hvor mange års skolegang/studier har du fullført etter ungdomsskolen? ____ år

Arbeid / Studier

Hvor mange måneder har du arbeidet eller studert på minst halv tid (50% eller mer) i løpet av de siste 12 måneder? ____ (Regn ikke med tiden du evt. har vært 100% sykmeldt)

Tidligere kontakt med psykiatrisk hjelpeapparat og primærhelsetjeneste

1. Hvor gammel var du ved første gangs kontakt med psykiatrisk poliklinikk, privatpraktiserende psykolog/psykiater eller primærhelsetjeneste i forbindelse med psykiske plager/vansker? (ca.) ____ år

2. Hvor mange behandlingsperioder hos poliklinikk / psykiater / psykolog har du hatt? (ca.) ____

3. Har du tidligere vært innlagt ved en psykiatrisk døgnavdeling?

0 Nei

1 Ja

Hvis ja:

3.1 Hvor mange ganger til sammen? (ca.) ____

4. Har du hatt behandling for din håmmappingsproblemer før? Ja / nei.

Hvis ja, hva slags behandling _____

Medisiner

Har du brukt medisiner for psykiske plager i løpet av de siste 12 måneder? Ja / nei.

1=Bare litt sporadisk

2=Ja jevnlig, men til sammen i mindre enn 6 måneder

3= Ja, jevnlig i mer enn 6 måneder

Navn med medikamentet

| | | | |
|-------|---|---|---|
| _____ | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 1 | 2 | 3 |

Medisinske forhold

Har du noensinne blitt diagnostisert med noe av følgende:

| | Ja | Nei | År | Kommentarer |
|-------------------------------|-----|-----|-------|-------------|
| a. Diabetes | ___ | ___ | _____ | _____ |
| b. Hjerterproblemer | ___ | ___ | _____ | _____ |
| c. Høyt/lavt blodtrykk | ___ | ___ | _____ | _____ |
| d. Epilepsi | ___ | ___ | _____ | _____ |
| e. Kreft | ___ | ___ | _____ | _____ |
| f. Thyreoideasykdom | ___ | ___ | _____ | _____ |
| g. Annet hormoneit problem | ___ | ___ | _____ | _____ |
| h. Astma | ___ | ___ | _____ | _____ |
| i. Annet luftveisproblem | ___ | ___ | _____ | _____ |
| j. Migrene | ___ | ___ | _____ | _____ |
| k. Hjerateattakk | ___ | ___ | _____ | _____ |
| l. Magesår/fordøyelsesvansker | ___ | ___ | _____ | _____ |
| m. Blodsykdommer | ___ | ___ | _____ | _____ |
| n. HIV/AIDS | ___ | ___ | _____ | _____ |
| o. Hjernerystelse/hodeskade? | ___ | ___ | _____ | _____ |
| p. Andre sykdommer? | ___ | ___ | _____ | _____ |

Har du mye muskel- og skjellettplager?

JA ___ NEI ___

Hvis ja, er det på grunn av håmapping/skinpicking?

JA ___ NEI ___

Har du oppsøkt fysioterapeut/annen terapeut ifm muskel- og skjellettplager?

JA ___ NEI ___

Har du problemer med "skin picking" (hudplukking)?

JA ___ NEI ___

Hvis ja, hvor ille er dette på en skala fra 1-10? _____

Har du oppsøkt hudlege ifm komplikasjoner (infeksjoner/arr etc) av skinpicking?

JA ___ NEI ___

Hvor gammel var du da du begynte å nappe hår? _____

Spørreskjema om hårmapping

Instruksjoner: For hvert spørsmål, velg det utsagnet som best beskriver din atferd og / eller følelser den siste uken. Hvis du har hatt oppturer og nedturer, prøv å anså et gjennomsnitt for den siste uken. Pass på å lese alle utsagn i hver gruppe før du velger.

I de neste tre spørsmålene, skal du bare vurdere trangten til å nappe hår.

1. Frekvens av trang.

På en gjennomsnittlig dag, hvor ofte følte du trang til å nappe hår?

- 0 Denne uken følte jeg ikke trang til å nappe hår.
- 1 Denne uken følte jeg av og til en trang til å nappe hår.
- 2 Denne uken følte jeg ofte trang til å nappe hår.
- 3 Denne uken følte jeg veldig ofte trang til å nappe hår.
- 4 Denne uken jeg følte en nesten konstant trang til å nappe hår.

2. Intensitet på trangten.

På en gjennomsnittlig dag, hvor intens eller "sterk" var trangten til å nappe hår?

- 0 Denne uken følte jeg ingen trang til å nappe hår.
- 1 Denne uken følte jeg mild trang til å nappe hår.
- 2 Denne uken følte jeg moderat trang til å nappe hår.
- 3 Denne uken følte jeg alvorlig trang til å nappe hår.
- 4 Denne uken følte jeg ekstrem trang til å nappe hår.

3. Evne til å kontrollere trangten.

På en gjennomsnittlig dag, hvor mye kontroll har du over trangten til å nappe hår?

- 0 Denne uken kunne jeg bestandig kontrollere trangten, eller jeg følte ingen trang til å nappe hår.
- 1 Denne uken var jeg i stand til å distrahere meg fra trangten til å nappe hår mesteparten av tiden.
- 2 Denne uken var jeg i stand til å distrahere meg fra trangten til å nappe hår en del av tiden.
- 3 Denne uken var jeg sjelden i stand til å distrahere meg fra trangten til å nappe hår.
- 4 Denne uken jeg var aldri i stand til å distrahere meg fra trangten til å nappe hår.

På de neste tre spørsmålene, skal du bare skåre selve håmappingen.

4. Frekvens av håmappingen.

På en gjennomsnittlig dag, hvor ofte nappet du faktisk ut hår?

- 0 Denne uken nappet jeg ikke hår.
- 1 Denne uken nappet jeg bare av og til hår.
- 2 Denne uken jeg nappet ofte hår.
- 3 Denne uken nappet jeg hår veldig ofte.
- 4 Denne uken nappet jeg hår så ofte at det føltes som om jeg gjorde det hele tiden.

5. Forsøk på å motstå håmappingen.

På en gjennomsnittlig dag, hvor ofte gjorde du et forsøk på å stoppe deg selv fra å faktisk nappe hår?

- 0 Denne uken følte jeg ingen trang til å nappe hår.
- 1 Denne uken prøvde jeg å motstå trangen til å nappe hår nesten hele tiden.
- 2 Denne uken prøvde jeg å motstå trangen til å nappe hår litt av tiden.
- 3 Denne uken prøvde jeg sjelden å motstå trangen til å nappe hår.
- 4 Denne uken prøvde jeg aldri å motstå trangen til å nappe hår.

6. Kontroll over håmappingen.

På en gjennomsnittlig dag, hvor ofte lyktes du med å faktisk stoppe deg selv fra å nappe hår?

- 0 Denne uken nappet jeg ikke hår.
- 1 Denne uken jeg var i stand til å motstå håmapping nesten hele tiden.
- 2 Denne uken jeg var i stand til å motstå håmapping mesteparten av tiden.
- 3 Denne uken jeg var i stand til å motstå håmapping litt av tiden.
- 4 Denne uken jeg var sjelden i stand til å motstå håmapping.

På det siste spørsmålet, skal du skåre konsekvensene av håmappingen din.

7. Tilhørende ubehag.

Håmappingen kan gjøre at noen mennesker føler seg humørsyke, «på tuppet», eller triste.

I løpet av den siste uken, hvor dårlig følte du deg på grunn av håmapping?

- 0 Denne uken følte jeg ikke ubehag angående min håmapping.
- 1 Denne uken følte jeg et vagt ubehag angående min håmapping.
- 2 Denne uken følte jeg merkbart ubehag angående min håmapping.
- 3 Denne uken følte jeg betydelig ubehag angående min håmapping.
- 4 Denne uken følte jeg intenst ubehag angående min håmapping.

The Massachusetts General Hospital Hair Pulling Scale. Oversatt av Erna Moen, Kjetil Mellingen, Lars Morså og Benjamin Hummelen (2013).

Spørreskjema for undergrupper av trikotillomani

Velg et tall som best passer til hvordan utsagnet beskriver din hårmappingesatferd i løpet av de siste to ukene.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9
 ikke sant for sant for omtrent halvparten Sant for all min
 noe av min hårmapping. av min hårmapping. hårmapping.

1. Jeg napper hår når jeg konsentrerer meg om en annen aktivitet. _____
2. Jeg napper hår når jeg tenker på noe som ikke angår hårmapping _____
3. Jeg er nesten i en transe lignende tilstand når jeg napper hår. _____
4. Jeg har tanker om å ville nappe hår før jeg faktisk napper. _____
5. Jeg bruker redskap til å nappe hår og ikke bare fingrene, for eks plnsett. _____
6. Jeg napper hår mens jeg ser i spillet. _____
7. Jeg er vanligvis ikke oppmerksom på at jeg napper hår i løpet av en nappe episode. _____
8. Jeg napper hår når jeg er engstelig eller opprørt. _____
9. Jeg begynner å nappe hår med vilje. _____
10. Jeg napper hår når jeg opplever en negativ følelse som stress, _____
sinne, frustrasjon eller tristhet. _____
11. Jeg har en "rar" fornemmelse rett før jeg napper hår. _____
12. Jeg legger ikke merke til at jeg har nappet hår før etter at det har skjedd. _____
13. Jeg napper hår på grunn av noe som har skjedd meg i løpet dagen. _____
14. Jeg napper hår for å bli kvitt en ubehagelig trang, følelse, eller tanke. _____
15. Jeg napper hår for å få kontroll på hvordan jeg føler meg. _____

The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania – Adult Version (MIST-A).
 Oversatt av Erna Moen, Kjetil Mellingen, Lars Morså og Benjamin Hummelen (2013).

Spørreskjema om aksept og handling for trikotillomani

Nedenfor finner du en liste med påstander. Vurder hvor sanne de er i forhold til deg. Bruk den følgende skalaen:

| 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 ----- | 6 ----- | 7 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| Stemmer aldri | Stemmer veidig sjelden | Stemmer sjelden | Stemmer av og til | Stemmer ofte | Stemmer nesten alltid | Stemmer alltid |
| 1. Jeg er i stand å la være å nappe når trangen til å nappe er sterk. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Jeg tar meg ofte i å dagdrømme om napping og hva jeg vil gjøre annerledes neste gang jeg får trang til å nappe | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Når jeg føler trang til å nappe, er jeg ute av stand til å ta meg av mine forpliktelser. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Jeg bekymrer meg sjelden om å få kontroll over min trang til å nappe. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Jeg er ikke redd for trangen min til å nappe. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Når jeg ser på trangen til å nappe som noe negativ, innser jeg vanligvis at det bare er en reaksjon, ikke en objektiv sannhet. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Når jeg sammenligner meg selv med andre, virker det som om de fleste takler livene sine bedre enn jeg gjør. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Trangen til å nappe er forkastelig. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Hvis jeg på magisk vis kunne fjerne alle mine smertefulle opplevelser knyttet til nånapping, ville jeg gjøre det. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |

Acceptance and action questionnaire for trichotillomania. Oversatt av Erna Moen, Kjetil Mellingen, Lars Morså og Benjamin Hummelen (2013).

AAQ-II

Nedenfor finner du en liste med utsagn. Vennligst vurder hvor godt hvert utsagn stemmer for deg, ved å sette en ring rundt ett av tallene på samme linje. Bruk skalaen nedenfor når du gjør din vurdering.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------|
| | Stemmer aldri | Stemmer veldig sjelden | Stemmer sjelden | Stemmer av og til | Stemmer ofte | Stemmer nesten alltid | Stemmer alltid |
| 1. Mine smertefulle erfaringer og minner gjør det vanskelig for meg å leve et liv jeg ville satt pris på | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Jeg er redd for mine følelser | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Jeg uroer meg over at jeg ikke klarer å kontrollere mine bekymringer og følelser | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Mine smertefulle minner hindrer meg i å ha et givende liv | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Følelser fører til problemer i livet mitt | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Det virker som de fleste mennesker håndterer livene sine bedre enn jeg gjør | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Bekymringer hindrer meg i å lykkes | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |

Acceptance and Action Questionnaire-Version II. Overstatt til norsk av Roar Fosse, Didrik Heggdal, Børge Holden, Steffen Holthe, Trym Nordstrand Jacobsen, Ayna B. Johansen, Lars Mariero, Med.Stud.

Work and Social Adjustment Scale

Psykiske plager og vansker får ofte konsekvenser på en rekke områder. Bedøm i hvilken grad dine psykiske plager og vansker har svekket deg i løpet av siste måned, i forhold til de fem områdene som er nevnt under. For hvert av de følgende punktene angr du din bedømmelse på en skala fra 0 til 8, hvor 0 betyr at du ikke anser deg svekket i det hele tatt, og hvor 8 betyr at du anser deg svært alvorlig svekket.

| | Ikke svekket i det hele tatt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | Svært alvorlig svekket |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|
| 1. Min evne til å arbeide eller studere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 2. Mitt hjemmearbeid (slik som å vaske, rydde, handle, lage mat, betale regninger, passe på hjemmet eller ta meg av barna) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 3. Mine sosiale fritidsaktiviteter (som sammen med andre å; gå på bar/kafé, selskaper/fester, utflukter, stevnemøter, besøk, hjemmehygge) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 4. Mine private fritidsaktiviteter (som jeg gjør alene, som å lese, samle på ting, sy, gå turer alene, hagearbeid)..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 5. Min evne til å etablere og opprettholde nære forhold til andre, inkludert de jeg bor sammen med..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |

Bekymringer og rastløshet

Nedenfor finner du listet opp noen forskjellige plager man kan ha. Ved hvert av dem skal du sette ring rundt det svaralternativ som best beskriver hvor ofte du har vært plaget av disse de siste 2 ukene.

| | Ikke i det Hele tatt | 0 | 1 | 2 | 3 | Nesten hver dag |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---|--------------------|
| 1. Følt deg nervøs, engstelig eller veldig stresset..... | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 2. Ikke klart å slutte å bekymre deg eller kontrollere bekymringene dine | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 3. Bekymret deg for mye om ulike ting..... | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 4. Vansker med å slappe av..... | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 5. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 6. Blitt lett sint eller irritert | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 7. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 8. Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre? | Ikke vanskelig i det hele tatt | Litt vanskelig | Veldig vanskelig | Ekstremt vanskelig | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |

Forskjellige plager

Nedenfor finner du listet opp noen forskjellige plager man kan ha. Ved hvert av dem skal du sette ring rundt det svaralternativ som best beskriver hvor ofte du har vært plaget av disse de siste 2 ukene.

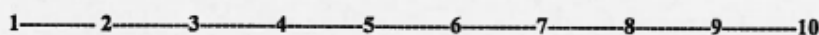
| | Ikke i det Hele tatt | | Nesten hver dag | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|--------------------|---|
| 1. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne, eller vansker med at du sover for mye | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Følt deg trett eller slapp..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Dårlig appetitt eller å spise for mye | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket - eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det, eller motsatt - følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Tanker om at du like gjerne kunne vært død, eller på annen måte ville skade deg selv | 0 | 1 | 2 | 3 |

10. Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

| | Ikke vanskelig i det hele tatt | Litt vanskelig | Veldig vanskelig | Ekstremt vanskelig |
|--|-----------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |

Livskvalitet

Kan du angi fra en skala fra 1 til 10 hvordan du vurderer din livskvalitet? Sett kryss.



Spisevaner

Når du ser tilbake på de siste fire ukene:

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|-------------|
| 1. Hvor fornøyd har du vært med dine spisevaner? | Svært misfornøyd | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Svært fornøyd | |
| | Ikke i det hele tatt | | | | | | | | | | Hver dag |
| 2. Har du trøstespist eller spist ekstra på grunn av at du har vært nedstemt eller følt deg utilfreds? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 3. Har du skyldfølelse i forbindelse med spising? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 4. Har du følt at det er nødvendig for deg å følge strenge dietter eller andre matritualer for å holde kontroll med hvor mye du spiser? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| 5. Har du følt at du er for tykk? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |

Spørsmål om Personlighet

Veiledning

På de følgende sidene finner du en rekke utsagn. Ved hver av dem er det en skala fra 1 til 5 som du skal bruke for å markere hvor godt disse passer for deg. Hvis utsagnet passer helt, skal du markere det ved å sette en ring rundt 5-tallet. Hvis det ikke passer i det hele tatt, markerer du det ved å sette en ring rundt 1-tallet. Dersom du mener at sannheten ligger et eller annet sted imellom, markerer du dette ved å sette en ring rundt det tallet som best tilsvarer det du mener.

Utsagnene blir presentert i grupper på fem og fem. Dette er kun gjort for å lette lesbarheten, og har ingen annen betydning.

| | Passer ikke | | | Passer helt |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|----------------|
| 1. Jeg er ikke en person som bekymrer meg | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 2. Jeg liker å ha mange mennesker rundt meg | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 3. Jeg bruker ikke tid på å dagdrømme | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 4. Jeg forsøker å være vennlig mot alle jeg møter | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 5. Jeg tar godt vare på tingene mine | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 6. Jeg føler meg ofte underlegen i forhold til andre | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 7. Jeg har lett for å le | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 8. Når jeg først finner den riktige måten å gjøre noe på, så holder jeg meg til den | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 9. Jeg krangler ofte med min familie eller kolleger | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 10. Jeg er ganske flink til å disiplinere meg selv, slik at jeg får tingene unna i tide | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 11. Når jeg er svært stresset føler jeg at jeg noen ganger holder på å bryte sammen | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 12. Jeg betrakter ikke meg selv som spesielt lett til sinns | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 13. Jeg blir betatt av de mønstrene jeg finner i kunst og natur | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 14. Noen mennesker synes at jeg er egoistisk | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 15. Jeg er ikke særlig systematisk | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 16. Jeg er sjelden ensom eller nedfor | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 17. Jeg setter virkelig pris på å snakke med folk | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 18. Det å la studenter få høre på omstridte talere/foredragsholdere tror jeg bare vil forvirre og villed dem | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 19. Jeg foretrekker å samarbeide fremfor å konkurrere med andre | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 20. Jeg forsøker å utføre alle oppgaver jeg blir pålagt på en samvittighetsfull måte | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 21. Jeg føler meg ofte anspent og urolig | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 22. Jeg liker å være der det skjer | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 23. Diktning(poesi, lyrikk) betyr lite for meg | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 24. Jeg pleier å være mistenksom og skeptisk til andres hensikter | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 25. Jeg har klare mål og arbeider systematisk for å nå dem | 1 | 2 | 3 | 4 5 |

| | Passer ikke | | | Passer helt |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|---|----------------|
| 26. Jeg føler meg av og til fullstendig verdiløs | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 27. Jeg foretrekker vanligvis å gjøre ting alene..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 28. Jeg prøver ofte ny og utenlandsk mat..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 29. Jeg tror de fleste mennesker vil benytte seg av deg hvis de får muligheten | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 30. Jeg kaster bort mye tid før jeg kommer i gang med arbeidet..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 31. Jeg er sjelden redd eller engstelig..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 32. Jeg føler det ofte som om jeg bobler over av kraft og energi..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 33. Sinnsstemninger eller følelser som skapes i ulike omgivelser gjør sjelden noe dypt inntrykk på meg..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 34. De fleste mennesker jeg kjenner, liker meg..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 35. Jeg arbeider hardt for å nå mine mål | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 36. Jeg blir ofte sint over den måten folk behandler meg på | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 37. Jeg er en munter og livlig person | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 38. Jeg synes vi skal rådføre oss med våre religiøse autoriteter når vi skal ta avgjørelser i moralske spørsmål | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 39. Noen mennesker ser på meg som kald og beregnende | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 40. Når jeg har lovet noe så holder jeg det alltid..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 41. Når ting går galt, mister jeg motet og får lyst til å gi opp..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 42. Jeg er ikke en munter optimist | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 43. Noen ganger når jeg leser dikt eller ser et kunstverk, føler jeg en gysning eller en strøm av begeistring | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 44. Jeg lar ikke følelser påvirke holdningene mine | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 45. Noen ganger er jeg ikke så mye til å stole på eller så pålitelig som jeg burde | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 46. Jeg er sjelden trist eller deprimert | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 47. Livet mitt er heseblesende | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 48. Jeg er lite interessert i å spekulere over universets natur eller menneskenes situasjon | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 49. Jeg forsøker som regel å være hensynsfull og omtenksum..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 50. Jeg er en produktiv person som alltid får arbeidet unna | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 51. Jeg føler meg ofte hjelpeløs og ønsker at andre skal løse problemene mine | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 52. Jeg er en svært aktiv person | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 53. Teoretiske problemstillinger pirrer nysgjerrigheten min veldig | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 54. Jeg prøver ikke å skjule det hvis jeg ikke liker folk..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 55. Det virker som om jeg aldri greier å få orden på meg selv | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 56. Til tider har jeg vært så skamfull at jeg bare har ønsket å gjemme meg | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 57. Jeg vil heller gå mine egne veier enn å være en leder for andre..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 58. Jeg liker å arbeide med "tankenøtter" | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 59. Om nødvendig så er jeg villig til å bruke noen lure knep overfor andre for å få det som jeg vil..... | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 60. Jeg prøver å være best i alt jeg foretar meg | 1 | 2 | 3 | 4 5 |