

## **Forord**

Denne hovedoppgaven i psykologi ble skrevet ved Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU) under vårsemesteret 2015. Med god hjelp fra veileder Patrick Vogel kom vi frem til problemstillingene jeg forsøker å belyse i denne artikkelen, og det var også han som satte meg i kontakt med Erna Moen ved Angst- og tvangslidelsespoliklinikken ved Gaustad sykehus i Oslo, slik at jeg fikk tilgang på baseline-data fra deres pågående behandlingsstudie av trikotillomani.

Jeg må få si tusen takk til Patrick for veldig god oppfølging og veiledning underveis via både e-mail, telefon og møter i Trondheim. Erna Moen må også få en stor takk for tilgang på datamateriale, samt god hjelp og informasjon underveis i prosessen. Det har vært et godt samarbeide med dere to.

Jeg synes det har vært et veldig spennende semester – det har vært travelt, men interessant, og jeg er fornøyd med det endelige resultatet.

Gjertrud Nyberget

**Hårnappingssubtypes betydning for livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet**

**Gjertrud Nyberget**

**Psykologisk Institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU),**

**Trondheim**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Gjennom forskning på trikotillomani (TTM) har det kommet frem at hårnapping har flere negative konsekvenser for en persons fungering i hverdagen, både i forhold til relasjoner med venner og familie, samt i forhold til å delta på aktiviteter i hverdagen og i arbeidslivet. For bedre å kunne forstå TTM har det blitt undersøkt om det finnes enkelte subtyper av lidelsen og eventuelle forskjeller mellom disse. De to det ofte vises til er «fokusert» og «automatisk» napping, og det er også dem som skal undersøkes nærmere i denne oppgaven, da formålet er å se på sammenhengen mellom subtype av hårnapping og livskvalitet, samt fungering sosialt og i arbeidslivet, dersom man kontrollerer for alvorlighetsgraden av komorbid depresjon. Dette er fordi svært mange av de som lider av TTM har en eller flere komorbide lidelser, blant annet stemningslidelser.

**Metode:** Dataene i denne studien er samlet av Seksjon for personlighetspsykiatri ved Oslo Universitetssykehus i forbindelse med en større behandlingsstudie. I denne artikkelen er hovedfokuset på MIST-A, ADIS-IV, QOL, WSAS, og PHQ-9. Analyser ble gjort i IBM SPSS 21 – både ANOVA, korrelasjonsanalyser og multiple regresjonsanalyser ble gjennomført for å se om det var noen forskjeller mellom de ulike gruppene av subtyper, for å se om det var noen sammenhenger mellom subtypene og QOL-skåre, WSAS-skåre, og PHQ-9-skåre, samt en regresjonsanalyse for å se hvor god predikator subtype hårnapping er for fungering sosialt og i arbeidslivet om man kontrollerer for alvorlighetsgrad av depresjon.

**Resultater:** Det ble funnet gruppeforskjeller mellom de som nappet «Høy-Fokusert-Lav-Automatisk» og «Lav-Fokusert-Høy-Automatisk» både på QOL og WSAS, men kun på QOL var det signifikante forskjeller mellom de to gruppene som var dannet gjennom median splitt-metoden. I den hierarkiske regresjonsanalysen var fokusert, men ikke automatisk hårnapping, en signifikant predikator for fungering sosialt og i arbeidslivet, selv etter at det var kontrollert for alder, kjønn og alvorlighetsgrad av depresjon. QOL ble ikke undersøkt da N var for lav.

**Konklusjoner:** De med høy grad av fokusert og lav grad av automatisk hårnapping har både lavest livskvalitet og størst svekkelse i fungering sosialt og i arbeidslivet, samt at fokusert hårnapping er en signifikant predikator for fungering, selv etter at alvorlighetsgraden av depresjon er kontrollert for. Årsaken til at fokusert hårnapping virker hemmende på fungering kan være at fokusert hårnapping i større grad er knyttet til emosjonsreguleringsvansker sammenlignet med automatisk, men videre forskning er nødvendig. Alvorlighet av depresjon forklarer også en så stor andel av variansen at det bør tas hensyn til i en vurdering av fungering ved TTM.

## Summary

**Background:** Research within the field of trichotillomania (TTM) has shown that hairpulling has several negative consequences in regards to a person's daily functioning, both when it comes to relationships with friends and family, as well as activities in everyday functioning and in work life. To better understand TTM researchers have investigated whether there are specific subtypes of the disorder and possible differences between them. Two subtypes they often refer to are «focused» and «automatic» pulling, and they will be subject to further investigation in this article, since this paper's purpose is to look at the relationship between subtype of hairpulling and quality of life, as well as work and social adjustment when controlling for the severity of comorbid depression. The reason for this is that many of the people suffering from TTM also have comorbid disorders they struggle with, such as mood disorders.

**Methods:** The data in this study is collected by the Department of Personality Psychiatry (DPP) at the Oslo University Hospital (Oslo US) as a part of a bigger treatment study. In this thesis the main focus is MIST-A, ADIS-IV, QOL, WSAS, and PHQ-9. Analyses were conducted in IBM SPSS 21 – both ANOVA, correlational analyses and multiple regression analyses were conducted to see if there were any differences between the subtypes, to see if there were any correlations between the subtypes and the QOL-score, WSAS-score, and PHQ-9-score, as well as hierarchical regression analysis to see if subtype of hairpulling is a good predictor of work and social adjustment when controlling for severity of depression.

**Results:** There were group differences between the «High-Focused-Low-Automatic» and «Low-Focused-High-Automatic» pullers both in QOL and WSAS, but a significant difference only for the QOL-scores. In the regression analysis focused, but not automatic hairpulling, was a significant predictor of work and social adjustment, even after controlling for the severity of depression. QOL was not investigated due to a small N.

**Conclusions:** The pullers with high focused and low automatic pulling have both the lowest quality of life and the largest impairment in work and social adjustment, and the focused subtype is a significant predictor of functioning even after controlling for depression. Focused hairpulling could be especially impairing because it is more closely related to emotion regulation difficulties compared to automatic hairpulling, however, further investigation is very much needed. Severity of depression also explains a large part of the variance, something that ought to be considered when assessing for functioning in TTM.

## Innhold

Forord	1
Sammendrag	3
Summary	4
Innholdsfortegnelse	5
1.0 Trikotillomani	6
1.1 Diagnosebeskrivelser og –kriterier	6
1.2 ICD-10	6
1.3 DSM-V	7
1.4 Om trikotillomani	7
2.0 Subtyper av hårnapping	10
2.1 Fokusert og automatisk hårnapping	10
3.0 Komorbiditet	13
4.0 Funksjon	14
5.0 Problemstilling	15
6.0 Metode	17
7.0 Resultater	20
7.1 Gruppesammenligninger	22
7.2 Korrelasjonsanalyser	24
7.3 Regresjonsanalyser	25
8.0 Diskusjon	27
Referanser	36

## 1.0 Trikotillomani

### 1.1 Diagnosebeskrivelse og -kriterier

Trikotillomani (TTM) er en lidelse kjennetegnet av gjentagende napping av hår, så selv etter forsøk på å stoppe eller redusere hårnappingen vil personer som lider av dette, nappe i en slik grad at de opplever merkbart hårtap (American Psychiatric Association, 2013). Det ble inkludert som en egen diagnose første gang da DSM-III-R kom ut i 1987, under impulsforstyrrelser som ikke klassifiseres andre steder (American Psychiatric Association, 1987). Siden den gang har diagnosen vært å finne i utgitte diagnosemanualer (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013). Den siste utgaven, DSM-V, fjernet kriterium B om økt spenning forut for hårnapping eller ved forsøk på å motstå napping, samt kriterium C om behag, tilfredsstillelse eller lettelse under hårnapping, fra diagnosekriteriene. Diagnosen ble også flyttet fra impulsforstyrrelser til et eget kapittel for obsessiv-kompulsive- og relaterte lidelser. (American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2013). Endringen fra DSM-IV-TR til DSM-V har vært påpekt som nødvendige av flere innenfor fagfeltet, da en stor andel av de som napper hår ikke oppfyller det som i de første diagnosebeskrivelsene av TTM var kriterium B og C (Christenson, Mackenzie, & Mitchell, 1991; du Toit, van Kradenburg, Niehaus, & Stein, 2001; Lochner et al., 2011; Stein et al., 2010). Enkelte studier har derfor, også før denne endringen ble gjort, inkludert individer i sine utvalg uavhengig av om de oppfyller disse to kriteriene (Christenson, Ristvedt, & Mackenzie, 1993; Diefenbach, Tolin, Hannan, Crocetto, & Worhunsky, 2005; Lochner, Seedat, & Stein, 2010; Panza, Pittenger, & Bloch, 2013). Det ble også foreslått at lidelsens navn, «trikotillomani», burde endres i DSM-V da bruken av endingen «mani» muligens kan ha implikasjoner som er både misledende og stigmatiserende. Stein et al. (2010) foreslo «Hårnappingsforstyrrelse» som et nytt, nøytralt navn som kunne erstattet dagens terminologi, men at «trikotillomani» skulle oppgis bak i parenteser for å sikre en kontinuitet i både forskning og klinisk arbeid. Endringen i den nyeste utgaven ble til slutt at «hårnappingsforstyrrelse» ble satt i parentes bak «trikotillomani» (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.2 ICD-10

I ICD-10 står TTM oppført under F63 Vane- og impulsforstyrrelser, sammen med blant annet patologisk spillelidenskap, pyromani, kleptomani, og andre både spesifiserte og

uspesifiserte vane- og impulsforstyrrelser. De nevnte forstyrrelsene, inkludert TTM, beskrives som atferdsforstyrrelser som ikke kan klassifiseres i andre kategorier. De klassifiseres sammen som en følge av deskriptive fellestrekk – ikke fordi de har noen andre grunnleggende likheter. Karakteristisk for disse atferdsforstyrrelsene er gjentatte handlinger som ikke er rasjonelt motiverte eller kontrollerbare, samt at de skader både pasientens og andres interesser. For pasienten er atferden forbundet med handlingsimpulser. F63.3 Trikotillomani beskrives som gjentatt manglende kontroll av en impuls til å nappe ut hår, hvor pasienten vanligvis opplever økt spenning forut for, og lettelse eller tilfredsstillelse etter hårnappingen. Et kjennetegn ved lidelsen blir derfor et merkbart hårtap. Diagnosen skal ikke benyttes dersom det på forhånd er påvist en hudlidelse, eller dersom nappingen er en konsekvens av vrangforestillinger eller hallusinasjoner. Diagnosen F98.4 Stereotyp bevegelsesforstyrrelse med plukking i håret regnes også for å være et eksklusjonskriterium for TTM (World Health Organization, 2010). En diagnose nært beslektet med TTM, er for øvrig hudplukkinglidelse, som deler flere grunnleggende kliniske trekk med hårnapping, og det oppfordres til å generere studier som undersøker mulige unike trekk hos de pasientene som lider av både TTM og hudplukkinglidelse (Odlaug, & Grant, 2008).

### 1.3 DSM-V

I DSM-V er TTM, som nevnt ovenfor, plassert under obsessiv-kompulsive- og relaterte lidelser. Kriteriene som må oppfylles for å kvalifisere til en TTM-diagnose er:

- A. Gjentakende napping av hår som resulterer i merkbart hårtap.
- B. Gjentatte forsøk på å redusere eller å stoppe hårnappingen.
- C. Forstyrrelsen forårsaker signifikant klinisk stress eller svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder.
- D. Hårnappingen eller hårtapet kan ikke bedre attribueres til en annen medisinsk tilstand (for eksempel en dermatologisk tilstand).
- E. Hårnappingen kan ikke bedre forklares av andre symptomer eller en annen mental forstyrrelse (for eksempel forsøk på å forbedre en oppfattet defekt eller mangel ved utseende i kroppsdysmorfofobi) (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.4 Om trikotillomani

Forskning innenfor TTM-feltet har en stor mangel på eksperimentelle studier om lidelsens psykopatologi, og dette fører igjen til en manglende forståelse for TTMs etiologi og

oppretholdende faktorer (Woods et al., 2006b). Spørsmål rundt diagnosens etiologi har vært diskutert, og usikkerheten rundt dette, samt tidligere debatt rundt diagnosekriteriene og klassifisering av lidelsen, har ført til en mangel på systematiske, reliable data om alt fra forekomst og komorbiditet til mulige nevrobiologiske korrelater (King et al., 1995). Når det kommer til forekomstrate, er det likevel flere studier som viser til Christenson, Pyle, & Mitchell (1991), hvor det ble funnet en forekomstrate på 0,6% i et studentutvalg der de inkluderte de tidligere B- og C-kriteriene om økt spenning forut for hårnapping eller ved forsøk på å motstå napping, samt behag, tilfredsstillelse eller lettelse etter hårnapping (Cohen et al., 1995; Flessner, Woods, Franklin, Cashin, & Keuthen, 2008c; Woods et al., 2006b). Nå som kriteriene ikke er så restriktive lenger kan man tenke seg at forekomstratene i nyere studier muligens kan være noe høyere. Hajcak, Franklin, Simons, og Keuthen (2006) fant en forekomstrate på 3,47% i et studentutvalg – disse hadde oppgitt at de nappet «ofte» eller mer enn ofte, målt med MGH-HPS.

Gjennomsnittsalderen for oppstart av hårnapping er rundt 13 år (Christenson et al., 1991; du Toit et al., 2001), men det hender fordelingen for oppstart er bimodal - at napping forekommer i tidlig barndom, for så å opphøre frem til den gjenopptas tidlig i tenårene (Christenson et al., 1991; Panza et al., 2013). Gjennomsnittsalder for oppstart av hårnapping er ikke nødvendigvis den samme om man ser på kjønnene hver for seg, da oppstart hos menn er funnet å være noe senere enn hos kvinner (du Toit et al., 2001; Lochner et al., 2010) – riktignok støtter ikke alle studier denne antakelsen (Cohen et al., 1995). I svært mange studier av voksne med TTM finner man en mye høyere andel av kvinner enn av menn, men dersom man derimot ser på barn under seks år med TTM, er ikke kjønnsforskjellen like stor (Cohen et al., 1995). Det at menn er i fåtall i mange studier blant voksne kan skyldes at menn sjeldnere oppsøker hjelp i forbindelse med TTM, samt at ved hårnapping fra kronen kan det resulterende hårtapet forveksles med måne hos menn, og dermed virke å ha en naturlig forklaring (Christenson et al., 1991). Noen kvinner har rapportert om en forbindelse mellom premenstruelle spenninger og hårnapping, samt mellom inntak av bestemte typer mat og napping av hår (du Toit et al., 2001), i en annen studie med et kvinnelig utvalg har det blitt foreslått en mulig sammenheng mellom økt grad av det som kalles «fokusert» hårnapping (nærmere forklaring av subtype for napping kommer lenger ned i denne oppgaven) og perioder i livet med større hormonelle endringer, som pubertet og overgangsalder (Flessner, Woods, Franklin, Keuthen, & Piacentini, 2009). Kjønnsforskjeller dukker også opp når man ser på hvilke områder på kroppen det nappes hår fra – de som napper fra mage og rygg, samt fra bart og skjegg, er hovedsakelig menn, mens de som napper fra skallen, da spesielt fra



kronen og de oksipitale områdene på hodet (bakhodet), samt øyenvipper, er som oftest kvinner. Dette kan relateres til forskjeller i forhold til mannlig og kvinnelig kroppsbeholdning (du Toit et al., 2001, Lochner et al., 2010). Generelt sett napper flertallet fra hodeskallen, da særlig fra kronen, men napping av øyenvipper, øyenbryn og kjønnsår forekommer også. Mange napper også hår fra mer enn ett område på kroppen. Det nappes både enkelthår og grupper av hår, korte og fullt utviklede hår, og enkelte velger å nappe grove hår fremfor fine. Flertallet av de som har TTM napper kun i situasjoner hvor de er alene, men noen gjør det i situasjoner med andre til stede – oftest kun nærmeste familie, men enkelte også da de omgis av personer utenom familien (Christenson et al., 1991).

De fleste som napper ut hår, gjør dette under stillesittende aktiviteter, som TV-titting og lesing eller mens de snakker i telefonen, ligger på senga, kjører bil eller gjør papirarbeid (Christenson et al., 1991). Hårnapping som foregår utenfor personens bevissthet, gjerne under slike stillesittende aktiviteter som TV-titting og lesing, regnes som «automatisk» hårnapping, mens hårnapping karakterisert som «fokusert» har mer tvangsmessige kvaliteter (Flessner et al., 2008c). Disse to subtypene av hårnapping vil diskuteres nærmere lengre ut i oppgaven.

Et bredt spekter av affektive tilstander virker å spille en rolle forut for hårnappingen (Mansueto, Stemberger, Thomas, & Golomb, 1997). Eksempler på negative affektive hint som fremkaller hårnappingsatferd, er flauhet og sinne (Christenson et al., 1993). Mansueto, et al. (1997) trakk i tillegg frem kjedsomhet, ensomhet, tretthet, skyldfølelse, ubeslutsomhet, frustrasjon, lykke og opphisselse som emosjonelle triggere for napping av hår. Følelsene som har blitt funnet å endre seg mest i løpet av hårnappingssyklusen er blant annet kjedsomhet og engstelse som reduseres, samt lettelse som øker (Diefenbach, Mouton-Odum, & Stanley, 2002). Stanley, Borden, Mouton, og Breckenridge (1995) fant også reduksjon i kjedsomhet og engstelse, men i tillegg en reduksjon i spenning, sinne og tristhet i en gruppe ikke-kliniske hårnappere.

Det rapporteres om at ca. 70% av de som napper hår har minst én type oral atferd knyttet til hårnappingen (du Toit et al., 2001; Lochner et al., (2010). Eksempler på slik oral atferd i etterkant av en hårnappingsepisode kan være å føre hårstrået i kontakt med lepper, tunge eller tenner, å suge på hårstrået, å bite det i stykker, eller å bite av hårroten, enkelte svelger også hårene (du Toit et al., 2001). Eftersom menneskehår ikke er fordøyelig kan det samle seg opp i magens slimhinner, så dersom en person over tid kontinuerlig svelger hår, kan det føre til at hårene hopper seg opp sammen med mat og slim, og danner en hårball (trikobezoar) (Gorter, Kneepkens, Mattens, Aronson, & Heij, 2010). Lochner et al. (2010) påpeker nyttheten av å undersøke oral atferd knyttet til hårnapping hos pasienter nærmere,

da konsekvensen av den typen atferd potensielt kan være svært alvorlig.

De som napper har selv noen hypoteser om hvorfor de gjør dette, mange mener at det hovedsakelig er en vane, mens andre hevder det kommer av stress. En annen rapportert hypotese er tanker om at nevrokjemiske faktorer er involvert (du Toit et al., 2001). Også fagfolk har kommet opp med modeller for å forstå fenomenet hårnapping, en av dem det ofte vises til, er Mansueto et al. (1997) sin atferdsmodell. Modellen trekker frem både klassisk og operant betinging som nyttige begreper for å forstå lidelsen. Den trekker frem både indre og ytre triggere for napping, indre og ytre faktorer som fasiliterer og inhiberer napping, forberedende atferd forut for en hårnappingsepisode, og atferd underveis og i etterkant, samt konsekvenser av nappingen som fører til at den opphører eller fortsetter. De påpeker også det faktum at hårnappingsepisoder ofte har en syklisk natur.

## 2.0 Subtyper av hårnapping

Mange mulige subtyper av hårnapping har blitt undersøkt nærmere i forskningslitteraturen – noen av de presentert innledningsvis. De som kan nevnes er fokusert og automatisk hårnapping, positive og negative affektive hint («affective cues») i forkant av hårnappingsepisoden, hårnapping med og uten påfølgende oral atferd, samt eventuell tilstedeværelse eller fravær av komorbide lidelser som selvskading, OCD og tics (du Toit et al., 2001). Enkelte har hevdet at forskningen på området foreløpig kun har funnet begrenset støtte for enkelte av de antatte subtypene, og at noen av dem muligens bare reflekterer ulik alvorlighetsgrad snarere enn distinkte undergrupper av hårnapping. En annen mulighet er at de små utvalgene i studiene som er gjennomført ikke har nok statistisk styrke til å kunne skissere ut subtyper av hårnapping (Lochner et al., 2010).

### 2.1 Fokusert og automatisk hårnapping

Det som kalles for automatisk hårnapping kjennetegnes av hårnappingsepisoder som hovedsakelig skjer utenfor individets bevissthet. Situasjoner hvor personen napper mens han eller hun opptas av stillesittende aktiviteter, som TV-titting og lesing går inn under dette. Personen merker seg da ofte ikke at hårnappingen foregår før etter det har skjedd, ved at vedkommende ser hårstrå liggende eksempelvis i fanget eller på klesplagg. Fokusert hårnapping, på den annen side, karakteriseres av at nappingen av hår har nærmest tvangsmessige kvaliteter. Situasjoner som kan trigge denne form for hårnapping, er negative emosjonelle tilstander, som stress, sinne og angst, et ønske om å skape symmetri, eller en

intens tanke eller trang (Flessner et al., 2008c).

Det er store variasjoner når det kommer til forekomsten av de to subtypene for hårnapping. Det er studier hvor alt fra 5-47% av deltakerne hyppigst har automatiske hårnappingsepisoder, 15-34% har hyppigst fokuserte hårnappingsepisoder, og 19-80% hyppigst har en kombinasjon av både fokuserte og automatiske episoder (Christenson et al., 1991; du Toit et al., 2001; Lochner et al., 2010). Denne mangelen på konsensus rundt forekomsten av automatisk og fokusert hårnapping kan i stor grad skyldes at det ikke alltid har vært et felles måleverktøy tilgjengelig og at små variasjoner i definisjonene av subtypene forekommer (Woods et al., 2006b). Nå eksisterer MIST-A, et godt og presist mål av disse subtypene (Flessner et al., 2008c). Flessner et al. (2008b) fant at dersom de klassifiserte personer med TTM ved hjelp av MIST-A, var det ingen i deres studie som utelukkende nappet automatisk, og under 1% av de som deltok kunne sies å nappe bare fokusert. Det var altså få av de med TTM som nappet enten kun automatisk eller kun fokusert – nappingen var helst en kombinasjon av begge subtyper, men ofte én type i større grad enn en annen. I en annen studie av Shusterman, Feld, Baer, og Keuthen (2009) vurderte de subtyper ut ifra emosjoner, og fant at alle som nappet rapporterte om kjedsomhet, angst og spenninger, men i varierende grad. Det ble derfor foreslått en mulig forbindelse mellom automatisk napping og kjedsomhet, samt mellom fokusert napping og angst/ spenninger. De poengterte at kan være vanskelig å forstille seg at noen kan nappe både fokusert og automatisk, men ikke like vanskelig å tenke seg at man kan oppleve både kjedsomhet og angst, muligens også samtidig. Dette er for øvrig et felt som krever mer forskning før man kan trekke noen konklusjoner.

Flessner et al. (2008b) fant at personer som hadde høy skåre på MIST-A hadde en mer alvorlig hårnapping enn de som hadde lavere skåre på dette målet. Uavhengig av alvorlighetsgrad rapporterte de med høy automatisk hårnapping om mer stress og angst enn de som hadde lav skåre på automatisk napping, men det var ingen forskjell i forhold til depressive symptomer eller uførhet. Blant de som var høy-fokuserte hårnappere ble det rapportert om mer stress, angst, depresjon, og uførhet sammenlignet med lav-fokuserte nappere, også her var dette uavhengig av alvorlighetsgrad, men både retningen på sammenhengen og om det er andre variabler som spiller inn bør imidlertid undersøkes nærmere. Personene i denne studien som hadde høy-fokusert-høy-automatisk hårnapping rapporterte om de største problemene, uavhengig av alvorlighetsgrad på nappingen. De rapporterte med større sannsynlighet om napping fra øyenbryn, større hårtap og mer angst enn de andre gruppene av hårnappere. I tillegg følte de i større grad enn andre at TTM hadde ført til en annen følelsesmessig forstyrrelse, og de opplevde med større sannsynlighet ulike

vansker sosialt, akademisk og yrkesmessig sammenlignet med de som nappet lav-fokusert-lav-automatisk. Lochner et al. (2010) fant at de som nappet både automatisk og fokusert var mer svekket enn de som nappet automatisk det meste av tiden. Dette gjaldt svekkelse i arbeidssammenheng og i karriereprestasjoner, samt svekkelse totalt sett. De som nappet både automatisk og fokusert var også mer svekket på disse områdene enn de som hyppigst nappet fokusert, men her var ikke forskjellen signifikant. De fant ingen signifikant forskjell mellom de som oftest nappet automatisk, de som oftest nappet fokusert, og de som nappet både automatisk og fokusert i forhold til sosiodemografiske variabler, alvorlighetsgrad på hårnappingen og komorbiditet. Du Toit et al. (2001) fant i sin studie heller ingen signifikant forskjell i fenomenologien til hårnappingen hos menneskene innenfor de ulike subtypene.

Det er viktig å merke seg at subtype hårnapping ikke nødvendigvis er en god måte å kategorisere de som lider av TTM på over lengre tid. I en studie gjort på et kvinnelig utvalg ble det funnet at både fokusert og automatisk hårnapping fluktuerte i ulik grad på tvers av alder, med endringer fra barndom, til ungdomsalder, og til voksenalder. Fokusert napping viste seg å fluktuere noe mer enn automatisk napping, som hadde en jevnere og mer gradvis nedgang gjennom livet (Flessner et al., 2009). Det har også vært rapportert om økt grad av fokusert napping med økende alder hos barn, samt at graden av fokusert napping også øker relativt til graden av automatisk napping. Barn som nappet hår fortalte om en hyppigere trang forut for hårnappingen med økende alder, samt mindre kontroll over nappingen, færre forsøk på å motstå nappingen, økende grad av tidsbruk på napping, og at nappingen i større grad plaget dem (Panza et al., 2013). Disse fluktueringene i grad av fokusert og automatisk napping impliserer at en eventuell kategorisering av de som lider av TTM basert på subtype kan endre seg gjennom livsløpet (Flessner et al., 2009).

Informasjonen man får ved å kartlegge hva som trigger nappingen, samt pasients grad av automatisk og fokusert hårnapping, kan muligens brukes for å finne spesifikke og passende behandlingsformer for den enkelte pasient (Diefenbach et al., 2002; Flessner et al., 2008b). Innenfor dette feltet trengs det mer forskning for å forstå det psykobiologiske grunnlaget for disse subtypene bedre, samt kartlegge eventuelle implikasjoner dette har for behandling av lidelsen. Det ble foreslått før utgivelsen av DSM-V, at man kunne inkludere disse subtypene i diagnosebeskrivelsen for å gi en bedre forståelse av lidelsens symptomatologi (Stein et al., 2010), men dette ble ikke gjort (American Psychiatric Association, 2013).

### 3.0 Komorbiditet

I en studie av Christenson et al., (1991) med et utvalg på 60 mennesker som nappet hår, var det kun 18% som ikke hadde en nåværende eller tidligere akse I-lidelse bortsett fra TTM. Livstidsprevalensen for stemningslidelser (inkludert ett tilfelle av schizoaffektiv lidelse) i dette utvalget var 65% – av disse hadde 23% en nåværende depresjon, mens 32% hadde en historie med tidligere depresjon. To av personene med komorbid depresjon hadde også komorbid dystymi, mens tre personer hadde bare dystymi. I tillegg hadde to av de som deltok en bipolar II-diagnose. For angstrelaterte lidelser var det en livstidsprevalens på 57%. Det var også 18% som rapporterte nåværende eller tidligere panikkelidelse eller panikkelidelse med agorafobi. Kriteriene for en nåværende OCD-diagnose ble møtt av 10% i det aktuelle utvalget – 5% rapporterte om en historie med tvangslidelse, og ytterligere 18% oppga nåværende og/eller tidligere tvangstanker eller tvangshandlinger som ikke kvalifiserte til diagnose. Den høye forekomsten av komorbide lidelser kunne i denne studien ha bakgrunn i utvalget, da de som oppsøker en klinikk eller ønsker å være med i en studie muligens opplever en høyere grad av psykisk svekkelse enn de som ikke gjør det. Det ble for øvrig også trukket frem at den høye andelen av komorbide lidelser gir grunn til å stille spørsmål ved om TTM kan regnes som en egen diagnose eller om det heller bør anses for å være et symptom på annen psykisk lidelse. Hårnapping kan være en metode mennesker med psykiske lidelser benytter for å lette på spenning (Christenson et al., 1991). Cohen et al. (1995) fant noe lavere forekomstrater for stemningslidelser (14%) og angstrelaterte lidelser (15%), og en forekomst av OCD på 13%. I denne studien var det riktignok kun 40% av respondentene som formelt hadde fått en TTM-diagnose. I de to nevnte studiene var ikke komorbid dysmorfofobi undersøkt, men det er funnet en forekomstrate så høy som 17% av du Toit et al. (2001).

Når det kommer til en lidelse med så høy grad av komorbiditet som TTM, er det ikke uventet at også lidelser utover TTM påvirker livskvaliteten. Rapaport, Clary, Fayyad, og Endicott (2005) fant at personer med depresjon, kronisk depresjon, dystymi, premenstruell dysforisk forsyrrelse, panikkelidelse, sosial fobi eller OCD hadde en livskvalitet som var lavere enn det man fant i den generelle befolkning, og mange av menneskene med nevnte lidelser hadde alvorlig svekket livskvalitet. Også hos mennesker med kroppsdysmorfofobi har det blitt funnet markante svekkelser i både fungering og livskvalitet (Phillips, Menard, Fay, & Pagano, 2005). I forhold til hårnapping, er det noen funn som kan tyde på at fungering og livskvalitet hos de med TTM i stor grad kan predikeres av en eventuell komorbid depresjons alvorlighetsgrad. Diefenbach et al. (2005) gjennomførte en studie hvor de sammenlignet en

gruppe mennesker uten psykiske lidelser, en gruppe med stemnings- og angstlidelser (men ikke TTM) og en gruppe med TTM. De fant at personer med TTM opplevde svekkelse både i fungering og i tilfredsstillelse med livet, men denne sammenhengen skulle vise seg å være svært kompleks da gruppeforskjellene forsvant om man kontrollerte for depresjon i analysene. Dette kan tyde på at hårnapping kanskje ikke kan knyttes til signifikant svekkelse i fungering med mindre personen også har en depresjon. Det ble imidlertid funnet ett unntak, da sammenhengen mellom alvorlighetsgrad av hårnapping og svekkelse i psykososial fungering ikke utelukkende kunne forklares med alvorlighet av depresjon. Tung, Tung, Altenburger, Pauls, og Keuthen (2014) fant i sin studie en signifikant korrelasjon mellom stor grad av fokusert hårnapping og lavere total livskvalitet. Denne signifikante sammenhengen forsvant for øvrig da det ble kontrollert for alvorlighetsgrad av depresjon, noe som viser at det eksisterer en klar sammenheng mellom fokusert hårnapping og alvorlighetsgrad av depresjon.

#### **4.0 Funksjon**

Nesten 3/4 av de som napper hår forsøker å dekke til hårtapet ved at de endrer hårfrisyre, bruker parykk eller en annen form for hodeplagg, eller tar i bruk kosmetikk (du Toit et al., 2001). Mange bruker så mye tid på å skjule tilstanden med sminke og parykker at det ofte føles enklere å bli hjemme enn å gå igjennom den tidkrevende prosessen med å dekke til hårtapet (Casati, Toner, & Yu, 2000). Andre velger bevisst å trekke seg unna sosialt, eksempler på det som unngås er svømming eller andre sportslige aktiviteter, frisørbesøk, og seksuell intimitet. Mange går ikke ut dersom det blåser, de unngår områder som er godt opplyst, og noen holder seg unna offentlige aktiviteter generelt. Individuer som har TTM opplever altså uttalt, daglig stress og svekkelse i sosiale sammenhenger (Stemberger, Thomas, Mansueto, & Carter, 2000). Woods et al. (2006a) fant at de som hadde TTM av høy alvorlighetsgrad opplevde større grad av forstyrrelser i forhold til oppgaver i hjemmet, i sitt sosiale liv og i nære relasjoner, sammenlignet med de med mindre alvorlig TTM. De med mer alvorlig TTM hadde med større sannsynlighet unngått å dra på ferie, stått over sosiale begivenheter og unngått gruppeaktiviteter.

I en studie rapporterte over halvparten av de som deltok at hårnappingen fører til økt konfliktnivå med dem de var glad i (Stemberger et al., 2000). Familie og venner som kjenner til hårnappingen kan ha problemer med å forstå atferden, og derfor bli både sinte på og frustrerte over personen som napper (Casati et al., 2000). Wetterneck, Woods, Norberg, og Begotka (2006) fant i sin studie at over 80% rapporterte om negativ innvirkning på kvaliteten

til intime relasjoner som følge av lidelsen, og mange oppga også at TTM i flere tilfeller kunne få de til å avstå fra å gå inn i både nære vennskap og mer intime relasjoner. Svært mange holder nappingen skjult for sine nærmeste (Stemberger et al., 2000), men det finnes også studier som viser at en høy andel har fortalt familiemedlemmer om hårnappingen, og en noe mindre andel har også fortalt om det til sine venner (du Toit et al., 2001).

Mange bruker mye tid hver eneste dag på å nappe hår, forsøke og motstå å nappe, og å tenke på å nappe (Wetterneck et al., 2006), samt på å dekke til det resulterende hårtapet (Woods et al., 2006a). Et flertall av de som napper ut hår bruker mye penger på å dekke over hårnappingens konsekvenser utseendemessig. Det kan også antas at tiden brukt på å nappe hår og å tenke på å nappe hår stjeler tid fra andre mer produktive aktiviteter, både personlige og yrkesmessige, selv om det er vanskelig å tallfeste hvor store summer det er snakk om her. Andre økonomiske følger ser man blant annet ved at personene går glipp av skole- eller arbeidsdager, noe som igjen fører til både lavere lønn og reduserte muligheter for eksempelvis en forfremmelse (Wetterneck et al., 2006). Få slutter i jobben som en konsekvens av hårnapping, men opplever likevel at lidelsen påvirker evnen deres til å jobbe i mild grad. TTM har større påvirkning på fungeringen i arbeidslivet for de personene med mer alvorlig TTM sammenlignet med de som har en TTM med lavere alvorlighetsgrad (Woods et al., 2006a). De med TTM som jobber har for øvrig blitt funnet å være mer fornøyd med livet enn de som ikke gjør det (Diefenbach et al., 2005).

Stemberger et al. (2000) fant i sin studie av 67 voksne pasienter med TTM at over 80% av de følte seg deprimerte eller uattraktive som en konsekvens av sin hårnapping. Over 70% rapporterte også om følelser av skam, irritabilitet og lav selvtillit. For enkelte vil bare tanken på å skulle bruke parykk eller løshår forsterke skamfølelsen og flauheten over hårnappingen, da det gjør dem svært bevisst på konsekvensene av denne atferden. I verste fall blir hårtapet permanent fordi håret slutter å gro tilbake, eller, dersom det etterhvert vokser ut igjen, kan det ha en annerledes tekstur eller flekkvise grå områder. Dersom dette er tilfelle, kan skyldfølelsen bli svært sterk (Casati et al., 2000).

## 5.0 Problemstilling

Lite kunnskap om TTM, fører ofte til at lidelsens emosjonelle, psykologiske og sosiale implikasjoner blir trivialisert. Mangel på forståelse i helsevesenet når individer som har TTM søker hjelp, kan forsterke de lidende sine følelser av skam og flauhet, samt svekke sjansene for at de søker behandling (Casati et al., 2000). Marcks, Wetterneck, og Woods (2005)

konkluderte i sin undersøkelse av leger og psykologers kunnskap om TTM at ytterligere trening og utdanning er nødvendig blant de som kan treffe på noen fra denne pasientgruppen, særlig når det kommer til hvilke behandlinger som regnes som effektive og å bistå pasientene med ressurser som god informasjon og henvisning til støttegrupper (Marcks et al., 2005). Mange som lider av TTM opplever i sitt møte med behandlere at de har lite kunnskap om deres lidelse. I en gjennomført studie om dette følte kun 12,4% at behandler visste mye om TTM, og så få som 3,1% anså behandler som en ekspert på temaet, samt at svært mange følte behandlingen de mottok ikke hadde noen effekt (Woods et al., 2006a). Det er derfor viktig å forske mer på TTM, slik at det genereres og spres kunnskap om lidelsen, og flere kan få god informasjon og mer effektiv behandling.

En omfattende vurdering av TTM bør ha med visse komponenter – her inngår diagnostisering av lidelsen, dens alvorlighetsgrad, og eventuelle subtyper. I tillegg kommer en vurdering av lidelsens innvirkning på individets funksjon og eventuelle komorbide diagnoser vedkommende måtte ha (Woods et al., 2006b). Det er nettopp flere av disse faktorene denne oppgaven ønsker å undersøke. Alle pasientene som inngår i studien er diagnostisert med TTM i henhold til kriteriene slik de fremgår i DSM-IV, med unntak av B- og C-kriteriene. De har gått igjennom en rekke tester for å kartlegge både subtype av hårnapping (MIST-A), livskvalitet (QOL) og fungering sosialt og i arbeidslivet (WSAS), samt et ADIS-IV-intervju for å kartlegge eventuelle komorbide diagnoser, og PHQ-9 for å kartlegge alvorlighetsgrad av depresjon. Målet med denne artikkelen er å se nærmere på de fokuserte og automatiske subtypene av hårnapping for første gang i et norsk utvalg, og hvordan disse er relatert til livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet for de som lider av TTM. Videre hvordan eventuelle komorbide lidelser kan påvirke dette, da spesifikt en komorbid depresjonslidelse. Om man ønsker å inkludere disse komponentene, samt å ta i betraktning forskningen som eksisterer per i dag (Diefenbach et al., 2005; Tung et al., 2014), er det nærliggende å tro at en eventuell signifikant forskjell mellom de ulike subtypene av hårnapping ikke lenger forblir signifikant om man kontrollerer for effekten av depresjon. I denne artikkelen er det som nevnt ovenfor ønskelig å ikke bare se på livskvalitet, men også på fungering sosialt og i arbeidslivet. Ytterligere spesifisert blir derfor problemstillingene:

- *Har subtype av hårnapping betydning for livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet?*
- *Har subtype av hårnapping betydning for livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet om man kontrollerer for alvorlighetsgrad av depresjon?*

Dataene som blir brukt i studiens analyser er baseline-data, så hovedfokuset i denne



oppgaven blir å kartlegge dette utvalget av pasienter med TTM slik de fremsto før oppstart av behandling. Målet blir å se nærmere på nevnte på problemstillinger. Innledningsvis har jeg sett på hva TTM er, samt diagnosekriteriene som er satt for lidelsen, både i ICD-10 og DSM-V. Videre ble det gitt en nærmere beskrivelse av automatisk og fokusert hårnapping, da dette er subtypene som er aktuelle i denne oppgaven. Deretter var det én del om komorbide lidelser, før livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet hos de som lider av TTM ble presentert. Nå følger metodedel, resultater og diskusjon av resultatene.

## 6.0 Metode

### Bakgrunn for datainnsamlingen

Dataene i denne studien er samlet av Seksjon for personlighetspsykiatri ved Oslo Universitetssykehus. De har samlet inn data fra 69 pasienter (Kristiansand, n=6, Trondheim, n=17, Oslo=46) som en del av en større behandlingsstudie, av disse er det 8 «missing» da disse pasientene enten ikke har fullført eller ikke møtt opp til utredning. De som deltok er diagnostisert med TTM etter DSM-IV-kriteriene, men B- og C-kriteriene er utelatt, da dette både er mer i tråd med DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) og inkluderer den relativt store andelen av de som napper, men som ikke oppfyller disse kriteriene (Christenson et al., 1991).

Bakgrunnen for å samle inn dataene er et ønske om å undersøke om ACT-HRT (Acceptance and Commitment Therapy Enhanced Habit Reversal Training) i gruppeformat er en effektiv behandling av TTM ved å gjennomføre en naturalistisk studie. Inklusjonskriteriene for å være med i studien var en TTM-diagnose – med eller uten hudplukkingslidelse. Pasienter ble ekskludert fra studien dersom de hadde schizofrenispektrum-lidelser, avhengighet av rusmidler eller misbrukte tabletter, antisosial personlighetsforstyrrelse, alvorlig cluster A personlighetspatologi, pågående selvmordstanker, alvorlig spiseforstyrrelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (atypisk autismespektrumlidelse er tillatt), psykisk utviklingshemming og følgesykdommer etter hjerneskade. Pasientene måtte være i aldersgruppen 16-55 år. Rekruttering av pasientene foregikk på ulike måter, både gjennom annonser i lokale aviser eller periodika, ved å sende brev til allmennpraktiserende, psykiatriske klinikker og helsetjenester for studenter, samt ved å annonsere prosjektet på nettsiden for TTM og hudplukking i Norge, og pasientene kunne henvise seg selv. I forhold til medisinerbruk ble det presisert at ingen endringer i medisiner skulle gjøres i tidsperioden fra seks uker før oppstart av behandling helt frem til en uke etter behandlingsslutt. Dataene i

denne artikkelen er fra før oppstart av behandling, altså baseline-data. Alle analysene i påfølgende resultatdel ble gjennomført ved hjelp av det statistiske analyseprogrammet IBM SPSS Statistics 21.

### **MIST-A – The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version**

MIST-A er et selvrapporteringsmål som består av 15-punkter, hvorav 10 av de utgjør en skala for fokusert napping, eksempler på punkter er: «Jeg har tanker om å ville nappe håret mitt før jeg faktisk napper», «Jeg napper håret mitt når jeg er engstelig eller opprørt» og «Jeg napper håret mitt mens jeg ser i speilet». De resterende 5 punktene danner et mål på automatisk napping av hår, eksempler fra denne skalaen er: «Jeg merker ikke at jeg har nappet håret mitt før etter det har skjedd», «Jeg napper håret mitt når jeg konsentrerer meg om en annen aktivitet» og «Jeg er i en nærmest transeliknende tilstand når jeg napper håret mitt». Hvert av punktene blir rangert på en skala fra 0 til 9, hvor null tilsier at påstanden ikke stemmer overhodet og ni tilsier at påstanden er helt sann. MIST-A gir altså ikke en totalskåre, men to forskjellige skårer – en for fokusert hårnapping, hvor høyeste mulige totalskåre er 90, og en for automatisk hårnapping, hvor høyeste mulige totalskåre er 45. Disse to skalaene for fokusert og automatisk hårnapping er presise mål av nettopp disse konstruktene, og har vist seg å ha adekvat indre konsistens og god konstruktvaliditet. Det er heller ikke funnet noe statistisk signifikant relasjon mellom de to, noe som støtter antakelsen om at skalaene måler to ulike dimensjoner av hårnapping (Flessner et al., 2008c).

### **WSAS –The Work and Social Adjustment Scale**

WSAS har sterke psykometriske egenskaper, og er et verktøy som måler selvrapportert svekkelse i fungering på en enkel, reliabel og valid måte ved hjelp av 5 spørsmål. Respondenten besvarer med å gi hvert av spørsmålene en skåre på en skala fra 0 til 8, hvor 0 tilsier ingen svekkelse overhodet, mens 8 tilsier svært alvorlig svekkelse. Eksempler på spørsmålene som er inkludert i testen, er som følger: «På grunn av min [lidelse], er min evne til å arbeide svekket. 0 betyr ikke svekket i det hele tatt og 8 betyr svært alvorlig svekket, i en slik grad at jeg ikke kan jobbe.» og «På grunn av min [lidelse], er min evne til å etablere og opprettholde nære relasjoner til andre, inkludert de jeg bor sammen med, svekket. 0 betyr ikke svekket i det hele tatt og 8 betyr svært alvorlig svekket.» En WSAS-skåre på under 10 forbindes mest med subkliniske populasjoner, en skåre mellom 10 og 20 virker å tilsi signifikant svekkelse i fungering, men ikke så alvorlig klinisk symptomatologi, og en skåre på over 20 assosieres med moderat alvorlig eller mer alvorlig psykopatologi (Mundt, Marks,

Shear, & Greist, 2002).

### **QOL – Quality of Life (Livskvalitet)**

Måleverktøyet som er brukt for å måle livskvalitet, er ganske enkelt en skala fra 1 til 10, hvor 1 regnes som svært dårlig og 10 regnes som veldig bra. Det er et verktøy som gir et subjektivt mål på total livskvalitet for respondenten.

### **ADIS-IV – Anxiety Disorder Interview Schedule-IV**

ADIS-IV er et semistrukturert klinisk intervju som gir en full diagnostisk vurdering av en rekke tilstander. Hoveddelene består av demografisk informasjon, spørsmål rundt aktuelle plager og kontekstuelle detaljer (eksempelvis alvorlighetsgraden for stressorer vedkommende har i sitt liv), diagnostisk del for hver av angst- og stemningslidelseskategoriene som er å finne i DSM-IV, diagnostisk del for utvalgte somatoforme lidelser hvor det ofte forekommer komorbide angst- og stemningslidelser, diagnostisk del for alkoholmisbruk og –avhengighet og én del med spørsmål som undersøker andre, større lidelser, førstegradsslektningers bakgrunn i forhold til psykiske lidelser, og vedkommende sin medisinske og psykososiale behandlingshistorie. Navnet på dette intervjuet kan altså være noe misledende, da det ikke reflekterer dybden i informasjonen man får også om en persons eventuelle stemningslidelser, samt både somatoforme og rusrelaterte lidelser – ADIS-IV gir en grundig diagnostisk vurdering innen flere diagnosekategorier enn angst (Grisham, Brown, Campbell, 2004).

### **PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9**

PHQ-9 er et selvrporteringsverktøy som brukes klinisk for å kartlegge depresjon. Det gir svar på både om en depresjonsdiagnose er aktuell, samt at man får innblikk i symptomenes alvorlighetsgrad. Det er relativt få ledd, som ganske enkelt er basert på kriteriene man finner for depressive lidelser i DSM-IV. En depresjonsdiagnose blir gitt dersom respondenten oppfylder 5 eller flere av de 9 kriteriene, og at disse har vært oppfylt «mer enn halvparten av dagene» i løpet av de to siste ukene – én av kriteriene som må oppfylles er nedstemt humør eller anhedoni. Annen depresjon blir diagnostisert dersom kun 2, 3 eller 4 av kriteriene har vært oppfylt «mer enn halvparten av dagene» de siste to ukene – også her må én av de være nedstemt humør eller anhedoni. Det niende kriteriet: «tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv», teller om det er oppfylt – altså uavhengig av varigheten på symptomet. Dersom man skal se på depresjonens alvorlighetsgrad, ser man på totalskåren. Respondenten gir hvert ledd en skåre fra 0 til 3, hvor

0 er «ikke i det hele tatt» og 3 er «nesten hver dag», totalskåren vil derfor bli et sted mellom 0 og 27. En inndeling hvor 5 er terskelen for mild depresjon, 10 for moderat depresjon, 15 for moderat alvorlig depresjon og 20 for alvorlig depresjon, har vist seg å være valid (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).

## **7.0 Resultater**

### **Demografiske karakteristikk**

Utvalget besto i utgangspunktet av 69 individer som oppfylte kriteriene for en TTM-diagnose, av disse var det åtte «missing» som enten ikke hadde møtt opp til eller ikke fullført utredningen. Disse åtte ble derfor utelatt fra analysene. Ytterligere syv deltakere ble utelatt på bakgrunn av at de manglet MIST-A-skårer. Dette grunnet at subtypene fokusert og automatisk hårnapping er hovedfokuset i denne oppgaven, og manglende data på denne testen gjorde det vanskelig å inkludere disse individene. Det ble oppdaget én ekstremskåre på MIST-As subskala for fokusert hårnapping, og denne outlieren ble også utelatt for å unngå eventuelle skjevheter i analysene. Da dette var gjort gjensto et utvalg på 53 personer, hvorav 88,7% (n=47) var kvinner og 11,3% (n=6) var menn. Deltakerne var i alderen 16-65 år (M=30,68, SD=11,14). Aldersspennet for oppstart av hårnappingen gikk fra 3 til 43 år, med en gjennomsnittsalder på 12,57 år (SD=6,27). Medianen for oppstart var 12 år. Det var for øvrig tre av deltakerne som ikke hadde besvart spørsmålet om oppstart for hårnappingen.

**Komorbiditet**

Tabell 1.

*Komorbide diagnoser (N=53).*

Diagnose	N («missing»)	%
Stemningslidelse	28 (8)	52,8%
Alvorlig depressiv lidelse	24 (8)	53,3%
Tilbakevendende depressiv lidelse	14 (9)	31,8%
Aktuell depressiv episode	14 (8)	31,1%
Dystymi	7 (7)	15,2%
Bipolar I	2 (7)	4,3%
Bipolar II	3 (7)	6,5%
Annen stemningslidelse	1 (7)	2,2%
Angstrelatert lidelse	38 (7)	82,6%
Panikkforstyrrelse	16 (7)	34,8%
Agorafobi	10 (7)	21,7%
Sosial fobi	18 (7)	39,1%
Spesifikk fobi	27 (7)	58,7%
PTSD	5 (8)	11,1%
Generalisert angstlidelse	16 (7)	34,8%
Annen angstlidelse	2 (7)	4,3%
OCD/BDD-diagnose	13 (9)	29,5%
OCD	9 (7)	19,6%
BDD (kroppsdyrmorfofobi)	5 (10)	11,6%

Det var høy komorbiditet blant deltakerne i dette utvalget, for nærmere oversikt se Tabell 1. Hver enkelt pasient kan være i flere av gruppene, da vedkommende kan ha flere komorbide lidelser. Et flertall av de som besvarte ADIS-IV var med i flere av gruppene for komorbide lidelser – komorbide stemningslidelser, komorbide angstrelaterte lidelser og komorbide OCD-/BDD-diagnoser. Hele 32,6% (n=14) av pasientene havnet i én av gruppene, 34,9% (n=15) havnet i to av gruppene, 23,3% (n=10) havnet i alle gruppene, og 9,3% (n=4) hadde ingen komorbide lidelser. Det er svært mange av deltakerne som har komorbide lidelser i tillegg til sin TTM. Her er det for øvrig 10 av deltakerne som ikke har besvart, og de er derfor ikke inkludert.

## Subtypene

Utvalget skårte i gjennomsnitt 40,18 (SD=15,26) på skalaen for fokusert hårnapping og 26,33 (SD=8,07) i gjennomsnitt på skalaen for automatisk hårnapping. Det var ingen av deltakerne som skårte slik at de kan sies å nappe utelukkende fokusert eller utelukkende automatisk (ingen hadde en skåre på 0 på noen av skalaene i MIST-A). Dette betyr at hele utvalget nappet en kombinasjon av fokusert og automatisk. De ble derfor delt inn i fire grupper basert på høy eller lav grad av fokusert eller automatisk hårnapping. Flessner et al. (2008b) gjorde en lignende inndeling i sin studie av subtypene. Deltakerne ble delt inn etter metoden median split. Medianen for MIST-As skala for fokusert hårnapping var i dette utvalget 38. De som skårte høyere enn medianen ble kategorisert som «høy-fokuserte» nappere og de som skårte lavere enn medianen som «lav-fokuserte». Medianen for MIST-As skala for automatisk hårnapping var 26 i dette utvalget, så de som skårte over denne medianen ble klassifisert som «høy-automatiske» nappere og de som skårte under ble «lav-automatiske» nappere. De fire gruppene ble som følger: «høy-fokusert-høy-automatisk» (Høy-Høy: 26,4%, n=14), «høy-fokusert-lav-automatisk» (Høy-Lav: 22,6%, n=12), «lav-fokusert-lav-automatisk» (Lav-Lav: 34,0%, n=18) og «lav-fokusert-høy-automatisk» (Lav-Høy: 17,0%, n=9).

## 7.1 Gruppesammenligninger

Basert på forskning presentert innledningsvis (Flessner et al., 2008b), er det nærliggende å hypotetisere at de som har en høy grad av napping – både automatisk og fokusert – har lavere livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet sammenlignet med de som har en lav grad av automatisk og fokusert hårnapping. Ytterligere spesifisert kan man anta at de som i høy grad napper fokusert som en del av sin subtype har lavere livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet sammenlignet med de som ikke har det.

### Livskvalitet

Gjennomsnittet for skåren på QOL (livskvalitet) for utvalget var 5,61 (SD=2,09) – her var det 15 «missing», så snittet er basert på kun 38 av deltakerne. Gjennomsnittet på QOL-skalaen for de fire gruppene av subtyper ble kalkulert, «Høy-Høy» (M=5,00, SD=1,63), «Høy-Lav» (M=4,33, SD=2,44), «Lav-Lav» (M=5,89, SD=1,69) og «Lav-Høy» (M=7,06, SD=1,94). En enveis ANOVA ble utført for å sammenligne effekten av subtype hårnapping på livskvalitet. Antakelsene for å benytte denne testen var oppfylt da gruppene som ble undersøkt

var uavhengige av hverandre, dataene for livskvalitet var normalfordelte og lik varians for gruppene ble antatt basert på resultatene fra Levene's test ( $F(34)=.792, p=.507$ ).

Gjennomsnittsresponsen i de fire gruppene ble funnet å være signifikant forskjellig fra hverandre ( $F(3,34)=(3,15), p<.05$ , Partial Eta Squared= .218), samt at 21,8% av variansen i QOL-skåren kan gjøres rede for av subtype hårnapping. En Bonferroni Post hoc-test ble gjort for å se hvor forskjellen mellom gruppene lå. Det var en signifikant forskjell på gjennomsnittsskårene for de som nappet «Høy-Lav» og de som nappet «Lav-Høy» ( $p<.05$ ), hvor «Høy-Lav» rapporterte den laveste gjennomsnittsskåren for livskvalitet blant gruppene og «Lav-Høy» rapporterte den høyeste.

### **Fungering sosialt og i arbeidslivet**

Gjennomsnittet for skåren på WSAS (fungering sosialt og i arbeidslivet) for utvalget var 15,90 ( $SD=9,64$ ) – her var det 2 «missing». Gjennomsnittet for de fire gruppene av subtyper ble kalkulert, «Høy-Høy» ( $M=17,86, SD=8,53$ ), «Høy-Lav» ( $M=21,20, SD=11,96$ ), «Lav-Lav» ( $M=14,56, SD=7,42$ ) og «Lav-Høy» ( $M=9,67, SD=9,75$ ). En enveis ANOVA ble utført for å sammenligne effekten av subtype hårnapping på fungering sosialt og i arbeidslivet. Antakelsene for å benytte denne testen var oppfylt da gruppene som ble undersøkt var uavhengige av hverandre, dataene for fungering sosialt og i arbeidslivet var normalfordelte og lik varians for gruppene ble antatt basert på resultatene fra Levene's test ( $F(47)= 1,057, p=.376$ ). Gjennomsnittsresponsen i de fire gruppene ble funnet å være signifikant forskjellig fra hverandre ( $F(3,47)= 2,857, p<.05$ , Partial Eta Squared= .154), samt at 15,4% av variansen i WSAS-skåren kan gjøres rede for av subtype hårnapping. En Bonferroni Post hoc-test ble gjort for å se hvor forskjellen mellom gruppene lå. Her var det ikke en signifikant forskjell på gjennomsnittsskårene til de som nappet «Høy-Lav» og de som nappet «Lav-Høy», men p-verdien er i grenseland til å være signifikant ( $p=.052$ ). De som nappet «Høy-Lav» rapporterte i gjennomsnitt en WSAS-skåre på  $>20$ , som nevnt ovenfor kan dette tyde på moderat alvorlig eller mer alvorlig psykopatologi, og deres skåre var dermed en del høyere enn «Lav-Høy»-napperne, som i gjennomsnitt rapporterte om en skåre  $<10$ , som oftere er å se i subkliniske populasjoner. De to øvrige gruppene – «Høy-Høy» og «Lav-Lav» - lå i gjennomsnitt et sted mellom 10 og 20, noe som tyder på svekkelse for disse gruppene, men ikke alvorlig symptomatologi. Disse to gruppene var verken signifikant forskjellig fra hverandre eller fra de to andre gruppene.

## 7.2 Korrelasjonsanalyser

Tabell 2.  
Korrelasjoner.

		MIST-A (fokusert)	MIST-A (automatisk)	QOL	WSAS	PHQ-9
MIST-A (fokusert)	Pearson korrelasjon		.276*	-.329*	.439**	.361**
	Sig. (2-halet)		.046	.043	.001	.009
	N		53	38	51	51
MIST-A (automatisk)	Pearson korrelasjon	.276*		.179	.087	.075
	Sig. (2-halet)	.046		.282	.545	.600
	N	53		38	51	51
QOL	Pearson korrelasjon	-.329*	.179		-.694**	-.556**
	Sig. (2-halet)	.043	.282		.000	.000
	N	38	38		38	38
WSAS	Pearson korrelasjon	.439**	.087	-.694**		.799**
	Sig. (2-halet)	.001	.545	.000		.000
	N	51	51	38		51
PHQ-9	Pearson korrelasjon	.361**	.075	-.556**	.799**	
	Sig. (2-halet)	.009	.600	.000	.000	
	N	51	51	38	51	

\*. Korrelasjonen er signifikant på 0.05-nivå (2-halet).

\*\*. Korrelasjonen er signifikant på 0.01-nivå (2-halet).

MIST-A: Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version; QOL: Livskvalitet; WSAS: Work and Social Adjustment Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9.

Med mål om å se i hvilken grad det er en sammenheng mellom subtype hårnapping, livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet ble det gjennomført korrelasjonsanalyser. Her ble de summerte skårene for de to MIST-A-skalaene brukt fremfor gruppene som ble dannet tidligere i resultatdelen, da de variablene som inkluderes i en korrelasjonsanalyse ikke kan være kategoriske. Det viste seg å være signifikante korrelasjoner mellom deltakernes skåre på MIST-As subskala for fokusert hårnapping og deres skåre på MIST-As subskala for automatisk hårnapping, QOL-skåre, WSAS-skåre, og PHQ-9-skåre. Deltakernes skåre på MISTAs subskala for automatisk hårnapping korrelerte *kun* med subskalen for fokusert hårnapping. QOL-skåre, WSAS-skåre, og PHQ-9-skåre hadde også alle høye korrelasjoner med hverandre (Tabell 2).



### 7.3 Regresjonsanalyser

Basert på forskningen som er gjort av Diefenbach et al. (2005) og Tung et al. (2014), kan det tenkes at gruppeforskjellene mellom subtype av hårnapping som ble funnet for skårene på QOL-skalaen og WSAS ikke lenger forblir signifikante dersom man kontrollerer for depresjon. QOL blir ikke inkludert i disse analysene da antallet deltakere som har oppgitt en skåre på dette målet er for lavt til å rettferdiggjøre bruk av en regresjonsanalyse. WSAS blir dermed den avhengige variabelen av interesse. Ut ifra korrelasjonsanalysene ser man at WSAS er korrelert med fokusert hårnapping og depresjon, og det er derfor nyttig å gjøre en regresjonsanalyse hvor man kontrollerer for depresjon for å se om fokusert hårnapping kan være en prediktor for fungering sosialt og i arbeidslivet, målt av WSAS.

I dette utvalget var gjennomsnittet på PHQ-9, basert på 51 av deltakerne, 11,31 (SD=6,35). Dette er rett over terskelen for moderat depresjon ifølge dette måleverktøyet. Med mål om å se hvor godt subtype av hårnapping kan predikere fungering sosialt og i arbeidslivet, dersom man kontrollerer for alder, kjønn og depresjon, ble det gjennomført to hierarkiske regresjonsanalyser. Aller først ble det gjort noen innledende analyser for å se at det ikke var brudd på antakelsen om normalitet, lineæritet og homoskedastisitet. Tester for multikolineæritet ble også gjort og de indikerte at dette ikke var et problem i følgende analyser, da  $VIF \leq 2$  for alle variablene. Det ble kontrollert for alder og kjønn i første steg av analysen, depresjon (deltakernes PHQ-9-skåre) i andre steg, og subtype (deltakernes sumskårer for enten automatisk eller fokusert hårnapping på MISTA) i analysens tredje steg. Her ble de summerte skårene for de to MISTA-skalaene brukt fremfor gruppene som ble dannet tidligere i resultatdelen, da de uavhengige variablene i en regresjonsanalyse ikke kan være kategoriske.

**Fokusert hårnapping som predikator for fungering sosialt og i arbeidslivet**

*Hierarkisk regresjonsanalyse av variablene som predikerer WSAS-skåre (N=51).*

Variabel	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	B	SE (B)	$\beta$	B	SE (B)	$\beta$	B	SE (B)	$\beta$
Kjønn	1.349	4.648	.042	4.695	2.783	.146	5.100	2.699	.159
Alder	-.098	.126	-.112	-.015	.075	-.017	.003	.074	.004
PHQ-9				1.235	.131	.813*	1.140	.135	.751*
MIST-A (fokusert)							.114	.055	.183*
R <sup>2</sup>		.016			.660			.689	
$\Delta R^2$					.644*			.029*	

\*p<.05. PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; MIST-A: Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version.

I første steg av regresjonsanalysen ble alder og kjønn lagt inn som predikatorer. Denne modellen var ikke statistisk signifikant,  $F(2,48)=.383$ ,  $p=.684$ , og forklarte kun 1,6% av variansen i det avhengige målet fungering sosialt og i arbeidslivet (WSAS). Etter at depresjon ble lagt til i steg 2 av analysen, var variansen som kunne forklares av modellen i sin helhet på 66,0%,  $F(3,47)=30,426$ ,  $p<.05$ . I steg tre ble fokusert hårnapping lagt til, og den tredje modellen forklarte nå 68,9% av variansen i fungering sosialt og i arbeidslivet,  $F(4,46)=25,437$ ,  $p<.05$ . Introduksjonen av fokusert hårnapping i den tredje modellen forklarte ytterligere 2,9% av variansen, etter å ha kontrollert for alder, kjønn og depresjon, og dette var en signifikant forskjell fra Modell 2. I den siste modellen (Modell 3), var det to predikatorer som var statistisk signifikante: PHQ-9-skåren ( $\beta=.751$ ,  $p<.05$ ) og fokusert hårnapping ( $\beta=.183$ ,  $p<.05$ ) (Tabell 3). Depresjon er riktig nok en bedre predikator da både R<sup>2</sup> og  $\beta$ -koeffisienten er høyere sammenlignet med fokusert hårnapping, men begge er signifikante predikatorer.

**Automatisk hårnapping som predikator for fungering sosialt og i arbeidslivet**

Steg 1 og 2 av analysen blir identisk med steg 1 og 2 beskrevet over, da det kun er variabelen i analysens tredje steg som byttes ut. I steg 3 ble automatisk hårnapping lagt til, og den tredje modellen forklarte nå 66,0% av variansen i fungering sosialt og i arbeidslivet,  $F(4,46)=22,353$ ,  $p=.873$ . Introduksjonen av automatisk hårnapping i den tredje modellen forklarte ikke variansen noe ytterligere, etter å ha kontrollert for alder, kjønn, alvorlighetsgrad

og depresjon, så det var ingen signifikant forskjell fra Modell 2. I den siste modellen (Modell 3), var det kun én av predikatorene som var statistisk signifikant: PHQ-9-skåren ( $\beta = .812$ ,  $p < .05$ ).

## 8.0 Diskusjon

I tråd med tidligere studier (Christenson et al., 1991; du Toit et al., 2001), er alderen for oppstart av hårnapping i dette utvalget 12-13 år, og et flertall av deltakerne kvinner (88,7%). Komorbiditetstallene er noe høyere i dette utvalget enn det man kunne forvente ut fra tidligere studier (Christenson et al., 1991; Cohen et al., 1995), da forekomsten av komorbide lidelser hos disse deltakerne er svært høy, og mange har flere komorbide lidelser. Målet med denne artikkelen var å undersøke nærmere om subtype av hårnapping har betydning for livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet om man kontrollerer for komorbid depresjon. Da det kommer til subtyper av hårnapping, er det akkurat som i Flessner et al. (2008b) sin studie, en kombinasjon av automatisk og fokusert hårnapping som er vanligst. Gruppeinndelingen ble derfor basert på om personene nappet automatisk eller fokusert i høy eller lav grad. Utvalget kan sies å ha en litt over middels livskvalitet i gjennomsnitt, men om man ser på gruppene hver for seg er det en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene «Høy-Lav» og «Lav-Høy», hvor «Høy-Lav» i gjennomsnitt har den laveste rapporterte livskvaliteten, mens «Lav-Høy» har den høyeste. De to resterende gruppene havner et sted omtrent midt i mellom. Også i forhold til målet på fungering sosialt og i arbeidslivet er det forskjellen mellom «Høy-Lav» og «Lav-Høy» som skiller seg ut, selv om den ikke er signifikant. «Høy-Lav»-napperne har en gjennomsnittsskåre på WSAS som forbindes med moderat alvorlig eller mer alvorlig psykopatologi, mens «Lav-Høy»-napperne har en gjennomsnittsskåre som i hovedsak assosieres med subkliniske populasjoner. De to øvrige gruppene havner også her et sted imellom, noe som vil tilsi at også de har signifikant svekkelse, men ikke like alvorlig psykopatologi som de i «Høy-Lav»-gruppen. Disse funnene kan tolkes som at det å ha en høy grad av fokusert napping i kombinasjon med lav grad av automatisk napping fører til signifikant mer svekkelse både i forhold til livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet sammenlignet med om man har en lav grad av fokusert napping og en høy grad av automatisk napping. Kort oppsummert kan funnene hittil tyde på at «Høy-Lav» hårnapping er den subtypen som i høyest grad fører til svekkelse i livskvalitet og fungering for de med en TTM-diagnose. Basert på forskning gjort av Flessner et al. (2008b) ble det hypotetisert at det var «Høy-Høy» gruppen som ville oppleve størst grad av svekkelse i livskvalitet og fungering

sosialt og i arbeidslivet, da nevnte studie fant størst grad av problemer hos denne gruppen, samt høyest grad av sannsynlighet for vansker sosialt, akademisk og yrkesmessig da de sammenlignet dem med sin «Lav-Lav» gruppe. Dette stemmer ikke overens med resultatene funnet her. Det er mulig at dette delvis kan forklares av at det som hovedsakelig undersøkes i dette tilfellet er deltakernes grad av svekkelse i fungering, og Flessner et al. (2008b) fant at det er en forskjell mellom de som napper høy-fokusert og lav-fokusert på nettopp den variabelen, mens dette ikke gjelder for de som napper automatisk. Da er det ikke uventet om de som i høy grad napper fokusert vil ha størst svekkelse i sin fungering, og at automatisk hårnapping ikke påvirker dette i like stor grad.

Resultatene viser videre at automatisk hårnapping ikke er signifikant korrelert med verken livskvalitet eller fungering sosialt og i arbeidslivet. Om man ser til Tung et al. (2014) sin artikkel fant heller ikke de en signifikant korrelasjon mellom automatisk hårnapping og livskvalitet. De trakk frem at årsaken kunne være en ulikhet mellom subskalaene på MIST-A: Leddene på den automatiske subskalaen omhandler kun ubevisst hårnapping, som ikke har en klar sammenheng med livskvalitet. Tung et al. (2014) fant derimot en sammenheng mellom livskvalitet og fokusert hårnapping. Leddene på den fokuserte subskalaen er relatert til negative emosjoner og hendelser, som sannsynligvis bidrar til lavere livskvalitet. Analysene viste at fokusert hårnapping er signifikant korrelert med både livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet. Det er ikke uventet da QOL- og WSAS-skårene har en svært høy korrelasjon med hverandre, samt at Tung et al. (2014) benytter Quality of Life Inventory (Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992) – et mål med flere ledd, som omfatter mange områder i livet, inkludert blant annet helse, rekreasjon, penger, arbeid, kjærlighet, venner, og hjem. I denne studien har WSAS ledd som blant annet også undersøker arbeid, fritid og relasjoner. Da korrelasjoner ikke sier noe om årsakssammenheng er det uvisst om økt grad av fokusert hårnapping fører til dårligere livskvalitet og økt svekkelse i fungering sosialt og i arbeidslivet – eller omvendt.

I studien gjennomført av Tung et al. (2014) forsvant for øvrig sammenhengen mellom fokusert hårnapping og livskvalitet da analysene kontrollerte for alvorlighet av depresjon. Det er ikke uventet at funn som tilsier en sammenheng mellom subtype hårnapping og nedsatt livskvalitet eller svekkelse i fungering sosialt og i arbeidslivet ikke lenger forblir statistisk signifikante dersom man kontrollerer for depresjon. Depresjon er en diagnose som svært ofte er forbundet med nedsatt livskvalitet, over 60% av de med en depresjonslidelse og over halvparten av de med en dystymidiagnose har rapportert om en livskvalitet som var alvorlig svekket (Rapaport et al., 2005). Resultatene fra analysene gjort ovenfor viser likevel at både

alvorlighetsgrad av depresjon og grad av fokusert hårnapping er signifikante predikatorer for fungering sosialt og i arbeidslivet. Alvorlighetsgrad av depresjon er riktig nok en bedre predikator sammenlignet med grad av fokusert hårnapping, men begge er signifikante. Det er altså ikke samme funn som Tung et al. (2014), hvor alvorlighetsgrad av depresjon var eneste signifikante predikator. Utover den studien, er det gjort få studier som ser på hårnappingens subtype sin betydning for livskvalitet og fungering.

Det kan være flere grunner til at resultatene er ulike. Tung et al. (2014) ser først og fremst på livskvalitet målt ved QOLI, mens i denne studien er WSAS benyttet som et mål på fungering sosialt og i arbeidslivet. Selv om det er grunn til å tro at disse variablene er korrelert, er det uvisst i hvilken grad. Også målet brukt på alvorlighetsgrad av depresjon er ulike, da Tung et al. (2014) har brukt BDI-II og BDI-IA og denne studien har benyttet PHQ-9. Dette er likevel sannsynligvis av liten betydning, da de to målene er funnet å være svært nært forbundet og nærmest forvekslingsvis like (Kung et al., 2013). En annen, og muligens viktigere faktor, er at Tung et al. (2014) har tatt i bruk et strengere signifikansnivå ( $p < .01$ ) i sine regresjonsanalyser enn det som er brukt her ( $p < .05$ ). Innenfor samfunnsvitenskapene antar man som oftest at et signifikansnivå på .05 gir den beste balansen mellom risikoen for å begå en type-I-feil og å begå en type-II-feil, hvor en type-I-feil er å si den uavhengige variabelen har en effekt på den avhengige variablene når det egentlig skyldtes tilfeldigheter og en type-II-feil er å si at det ikke er en effekt mellom de to når det faktisk er det (Langdridge, 2006). På bakgrunn av dette vil det være feil å hevde at signifikansnivået i denne studien er for høyt, men det at det er brukt forskjellige nivåer i de to studiene kan gjøre det mer komplisert å sammenligne dem.

Det finnes for øvrig også teori som bygger opp under funnene som er gjort her – at grad av fokusert hårnapping kan ha betydning for en persons fungering sosialt og i arbeidslivet til tross for alvorlighetsgraden til komorbid depresjon. Som nevnt innledningsvis skjer automatisk hårnapping hovedsakelig utenfor individets bevissthet, og vedkommende blir ofte ikke oppmerksom på hårnappingen før i ettertid, ved at han eller hun ser hårstrå liggende i fanget eller på klærne. Fokusert hårnapping, derimot, har ofte nærmest tvangsmessige kvaliteter, og kan trigges av negative emosjonelle tilstander, som stress, angst og sinne, et ønske om å skape symmetri, eller en intens tanke eller trang (Flessner et al., 2008c). Automatisk napping blir en slags ubevisst vane og man kan derfor anta at selve hårnappingen ikke påvirker personens daglige fungering sosialt og i arbeidssammenheng i like stor grad som ved fokusert hårnapping, hvor man kan vurdere nappingen som en form for emosjonsregulering. Nappingens funksjon er derfor av betydning og bør kartlegges

(Mansueto, Golomb, Thomas, & Stemberger, 2000). For bedre å forstå hvorfor fokusert, men ikke automatisk hårnapping, kan være en prediktor for en persons fungering sosialt og i arbeidslivet selv etter å ha kontrollert for alvorlighetsgrad av depresjon, kan det derfor være nyttig å se til hårnappingens funksjon for den enkelte.

Først, kan man se til det som kalles opplevelsesmessig unngåelse – når en person ikke er villig til å være i kontakt med spesifikke, private opplevelser, eksempelvis kroppslige sansninger, emosjoner, tanker, minner og atferdsmessige predisposisjoner, i en sånn grad at vedkommende tar grep for å endre både disse opplevelsenees form og hyppighet, samt konteksten de oppstår i. Det kan mer spesifikt omtales som emosjonell eller kognitiv unngåelse i de tilfellene hvor det er tydelig at dette er relevante aspekter ved opplevelsene som ønskes unnslipt, unngås eller forsøkes endres. Det hevdes at mange typer psykopatologi med fordel kan anses for å være usunne former for opplevelsesmessig unngåelse. Slik unngåelse kan finnes i alle slags former (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996), og kanskje er fokusert hårnapping én dem, da det har vært hypotetisert at opplevelsesmessig unngåelse er relatert til denne typen hårnapping, og ikke til den automatiske (Begotka, Woods, & Wetterneck, 2004). Hayes et al. (1996) nevner også i sin artikkel at mange topografisk definerte syndromer nettopp kan ha signifikante subtyper hvor opplevelsesmessig unngåelse er en del av både etiologien og opprettholdelsen av patologien.

Videre kan man se til affekt og hårnapping. I diagnosekriteriene presentert for TTM – helt fra da diagnosen ble inkludert i DSM-III-R på slutten av 80-tallet og frem til DSM-IV-TR-versjonen fra 2000 – har følelsen av spenning rett før hårnappingen og behaget, tilfredsstillelsen eller lettelsen mens hårene nappes vært vektlagt (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2000), men som nevnt innledningsvis er disse følelsene forut for og/eller under hårnappingen fraværende for en relativt stor andel av de som napper ut hår (Christenson et al., 1991), og et bredt spekter av emosjoner spiller inn (Mansueto et al., 1997). Egenrapportert affektiv tilstand blant de som napper endrer seg i løpet av hårnappingssyklusen – signifikante endringer i affekt fra før, til under, og til etter hårnappingen. Følelsene som endrer seg i løpet av hårnappingssyklusen er blant annet en reduksjon i kjedsomhet og engstelse, samt økt lettelse (Diefenbach et al., 2002). Den øyeblikkelige effekten av hårnappingen kan lette på både stress, kjedsomhet, angst, frustrasjon, eller uønskede tanker, og dermed forsterke hårnappingsatferden. Denne positive forsterkningen vil sannsynligvis ikke dukke opp hver gang det nappes hår, men i et sporadisk mønster som er med på å opprettholde atferden (Mansueto et al., 1997). Hårnapping blir da forbundet med emosjonsregulering over gjentatte

hårnappingsepisoder, noe som igjen styrker atferden over tid (Diefenbach, Tolin, Meunier, & Worhunsky, 2008). Ut ifra en emosjonsreguleringshypotese napper de som lider av TTM hår for å kunne modulere en sterkt ubehagelig affektiv tilstand, som angst, tristhet eller kjedsomhet. Hårnapping oppstår da som en trang til å stoppe opplevelsen av den aktuelle emosjonelle tilstanden, samt en mangel på alternative måter å håndtere dette på (Shusterman et al., 2009). En studie av Shusterman et al. (2009) fant at de som napper hår har større problemer med å kontrollere følelsene sine sammenlignet med dem som ikke napper, og at graden av selvrappert kontroll over følelsene i liten til moderat grad korrelerer med hårnappingens alvorlighetsgrad. Videre fant de at det er nettopp de spesifikke følelsene den som napper har vansker med å regulere som er prediktive for i hvilken grad akkurat de følelsene trigger hårnapping. Disse funnene kan altså støtte antakelsen om at det er en forbindelse mellom hårnapping og emosjonsregulering, men det er uvisst hvorfor det er sånn. Det er mulig at de som napper hår har grunnleggende vansker med emosjonsregulering, men det er også en mulighet at de som napper hår rett og slett opplever negative affektive tilstander mer intenst enn de som ikke napper og derfor opplever dem som mer utfordrende (det vil si en biologisk sårbarhetsfaktor) (Shusterman et al., 2009). Diefenbach et al. (2008) fant at en gruppe med TTM-pasienter opplevde en større reduksjon i kjedsomhet, spenning, sinne og tristhet, samt en større økning i lettelse og ro under napping, sammenlignet med en kontrollgruppe som nappet kun av kosmetiske grunner. Dette er i tråd med antakelsen om at hårnapping regulerer negative emosjoner for den som napper. Videre fant de at TTM-gruppen opplevde en større økning i skyld, tristhet og sinne i etterkant av hårnappingsepisoden, sammenlignet med kontrollgruppen, samt større reduksjon i positive emosjoner. En slik intensifisering av negativ affekt og nedgang i positive emosjoner går imot emosjonsreguleringshypotesen for TTM, men det er mulighet for at de negative emosjonene, særlig skyldfølelsen, dukket opp først etter at den som nappet hadde reflektert over konsekvensene ved hårnappingen. Forskningen på affektive korrelater og emosjonsregulering i forhold til hårnapping trenger videre studier for å få et klarere bilde på hvordan disse tingene henger sammen.

Da mye av den nevnte forskningen ser på emosjonsregulering og TTM uten å nødvendigvis skille subtype fra hverandre, vil det i fremtiden være nyttig med flere studier som ser på emosjonsregulering spesifikt i forhold til automatisk og fokusert hårnapping. Resultatene fra analysene gjennomført i forbindelse med denne oppgaven viser at det er en forskjell på automatisk og fokusert hårnapping i forhold til fungering sosialt og i arbeidslivet hos de som lider av TTM, og det kan tenkes at en forskjell i hvordan emosjoner håndteres er

noe av årsaken. Dette har igjen implikasjoner for behandling, og det har også vært et tema i tidligere studier at behandling bør tilpasses etter hvilken subtype av hårnapping pasienten har. Fokusert hårnapping kan sannsynligvis best behandles med «Acceptance and Commitment»-terapi (ACT), automatisk hårnapping med «Habit Reversal Training» (HRT), og kombinasjonen av både fokusert og automatisk med «Acceptance-Enhanced Behavior Therapy» (AEBT) (Flessner et al., 2008b). I en ACT-kontekst kan man tenke på aksept som et alternativ til det som ovenfor ble presentert som opplevelsesmessig unngåelse. En av kjerneprosessene som vektlegges i denne form for terapi er at man aktivt og bevisst skal omfavne de private opplevelsene. Heller enn å prøve og endre formen eller hyppigheten, skal vedkommende forsøke å endre måten han eller hun relaterer seg til tankene på ved å skape en kontekst hvor tankens negative funksjon svekkes (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). I HRT-terapi blir hårnappingen sett på som en vane som har blitt så innarbeidet at den skjer utenfor bevissthet, og nærmest har fått en automatisk natur. Målet blir derfor å jobbe med bevisstgjøring rundt denne vanen og at man tar i bruk en konkurrerende respons. I TTM-behandling kan en slik respons være å knytte neven. I tillegg vektlegges støtte fra omgivelsene til å ta i bruk denne konkurrerende responsen (Azrin, & Nunn, 1973). AEBT er en kombinasjon av psykoedukasjon, ACT og HRT (Flessner, Busch, Heideman, & Woods, 2008a), og har vist seg i ha en effekt i behandling av TTM sammenlignet med en kontrollgruppe på venteliste. En studie fant en signifikant reduksjon både i alvorlighetsgrad av hårnapping, rangering av svekkelse, og antall hår nappet, samt signifikant reduksjon i opplevelsesmessig unngåelse, og både angst- og depresjonssymptomer hos de i behandling sammenlignet med de på venteliste (Woods, Wetterneck, & Flessner, 2006c).

Det er likevel lite kunnskap blant mange behandlere om hvilken behandlingsform som bør benyttes (Marcks et al., 2005), noe som gjør det svært viktig med videre forskning på TTM slik at kunnskapen om lidelsen øker og behandlingsformene blir bedre. Det er som nevnt tidligere hevdet at spesifikke subtyper kan kreve ulike tilnærminger i behandling (Diefenbach et al., 2002; Flessner et al., 2008b). I denne artikkelen har hovedfokuset vært på subtypene automatisk og fokusert hårnapping da disse i dag har et valid måleverktøy (Flessner et al., 2008c), som kan brukes i kartleggingen av deres forekomst. Ut ifra funnene som er gjort for dette utvalget, kan det virke som om det er en forskjell på fokusert og automatisk subtype, og at man bør kartlegge hvilke av dem som er den mest dominerende hos hver enkelt pasient, slik at man kan tilpasse behandlingen deretter. Til tross for fokusert subtypes prediktive verdi i forhold til fungering hos en som lider av TTM, er det viktig å også anerkjenne det faktum at alvorlighetsgrad av depresjon også spiller en stor rolle i dette. Det



vil derfor være viktig å ta hensyn til en komorbid depresjons alvorlighetsgrad i behandling av TTM, da dette var den eneste signifikante predikatoren i regresjonsmodellen hvor grad av automatisk hårnapping var inkludert og en bedre predikator enn fokusert hårnapping. En metaanalyse av McGuire et al. (2014) har funnet at behandling av TTM med atferdsterapi som også inkluderer «mood enhancers» gir bedre resultater enn tradisjonell atferdsterapi, men det trekkes også frem at terapi med «mood enhancers» har mer terapeutisk kontakt og dette kan være en konfunderende variabel som bør kontrolleres for i fremtidige behandlingsstudier.

Det er foreløpig for tidlig å trekke noen bastante konklusjoner i forhold til funnene gjort i denne oppgaven, da utvalget her ikke er så stort, samt at det finnes svært lite empiri på området å sammenligne disse funnene med. Studien av Tung et al. (2014), som ligner noe, har funnet noe annet enn det som fremkommer fra resultatene her. Denne oppgaven kan likevel være en oppfordring til videre forskning innenfor dette feltet, slik at man i fremtiden kan tilby de som lider av TTM et best mulig behandlingstilbud. I fremtidig forskning vil det være ønskelig med en kontrollgruppe, og et større utvalg. Et stort utvalg er en fordel da det gir bedre presisjon, samt at det er en fordel med store utvalg når man ønsker å undersøke heterogene grupper av mennesker (Langdridge, 2006). En kontrollgruppe er nyttig for å se om funnene er karakteristiske for de som napper hår eller om det skyldes variasjoner i befolkningen generelt. I tillegg vil det være viktig å kontrollere for komorbide lidelser i fremtidige studier. Ut i fra funnene i denne studien viser det seg at alvorlighetsgrad av depresjon forklarer en stor del av variansen i hvordan de som lider av TTM fungerer sosialt og i arbeidslivet. Dette bør derfor tas høyde for i fremtidige studier.

I videre forskning kan det også være interessant å se mer på forskjeller mellom subtypene, da særlig i forhold til emosjonsregulering og nappingens funksjon. Områder man kan se spesifikt på er grad av unnvikende personlighetstrekk og grad av skam knyttet til nappingen for subtypene av hårnapping, samt hvordan eventuelle forskjeller kan benyttes i å individuelt tilpasse behandlingsopplegg. I tillegg, kan det også være interessant å gjøre en studie hvor kjønnsfordelingen ikke er så ujevn. Et stort flertall av deltakerne i dette utvalget er kvinner, og det er en tendens man også ser i andre studier (Christenson et al., 1991; du Toit et al., 2001), samt at det i enkelte studier kun er inkludert kvinnelige hårnappere (Casati et al., 2000; Flessner et al., 2009). Det er mulig at det er kjønnsforskjeller da det kommer til hvordan de to ulike subtypene av hårnapping endrer seg gjennom livet, da det for kvinner er funnet at fokusert hårnapping øker i de periodene i livet hvor det skjer større hormonelle endringer (Flessner et al., 2009).

### **Begrensninger**

Det er verdt å merke seg flere begrensninger ved denne studien. For det første er det ingen kontrollgrupper, og det er derfor usikkert om dette utvalget er representativt for de som napper hår, men som ikke oppsøker profesjonell hjelp. Det er også uklart hvordan dette utvalget er sammenlignet med den generelle befolkningen. I fremtidig forskning vil det være nyttig å benytte kontrollgrupper for å med større sikkerhet kunne si at funnene er karakteristiske for de som napper hår og ikke bare variasjoner i befolkningen generelt.

Videre var verktøyet som er brukt til å måle deltakernes livskvalitet er en enkel 10-punkts skala, og er derfor kanskje ikke et presist nok mål, da det ikke fanger opp de ulike aspektene ved en persons livskvalitet. I fremtiden kan det være en idé å benytte et annet måleverktøy for å kartlegge denne variabelen, eksempelvis Quality of Life Inventory – et reliabelt mål med tilstrekkelig indre konsistens, som det går kjapt både å fylle ut og skåre, men det gir litt mer utfyllende informasjon da det ser på mange ulike domener, blant annet helse, livsfilosofi, rekreasjon, arbeid, læring, vennskap, relasjoner med slektninger og venner og kreativitet (Frisch et al., 1992). Det har også vært foreslått at det bør utvikles diagnosespesifikke livskvalitetsmål. Standardiserte mål på livskvalitet har vist seg å ikke alltid strekke til når det kommer til å dokumentere signifikante forskjeller mellom de som lider av TTM og kontrollgrupper, til tross for at svekkelsen i fungering opplevd av de som napper hår er en kjent sak i litteraturen som eksisterer om temaet. For å få en enda mer presis vurdering av livskvaliteten til denne pasientgruppen kan det derfor være en idé å utvikle verktøy som tar høyde for svekkelsen i fungering som er unik for TTM (Keuthen et al., 2004).

Det er også viktig igjen å påpeke at en del av deltakere ble utelatt fra analysene da de enten ikke møtte opp til eller ikke fullførte utredningen. De som ikke var skåret på MIST-A ble også ekskludert fra analysene, samt at en outlier ble tatt ut av datasettet. Det er uvisst hvordan det ville påvirket resultatene dersom hele utvalget hadde vært med. Det er ulike synspunkter på om det å utelate deltakere på grunnlag av at de har avgitt ekstremskårer. I dette utvalget var det en ekstremskåre på subskalaen til MIST-A for fokusert hårnapping som ble utelatt fordi den var svært høy sammenlignet med det resten av utvalget rapporterte. I et så lite utvalg kan uteliggere forskyve dataene, og da det spesifikt er subtypes betydning som var viktig i problemstillingen for denne oppgaven, ble det vurdert slik at ekstremskåren skulle ekskluderes.

**Konklusjon**

Til tross for begrensningene listet opp ovenfor bidrar denne oppgaven med ny informasjon i forhold til subtype av hårnapping sin betydning for livskvalitet og fungering sosialt og i arbeidslivet, etter at det er kontrollert for alvorlighetsgrad av komorbid depresjon. Resultatene viser at subtypen «Høy-Lav» har både lavest livskvalitet og størst svekkelse i fungering sosialt og i arbeidslivet. I tillegg er fokusert subtype en signifikant prediktor for fungering, selv etter at alvorlighetsgraden av depresjon er kontrollert for. Årsaken til at fokusert hårnapping virker hemmende på fungering kan være at den subtypen i større grad er knyttet til emosjonsreguleringsvansker. Det er for lite empiri på dette per dags dato til å kunne trekke noen bastante slutninger, men forhåpentligvis kan resultatene være med på å oppmuntre til videre forskning på temaet, slik at kunnskapen rundt TTM og lidelsens subtyper øker og et bedre behandlingstilbud kan utvikles.

### Referanser

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, *11*(4), 619-628.
- 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.
- Casati, J., Toner, B. B., & Yu, B. (2000). Psychosocial issues for women with trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(5), 344-351.
- 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*, *52*, 415-417.
- Christenson, G. A., Ristvedt, S. L., & Mackenzie, T. B. (1993). Identification of trichotillomania cue profiles. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(3), 315-320.
- 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*, *56*(7), 319-326.
- 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., 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.

- 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.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2001). Characteristics and phenomenology of hair-pulling: An exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 247-256.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008a). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*. Hentet fra <http://bmo.sagepub.com/>
- Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Cashin, S. E. (2008b). 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. (2008c). 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.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.
- Gorter, R. R., Kneepkens, C. M. F., Mattens, E. C. J. L., Aronson, D. C., & Heij, H. A. (2010). Management of trichobezoar: Case report and literature review. *Pediatric Surgery International*, 26(5), 457-463.
- Grisham, J. R., Brown, T. A., & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorder Interview Schedule for *DSM-IV* (ADIS-IV). I M., Hersen (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, personality assessment* (s. 163-178). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Hajcak, G., Franklin, M. E., Simons, R. F., & Keuthen, N. J. (2006). Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 179-187.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- 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), 1152-1168.
- Keuthen, N. J., Dougherty, D. D., Franklin, M. E., Bohne, A., Loh, R., Levy, J., ... & Deckersbach, T. (2004). Quality of life and functional impairment in individuals with trichotillomania. *Journal of Applied Research*, 4(2), 186-197.
- King, R. A., Scahill, L., Vitulano, L. A., Schwab-Stone, M., Tercyak, 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.
- Kung, S., Alarcon, R. D., Williams, M. D., Poppe, K. A., Moore, M. J., & Frye, M. A. (2013). Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 341-343.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The Phq-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Lochner, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2010). Chronic hair-pulling: phenomenology-based subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 196-202.
- Lochner, C., Stein, D. J., Woods, D., Pauls, D. L., Franklin, M. E., Loeke, E. H., & Keuthen, N. J. (2011). The validity of DSM-IV-TR criteria B and C of hair-pulling disorder (trichotillomania): Evidence from a clinical study. *Psychiatry Research*, 189(2), 276-280.
- Mansueto, C. S., Golomb, R. G., Thomas, A. M., & Stemberger, R. M. T. (1999). A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(1), 23-43.
- Mansueto, C. S., Stemberger, R. M. T., Thomas, A. M., & Golomb, R. G. (1997).

- Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 567-577.
- Marcks, B. A., Wetterneck, C. T., & Woods, D. W. (2005). Investigating healthcare providers' knowledge of trichotillomania and its treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 19-27.
- McGuire, J. F., Ung, D., Selles, R. R., Rahman, O., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors *Journal of Psychiatric Research*, 58, 76-83.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Trichotillomania and pathologic skin picking: Clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 57-63.
- Panza, K. E., Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2013). Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 241-249.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254-260.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178.
- 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.
- 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., 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.
- 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.
- Tung, E. S., Tung, M. G., Altenburger, E. M., Pauls, D. L., & Keuthen, N. J. (2014). The relationship between hair pulling style and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 26(3), 193-198.
- Wetterneck, C. T., Woods, D. W., Norberg, M. M., & Begotka, A. M. (2006). The social and economic impact of trichotillomania: Results from two nonreferred samples. *Behavioral Interventions*, 21(2), 97-109.
- Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Goodwin, R. D., Stein, D. J., & Walther, M. R. (2006a). The Trichotillomania Impact Project (TIP): Exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1877-1888.
- Woods, D. W., Flessner, C., Franklin, M. E., Wetterneck, C. T., Walther, M. R., Anderson, E. R., & Cardona, D. (2006b). Understanding and treating trichotillomania: What we know and what we don't know. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 487-501.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006c). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 639-656.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.