Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V11210829

Trikotillomani

Meike Bohn, Per Hove Thomsen & Judith Becker Nissen

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling (BUA), Aarhus Universitetshospital Psykiatrien

Ugeskr Læger 2022;184:V11210829

HOVEDBUDSKABER

- Trikotillomani (TTM) er heterogen vane og impulshandlingslidelse, som påvirkes af affektive, sociale og kognitive tilstande.
- Psykoterapeutisk behandling har vist bedst og længstvarende effekt. Der er mangel på europæisk forskning.
- Der er behov for fokus på TTM i klinikken og forskningen.

Trikotillomani (TTM) er en psykiatrisk lidelse, der pga. impulsstyret hårpluk fører til betydeligt hårtab og påvirker personens samlede trivsel negativt. Lidelsen opstår i den tidlige ungdom, og ofte har den et svingende, men kronisk forløb. Livstidsprævalensen for TTM er 1-3%, men lidelsen har ikke forskningsmæssig opmærksomhed. En søgning på PubMed viser, at der i de seneste 15 år er udgivet 60-90 artikler årligt (1.479 i alt) om TTM.

Med denne artikel ønskes at udbrede kendskabet til og dermed bedre forståelsen af TTM og behandlingen af patienter med lidelsen.

EPIDEMIOLOGI

Prævalensen for TTM er svær at fastslå præcis pga. underdiagnosticering grundet stigmatisering af lidelsen [1], men amerikansk forskning anslår, at prævalensen er 1-3% i befolkningen [2]. Prævalensen i henhold til køn er også vanskelig at fastslå. Hos ikkediagnosticerede personer, der beskriver symptomer på TTM, er fordelingen lige blandt mænd og kvinder. I den kliniske population er der en overvægt af kvinder (3:1) [2]. For nuværende findes der ingen danske opgørelser over forekomsten af TTM. TTM ses ofte som en del af udviklingen hos børn under fem år. Lidelsen remitterer ofte uden behandling, og der er en god prognose [3]. Når TTM opstår hos unge, er den gennemsnitlige debutalder 13 år, og ofte har lidelsen et periodisk kronisk forløb [1, 4].

Trikotillomani.

GENESE OG ÆTIOLOGI

Trikotillomani (TTM; DF63.3 (DF63 Vane- og impulshandlinger (patologiske)) [5]) er karakteriseret ved et betydeligt hårtab grundet vanskelighed ved at modstå tilbagevendende impuls til at plukke hår [5]. Sædvanligvis er denne handling forudgået af en tiltagende spændingsfølelse og trang til at plukke hår, og handlingen efterfølges af en (kortvarig) følelse af lettelse.

Tidligere forstod man TTM som en mekanisk adfærd. I dag er TTM bredt anerkendt som produktet af et kompliceret samspil mellem flere faktorer, herunder genetiske, neurokemiske, neuroanatomiske og psykologiske. De seneste år er der forsket i, hvilke genetiske og biopsykologiske faktorer der har indflydelse på udviklingen af TTM, men antallet af studier og antallet af undersøgte cases er få.

Biologiske faktorer

Et tvillingestudie viser, at enæggede tvillinger har højere konkordans end tveæggede tvillinger [6], og indledende

genetiske undersøgelser tyder på, at varianter i særligt de serotonerge gener er involveret i udviklingen af TTM [7]. Hjerneskanningsundersøgelser og molekylære undersøgelser har ikke sikkert vist involvering af specifikke neurotransmittere, og resultaterne er så få, at de endnu ikke kan bruges vejledende i forhold til den kliniske behandling af TTM.

Psykologiske faktorer

Følelsesmæssige tilstande som kedsomhed, vrede og anspændthed samt tankemønstre som »jeg er grim« og »jeg fortjener det« har betydning for hårplukningsadfærden hos personer med TTM [4, 8, 9]. Ofte rapporterer personer med TTM, at disse følelser og tanker kortvarigt aftager efter hårplukning, hvorved TTM-adfærd kommer til at regulere ubehagelige følelser eller giver lettelse [10, 11].

Miljøfaktorer

En amerikansk undersøgelse af mindre børn med TTM viste, at alle havde familiære stressfaktorer såsom skilsmisse, hjemløshed, arbejdsløshed eller psykisk sygdom hos forældre [12]. Der er ikke lavet systematisk forskning af dette hos ældre børn og unge.

KLINISK BILLEDE

Trikotillomani viser sig oftest ved, at personen plukker hår fra hovedbunden, men at plukke øjenbryn, -vipper og kønsbehåring ses også hos personer med TTM. Hos børn kan ses en form for TTM by proxy, da de også plukker hår af andre personer eller dyr [8, 9, 11, 13].

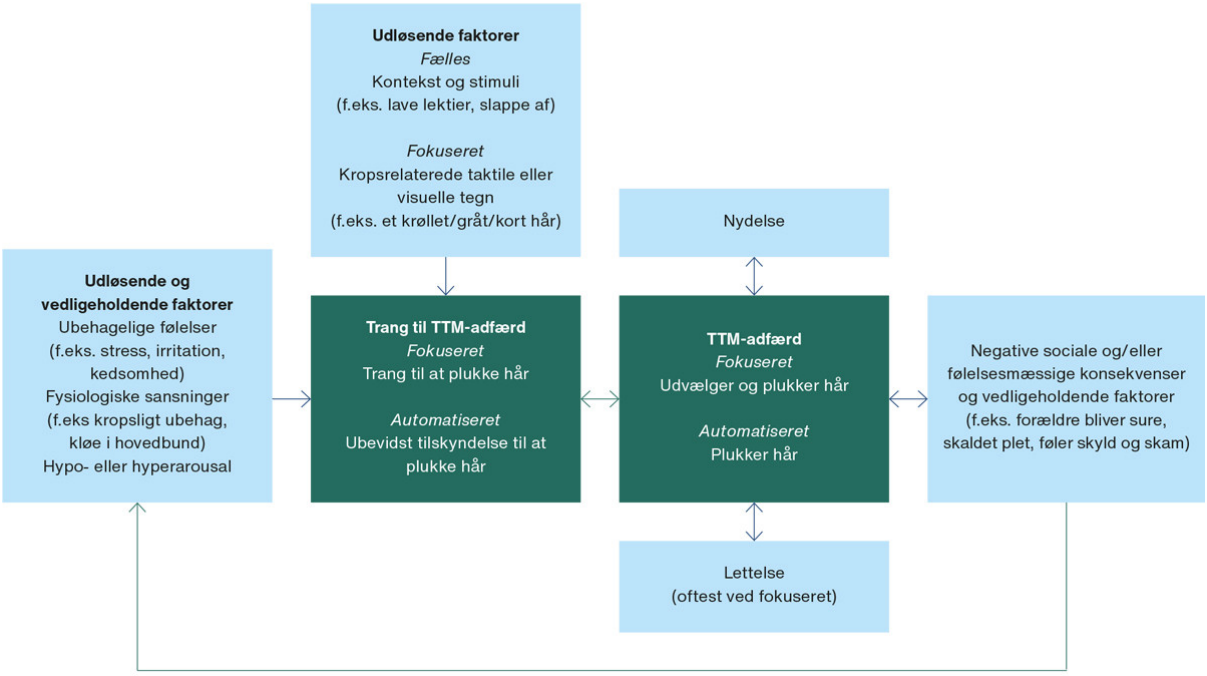
Personer med TTM bruger oftest tommel og pegefinger, men nogle bruger pincet til at plukke hår. Hvor mange hår, hvor længe der plukkes, og om der plukkes fra ét eller flere steder på kroppen, varierer hos hver enkelt person med TTM [13]. Der findes forskellige måder at plukke hår på – automatiseret og fokuseret [4, 10, 14]. Den automatiserede plukning foretages uden opmærksomhed på adfærden. Dette sker ofte, mens personerne er i gang med en afslappende aktivitet, og personerne opdager ikke, at de plukker hår, før de ser konsekvenserne (f.eks. hår på gulvet). Personer med denne plukkestil plukker ofte flere hår ad gangen.

I modsætning hertil er den fokuserede plukning en formålsfuld proces, og plukningen bruges f.eks. til at give nydelse, reducere stress eller fjerne hår, der ikke passer ind. Personer med denne plukkestil udvælger ofte, hvilke hår de plukker, baseret på specifikke karakteristika af håret (længde, farve, tekstur, placering), og når disse hår fjernes, får personen med TTM en tilfredshedsfølelse. Ofte er plukningen forudgået af ritualer og rutiner som børstning, at mærke på og hive i enkelte hår samt visuelt at afsøge hårbund og -linje.

Fokuseret plukning kan være en måde, hvorved personen med TTM regulerer sin affekt og/eller afleder sig fra ubehagelige tanker [15].

Et studie har vist, at de fleste personer med TTM (80%) benytter begge måder på forskellige tidspunkter, og kun få personer plukkede hår enten helt uopmærksomme eller meget fokuserede [14] (**Figur 1**).

FIGUR 1 Sammenhængen mellem indre tilstande og ydre påvirkninger som udløsende og vedligeholdende faktorer ved trikotillomani. Det ses, at trang før og lettelse efter plukning er en betydelig del af mønsteret for fokuseret plukning. Modificeret og gengivet efter [16].



VEDLIGEHOLDENDE FAKTORER

En hypotese er, at TTM kan skabe en negativ cirkel, der er svær at bryde, hvor affektive tilstande fører til følelsesregulering ved at plukke hår, dernæst opstår der undgåelsesadfærd og skamfølelse, hvilket fører til nedsat fagligt og socialt funktionsniveau og øger affektive tilstande, som håndteres med mere TTM-adfærd.

Dertil kan forældre og andre omsorgspersoner på grund af manglende viden om TTM og håndteringen af symptomerne komme til at reagere på måder, der bliver vedligeholdende for lidelsen. Dette kan ske, hvis de overfokuserer på TTM-adfærden og dens følger (skaldede pletter) og skælder ud, trøster eller overfokuserer på udseende. Det er derfor vigtigt at vejlede forældrene i at have en neutral tilgang til TTM-adfærd [16].

KOMORBIDITET

Ifølge *Stein et al* lider 70% af personer med TTM af anden »kropsfokuseret gentagelsesadfærd«, oftest dermatillomani (skin-picking) og onykofagi (neglebidning) [17]. Dermatillomani er kendetegnet ved en trang til at pille i hud (hovedbund, ansigt, mave mv.) og negle (inklusive neglebånd). Onykofagi er karakteriseret ved at bide og/eller tygge på negle (oftest på fingrene, men også på tæerne). Begge lidelser menes at have en følelsesregulerende funktion, ligesom TTM, og mange af de udløsende og vedligeholdende faktorer tænkes at være de samme.

Hos voksne er tilstande som affektive lidelser og angstlidelser hyppigt associeret til TTM [1, 11]. I en klinisk børnepopulation ses ca. 38% med mindst én komorbid diagnose. De komorbide lidelser omfatter både affektive lidelser og angstlidelser samt opmærksomhedsforstyrrelse og gennemgribende udviklingsforstyrrelse [18, 19]. Både hos voksne og børn kan det være vanskeligt at afgøre, om de affektive og angstprægede komorbide lidelser er årsag til eller konsekvens af TTM.

KONSEKVENSER

Somatisk

At plukke hår kan føre til infektioner, ardannelse og hudirritationer. Nogle personer smider det plukkede hår ud med et samme, andre leger med, undersøger, bider i eller indtager håret. Indtages håret rutinemæssigt, kan der opstå ufordøjede masser af hår (trikobezoarer), som ubehandlet kan medføre tarmobstruktion, -blødninger og/eller perforeret tarm [20].

Psykologisk

TTM medfører store psykiske, sociale og funktionsmæssige vanskeligheder og er forbundet med betydelig lidelse og indskrænket livsfunktion for personerne med TTM.

Den psykologiske påvirkning af TTM er synligt hos voksne, når det kommer til selvmedicinering/misbrug og forhøjede niveauer af ængstelighed, depression og stress [4].

Hos unge ses ofte forhøjet skolefravær, vanskeligheder ved at lave lektier samt social tilbagetrækning [11, 21].

DIAGNOSTIK

For at diagnosticere en patient med TTM anbefales det at lave en generel anamnese og at udelukke tilstedeværelsen af somatiske eller psykiatriske diagnoser, der kan forklare TTM-lignende adfærd og -hårtab (alopecia, OCD mv.).

Herudover spørges specifikt ind til TTM-adfærd for at opnå en indgående karakteristik af symptomerne, f.eks. vha. semistrukturerede kliniske diagnostiske interview.

The Trichotillomania Diagnostic Interview (TDI) [22] tager udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for TTM og kan bruges til præcisering af TTM-symptomerne.

Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania (MIST; MIST-C til børn og unge) [23] bruges for at få personens egen vurdering af vedkommendes TTM-symptomer og plukkestil, hvorved den udredende får en karakteristik af den enkelte persons TTM.

National Institute of Mental Health Trichotillomania Severity and Impairment Scale, hhv. NIMH-TSS og NIMH-TIS, er afledt af Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) og kan bruges til at vurdere lidelsens sværhedsgrad og graden af funktionsnedsættelse. Begge skalaer er følsomme i forhold til ændringer i tilstanden efter f.eks. behandling [19].

Der findes endnu ingen dansk oversættelse af disse diagnostiske instrumenter.

BEHANDLING OG EFFEKT

En del medicinsk og psykologfagligt personale har utilstrækkelig viden om TTM og effektiv behandling heraf, og ofte oplever patienter, at de mangler viden, og at behandlingen er ineffektiv [15, 24].

I 2020 udgav *Farhat et al* en omfattende metaanalyse, som omfattede 24 RCT'er med 26 sammenligninger og 857 deltagere [25] (**Tabel 1**).

TABEL 1 Metaanalyse af effekten af adfærdsterapi vs. medikamentel behandling [25].

Behandling	Studier, n	Deltagere, n	Sammenligning	Standardized mean difference, samlet (95% KI)
BT-HRT	I alt: 9 Voksne: 7 Børn/unge: 2	10-40	Voksne: WL, MAC, TAU og ST Børn/unge: TAU og MAC	-1,66 (-2,31--1,02), p < 0,0001
Klomipramin	I alt: 2 Voksne: 2 Børn/unge: 0	13, 11	Desipramin og PCB	-0,71 (-1,38--0,05), p = 0,036
Olanzapin (dopaminerg)	I alt: 1 Voksne: 1 Børn/unge: 0	25	PCB	-0,94 (-1,77--0,12), p = 0,025
N-acetylcystein (glutaminerg)	I alt: 2 Voksne: 1 Børn/unge: 1	I alt: 89 Voksne: 50 Børn/unge: 39	Begge: PCB	-0,75 (-1,36--0,13), p = 0,017
SSRI Fluoxetin/sertralin (serotonerg)	I alt: 4 Voksne: 4 Børn/unge: 0	I alt: 16-31	PCB	0,14 (-0,28-0,55), p = 0,51

BT = adfærdsterapi; HRT = habit reversal training; KI = konfidensinterval; MAC = minimal attention control; PCB = placebo; ST = supportive therapy; TAU = treatment as usual; WL = wait-list.

Medicin

Farmakoterapeutisk behandling (tricykliske antidepressiva, dopaminerge og glutaminerge agenter) har god behandlingseffekt og signifikant større effekt end placebo, men evidensen beror på flere ikkereplicerede RCT'er, studiegrupperne er små, og undersøgelserne er foretaget primært hos voksne.

Psykoterapi

Metaanalysen viser, at behandling med en kombination af adfærdsterapi og habit reversal training (HRT) har den største empiriske effekt. Vurderingen baseres til dels på antallet af studier.

Hovedelementerne i behandlingen er at undersøge, hvad der sker før, under og efter TTM-adfærd, hvilket gøres ved at lave situationsanalyser. Herefter arbejdes der med at gøre patienten bevidst om sin adfærd før, under og efter disse situationer. Dertil øves stimuluskontrol – både undgåelse af særligt TTM-udløsende situationer og indøvelse af erstatningshandlinger, som patienten kan lave, hver gang denne skal til at have TTM-adfærd (f.eks. knytte hånden, vejrtrækningsøvelse mv.).

For at sikre, at patienten gør brug af ovenstående metoder i hverdagen, er det afgørende, at patienten får støtte af sit sociale netværk.

Plukkestil, hhv. automatisk eller fokuseret, har indflydelse på, hvilken form for behandling der har bedst effekt på TTM [19]. Personer med overvejende automatisk plukkestil er mere modtagelige for ren adfærdsterapi, mens personer med overvejende fokuseret plukkestil har behov for, at behandlingen også fokuserer på de affektive tilstande, der udløser plukningen. Derfor er behandlere begyndt at inkorporere behandlingskomponenter, der beskæftiger sig med følelsesmæssig regulering, f.eks. acceptance-based terapi (ABT) og dialektisk adfærdsterapi (DAT).

Indledende undersøgelser af både ABT og DAT, hvor HRT indarbejdes, viste, at denne behandling reducerede både TTM-adfærd og psykologiske symptomer betydeligt, samt at effekten var uændret ved tremåneders opfølgning [26, 27].

PRAKTISKE VIDENSKABELIGE PERSPEKTIVER

Artiklen beskriver den eksisterende viden om TTM og dens behandling. Der mangler forskning særligt i forhold til prævalens uden for USA og i behandling af særligt børn og unge. For at kunne skabe en standardiseret og virksom behandling af TTM er det nødvendigt med grundlæggende bred forskning, også i Skandinavien.

Yderligere er det vigtigt, at almen praksis, speciallæger og psykiatrien samarbejder og udveksler erfaringer for at beskrive TTM bedst muligt og blive opmærksomme på børn og unge med denne lidelse, inden deres forløb bliver kronisk.

Korrespondance *Meike Bohn*. E-mail: meiboh@rm.dk

Antaget 24. marts 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 9. maj 2022

Interessekonflikter ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V11210829

SUMMARY

Trichotillomania

Meike Bohn, Per Hove Thomsen & Judith Becker Nissen

Ugeskr Læger 2022;184:V11210829

Trichotillomania (TTM) is associated with great psychosocial impairment and reduced quality of life and the lifetime prevalence is 1-3 %. The purpose of this review is to give an up-to-date overview of TTM. It describes the genesis and epidemiology of trichotillomania (TTM), including prevalence in terms of age and gender. The knowledge on the aetiology, phenomenology, and comorbidity of TTM is reviewed. The state of treatment options and implications, the effect of these and the clinical and research related perspectives are presented.

REFERENCER

1. Woods DW, Houghton DC. Diagnosis, evaluation, and management of trichotillomania. Psychiatr Clin North Am. 2014;37(3):301-17.
2. Franklin ME, Zagrabbe K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert Rev Neurother. 2011;11(8):1165-74.
3. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR et al. Trichotillomania: a current review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):181-93.
4. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME et al. Cross-sectional study of women with trichotillomania: a preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. Child Psychiatry Hum Dev. 2009;40(1):153-67.
5. WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. udgave. ed. 2020, Munksgaard Danmark.
6. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE et al. A twin concordance study of trichotillomania. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2009;150G(7):944-9.

7. Boardman L, van der Merwe L, Lochner C et al. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. Compr Psychiatry. 2011;52(2): 181-7.
8. Mansueto CS et al. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. Clin Psychol Rev. 1997;17(5):567-77.
9. Christenson GA, Ristvedt SL, Mackenzie TB. Identification of trichotillomania cue profiles. Behav Res Ther. 1993;31(3):315-20.
10. Flessner CA, Conelea CA, Woods DW et al. Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. Behav Res Ther. 2008;46(3):345-57.
11. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME et al. The trichotillomania impact project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. J Clin Psychiatry. 2006;67(12):1877-88.
12. Wright HH, Holmes GR. Trichotillomania (hair pulling) in toddlers. Psychol Rep. 2003;92(1):228-30.
13. Chamberlain SR. Phenomenology and epidemiology of trichotillomania. I: Grant JE, Potenza MN, red. The Oxford handbook of impulse control disorders. Oxford University Press, 2012:117-125.
14. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry. 1991;148(3):365-70.
15. Woods DW, Flessner C, Franklin ME et al. Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't know. Psychiatr Clin North Am. 2006;29(2): 487-501, ix.
16. Franklin ME, Antinoro D, Benavides K. Diagnosis and evaluation: trichotillomania, skin picking, and other stereotypic behaviors in children. I: Grant JE, Stein DJ, Woods D et al. Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. American Psychiatric Publishing, 2012:113-128.
17. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. Depress Anxiety. 2010;27(6):611-26.
18. Franklin ME, Flessner CA, Woods DW et al. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. J Dev Behav Pediatr. 2008;29(6):493-500.
19. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ et al. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. Cogn Behav Ther. 2007;36(3):129-44.
20. Bouwer C, Stein DJ. Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview. Psychosom Med. 1998;60(5):658-60.
21. Lewin AB, Piacentini J, Flessner CA et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. Depress Anxiety. 2009;26(6):521-7.
22. Rothbaum BO, Ninan PT. The assessment of trichotillomania. Behav Res Ther. 1994;32(6):651-62.
23. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME et al. The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C): initial development and psychometric properties. Behav Modif. 2007;31(6):896-918.
24. Marcks BA, Wetterneck CT, Woods DW. Investigating healthcare providers' knowledge of trichotillomania and its treatment. Cogn Behav Ther. 2006;35(1):19-27.
25. Farhat LC, Olfson E, Nasir M et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: an updated systematic review with meta-analysis. Depress Anxiety. 2020;37(8):715-27.
26. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Fama Jeanne et al. DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: a randomized controlled trial. J Behav Addict. 2012;1(3):106-14.
27. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. Behav Res Ther. 2006;44(5):639-56.