
Trikotillomani

KLINISK OVERSIKT

SHIRIN OLGA ESKELAND

shirolin@hotmail.com

Søndre Oslo DPS

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Hun har bidratt med utarbeiding og revisjon av manuskriptet.

Shirin Olga Eskeland (f. 1973) er psykiater og hudlege og arbeider som avdelingsoverlege ved Søndre Oslo DPS under Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERNA MOEN

OCD-spekter poliklinikken

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Hun har veiledet, kommentert og kommet med forbedringer når det gjelder avsnittene om behandling.

Erna Moen (f. 1949) er utdannet psykiatrisk sykepleier og kognitiv terapeut og veileder. Hun har jobbet med behandling av tvangslidelser og trikotillomani ved tidligere Angst- og tvangslidelsespoliklinikken ved Gaustad (nå OCD-spekter poliklinikken), Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Hun var initiativtaker til, og administrativt ansvarlig i, det norske trikotillomaniprojektet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENJAMIN HUMMELEN

Seksjon for behandlingsforskning

Avdeling for forskning og utvikling

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Oslo universitetssykehus

Han bidro med ideen til artikkelen og veiledet hele prosessen med skriving av artikkelen.

Benjamin Hummelen (f. 1967) er psykiater og ph.d. og jobber som seniorforsker ved Seksjon for behandlingsforskning, Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Han er prosjektleder for det norske trikotillomaniprojektet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trikotillomani, eller hårnappingslidelse, er en psykisk lidelse som typisk rammer i ungdomsårene og har et kronisk forløp. Tilstanden er ofte ledsaget av betydelige begrensninger i livsutfoldelsen. Komorbiditet med depresjon og angstlidelser er vanlig.



Hårtap som følge av trikotillomani er som oftest reversibelt. Denne kvinnen hadde nappet i over ti år og fikk bare delvis håret tilbake i dette området etter vellykket terapi. I slike tilfeller hører det hjemme med undersøkelse hos hudlege for å utelukke komorbid hudlidelse og andre former for alopecia areata. For øvrig er trikotillomani en diagnose som kan stilles hos fastlegen. Foto: Erna Moen

Sammenlignet med atferdsterapi har medikamenter beskjeden effekt på denne lidelsen. De fleste pasientene responderer på atferdsterapi, hvor over halvparten oppnår remisjon. Mange helsearbeidere er uvitende om hårnappingslidelse, både når det gjelder forekomst og behandlingsmuligheter.

Trikotillomani (gresk for thrix: hår, tillein: plukke og mania: galskap/entusiasme) er beskrevet i litteraturen allerede før den franske dermatologen François Henri Hallopeau (1842–1919) i 1889 ga navn til tilstanden. En mer moderne betegnelse er hårnappingslidelse (hair pulling

disorder), som benyttes i det amerikanske diagnosesystemet *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (1). Hårnappingslidelse i DSM-5 samsvarer i stor grad med diagnosen trikotillomani i den tiende utgave av *International Classification of Disease* (ICD-10) (2): «Lidelse kjennetegnet av merkbart hårtap som følge av gjentatt manglende kontroll over impulsen til å nappe ut hår.»

Hårnapping som bedre kan forstås som ledd i en hudlidelse, en annen alvorlig psykisk lidelse eller med målsetting om å forbedre utseendet, gir ikke grunnlag for diagnosen trikotillomani.

Forekomst og klinisk presentasjon

I den største prevalensstudien til dags dato, en screening av 2 534 studenter, fant man en livstidsprevalens for trikotillomani på 0,6 %, etter kriterier som omfatter et krav om spenning som forløses ved hårnapping (3). Det viste seg at flere som sliter med hårnapping, ikke kjenner seg igjen i dette kriteriet, som derfor er fjernet i DSM-5, men fremdeles gjelder for ICD-10 (4). Basert på oppmykede kriterier i DSM-5 antyder en screening av 339 medisinstudenter en livstidsprevalens for trikotillomani på nærmere 2,4 % og en punktprevalens på 1,2 % (4).

Trikotillomani synes å forekomme dobbelt så hyppig blant kvinner som hos menn (4, 5). Med økende symptombyrde og alvorlighetsgrad øker andelen menn som er rammet (5). Debut er typisk i ungdommen, og trikotillomani har som regel et kronisk svingende forløp (5). Barn ned i to–tre års alder kan også rammes, oftere med avgrensede forløp forbundet med ytre belastninger og situasjon (5).

Hårene nappes oftest ett og ett med fingrene («pinsettgrep»), hovedsakelig fra hodebunnen. I annen rekke nappes øyevipper, øyebryn og kroppshår og noe sjeldnere kjønnshår. Noen pasienter kan bruke flere timer om dagen på hårnapping. Ledsagende ritualer kan omfatte å stryke det nappede håret over leppene, nøye inspeksjon og tygging av hårroten og håret. Hårnappingen kan føre til sårddanning i hodebunnen og muskel- og spenningssmerter, mens tygging av hår kan gi tannskader. Det er anslått at 5–18 % av pasienter med trikotillomani svelger hårene de napper (5). Det regnes likevel som ganske sjelden at håransamlinger i magesekk/tarm (trikobesoarer) forårsaker obstruksjon med behov for akutt kirurgi (5).

Psykopatologi og komorbiditet

Hårnappingen skjer som regel i det skjulte, selv om nære pårørende ofte legger merke til atferden. Nappingen kan anta forskjellige former, avhengig av årsak og situasjon (5). Ved automatisk hårnapping blir hårene typisk nappet i en tilstand av uoppmerksomhet, som ved lavt aktivitetsnivå, f.eks. ved TV-titting eller lesing. Fokuseret hårnapping skjer mer bevisst, og med tvangspreg. Denne typen hårnapping er ofte utløst av negative følelser, en intens tanke omkring

eller trang til napping, eller et forsøk på å skape symmetri (6). Høy grad av unngåelse i forhold til uønskede tanker eller følelser er blitt assosiert med høyere symptomtrykk av trikotillomani (6).

Problemer med å regulere følelser, svekket impuls kontroll og destruktive strategier for selvregulering illustrerer at trikotillomani har fellestrekk med rus- og spilleavhengighet, spiseforstyrrelser, personlighetsproblematikk og selvskading. De skadelige følgene av hårnapping kan være mindre åpenbare, men tilstanden er forbundet med betydelig psykososial belastning og funksjonshemming (5). Mange unngår vanlige fritids- og sosiale aktiviteter for å holde hårtapet skjult. Andre går så langt at de avstår fra intime relasjoner eller isolerer seg fra omverden.

Opplevelser av manglende kontroll, skam og nederlag kan gi grobunn for angst og depresjon som igjen forverrer hårnappingen, og det skapes en ond sirkel. Komorbiditet i form av avhengighet, angstlidelser, depresjon og hudplukkingslidelse er vanlig ved trikotillomani. I en studie med 85 pasienter hadde 39 % komorbid psykisk lidelse, mens andelen var 79 % når man også så på tidligere psykisk sykehistorie (7).

Etiologi og genetik

I DSM-5 er hårnappingslidelse (trikotillomani) plassert i kapitlet om obsessiv-kompulsive relaterte lidelser. Her figurerer også hudplukkingslidelse, som i likhet med trikotillomani omfatter kroppsfokusert repetitiv atferd. Tvillingundersøkelser tyder på at disse lidelsene genetisk er nært beslektet, samtidig som de har noen genvarianter til felles med obsessiv-kompulsiv lidelse (5, 8).

I musemodeller er trikotillomanilignende atferd fremavlet ved deaktivering av enkelte gener, blant annet *SAPAP3*-genet som koder for proteiner som er involvert i postsynaptiske transmittersystemer (5). Det er beskrevet en overhyppighet av polymorfismer forbundet med et mindre funksjonelt *SAPAP3*-gen både hos pasienter med trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse (5). Når det gjelder betydningen av miljøfaktorer, er både trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse blitt satt i sammenheng med omsorgssvikt, spesielt mangel på følelsesmessig ivaretagelse (5).

Det foreligger en rekke bildediagnostiske studier av trikotillomani, men på dette feltet har man ikke kommet langt nok til at resultater gir mening i en klinisk sammenheng. I en metaanalyse av totalt 76 pasienter og 41 kontroller antydte man fortykket hjernebark i høyre frontallapp hos pasienter med trikotillomani (9). Dette skiller seg fra funn av fortykket hjernebark ved obsessiv-kompulsiv lidelse og kan tyde på at trikotillomani og obsessiv-kompulsiv lidelse ikke er like beslektet som tidligere antatt.

Medikamentell behandling

Komorbiditet i form av angst og depresjon og likhetstrekk med obsessiv-kompulsiv lidelse har inspirert forskrivning av antidepressiver for trikotillomani. Sammenlignet med atferdsterapi er imidlertid medikamentelle intervensjoner underlegne med hensyn til effekt [\(10\)](#).

I en metaanalyse av syv kontrollerte randomiserte studier av atferdsterapi og seks av antidepressiver fant man gjennomsnittlig god effektstørrelse for atferdsterapi (1,41) og lav til moderat effektstørrelse for antidepressiver (0, 41) [\(10\)](#). I studiesammenheng er antidepressiver gitt over 10–12 uker, og det er usikkert om effekten vedvarer over tid. I en rekke mindre ikke-kontrollerte studier og enkeltpasientrapporter har man beskrevet reduksjon i symptomtrykk i forbindelse med medisiner med litium, haloperidol og dronabinol ved trikotillomani [\(11\)](#). I en randomisert placebokontrollert studie med totalt 25 pasienter fant man signifikant effekt av olanzapin [\(11\)](#).

Man har rettet søkelyset mot aminosyren N-acetylcystein, som er en glutamatmodulator, og som har vist klinisk effekt i en randomisert placebokontrollert studie med totalt 50 voksne pasienter [\(11\)](#). Funnene har ikke latt seg replikere hos barn og ungdom med trikotillomani [\(11\)](#).

Atferdsterapi

Atferdsterapi, i form av såkalt vaneendringstrening med stimuluskontroll (heretter betegnet vaneendringstrening), ble opprinnelig utviklet for å behandle tics og stamming [\(12\)](#). Ved vaneendringstrening lærer pasienter å bli mer oppmerksomme på hårnappingen. Deretter trener man på å utføre en konkurrerende respons, for eksempel å gjøre noe som innebærer at det blir fysisk vanskelig å gi etter for en impuls til å nappe. Dette kan for eksempel være å holde fingrene rundt tomlene og holde fast i ett minutt. Stimuluskontroll er et ledd i behandlingen og handler om å identifisere og endre forhold ved omgivelsene som fasiliterer hårnapping, for eksempel å fjerne stoler med armlener.

Vaneendringstrening er effektivt både for barn og voksne med trikotillomani [\(10\)](#). Placebosituasjonen i studier av atferdsterapi varierer fra å gi en annen type atferdsintervensjon til ventelistekontroll. Treningen foregår typisk ukentlig over 6–10 uker. Selv om responsen ofte er meget god, er det imidlertid få som blir helt kvitt sin hårnapping med behandling. Det er rapportert 64–100 % respondere [\(5\)](#). Den lengste oppfølgingsstudien tyder på tilbakefall hos 70 % av disse, to år etter behandlingen er avsluttet [\(5\)](#).

Forsterket vaneendringstrening

Problemet med tilbakefall har inspirert forsterkningen av vaneendringstrening med psykologiske intervensjoner. Randomiserte placebokontrollerte studier av vaneendringstrening, forsterket med henholdsvis dialektisk atferdsterapi [\(13\)](#) og aksept- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment therapy) [\(14\)](#), har vist bedre effekt og resultater over tid (seks måneder) enn

vaneendringstrening alene (13, 15). Det er funnet samvariasjon mellom reduksjon i hårnappingsymptomer og økt kapasitet til å regulere følelser i forløpet av behandlingen (13).

Dialektisk atferdsterapi og aksept- og forpliktelsesterapi omtales gjerne som del av en «tredje bølge» innen kognitiv atferdsterapi. Mens man i klassisk kognitiv terapi legger vekt på å forstå, men ikke la seg styre av, feilslutninger eller tankeinnhold, har man i dialektisk atferdsterapi og aksept- og forpliktelsesterapi et større søkelys på aksept og toleranse for følelser fremfor flukt fra følelser.

Vaneendringstrening og forsterket vaneendringstrening for trikotillomani er i all hovedsak studert i individuell behandling, selv om gruppeterapi står sentralt i moderne kognitiv atferdsterapi for andre lidelser. Identifisering, samhold og medfølelse med medpasienter kan gi gruppebehandling terapeutiske fordeler, spesielt knyttet til reduksjon av skam og opplevelsen av å være annerledes.

I en åpen norsk naturalistisk studie har man funnet at vaneendringstrening forsterket med aksept- og forpliktelsesterapi i gruppe kan være mer effektivt enn individuell terapi, med 90 % av 53 pasienter i remisjon ved avsluttet behandling, og 60 % av disse beholdt bedringen etter ett år (15).

Konklusjon

Tilgang til informasjon er radikalt endret med internett, og pasienter med trikotillomani vet derfor i økende grad at de ikke er alene. Likevel kan skam og unnvikelse gjøre det vanskelig å oppsøke hjelp. Det er derfor viktig at helsearbeidere kan fange opp lidelsen og ta den på alvor. Både for pasienten og legen kan det være vanskelig å forstå at vanlige anstrengelser for å stoppe hårnapping ikke fører frem. Det er nødvendig å lære en helt annen måte å forholde seg til hårnappingstrangen, og metoden krever opplæring. Forekomst tilsier at behandlingen bør være tilgjengelig i den enkelte helseregionen, både i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien. Det er i dag bare Oslo universitetssykehus og St. Olavs hospital som tilbyr spesialisert behandling for trikotillomani.

I fremtiden vil det være nyttig å avklare relasjonen mellom trikotillomani og komorbiditeter, og å undersøke hvorvidt ledsagende psykiske lidelser svarer på behandlingen for hårnapping. Dersom forsterket vaneendringstrening viser seg å være like effektiv når den gis i grupper som individuelt, kan ressursene utnyttes bedre, og flere kan få hjelp.

LITTERATUR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

2. World Health Organization. The ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
3. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 415 - 7. [PubMed]
4. Grzesiak M, Reich A, Szepietowski JC et al. Trichotillomania among young adults: prevalence and comorbidity. *Acta Derm Venereol* 2017; 97: 509 - 12. [PubMed][CrossRef]
5. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR et al. Trichotillomania: A current review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 181 - 93. [PubMed][CrossRef]
6. Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 17 - 24. [PubMed][CrossRef]
7. Houghton DC, Maas J, Twohig MP et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Res* 2016; 239: 12 - 9. [PubMed][CrossRef]
8. Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 182 - 9. [PubMed][CrossRef]
9. Chamberlain SR, Harries M, Redden SA et al. Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain Imaging Behav* 2017. [PubMed][CrossRef]
10. McGuire JF, Ung D, Selles RR et al. Treating trichotillomania: a meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 76 - 83. [PubMed][CrossRef]
11. Johnson J, El-Alfy AT. Review of available studies of the neurobiology and pharmacotherapeutic management of trichotillomania. *J Adv Res* 2016; 7: 169 - 84. [PubMed][CrossRef]
12. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther* 1973; 11: 619 - 28. [PubMed][CrossRef]
13. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Fama J et al. DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *J Behav Addict* 2012; 1: 106 - 14. [PubMed][CrossRef]
14. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006; 44: 639 - 56. [PubMed][CrossRef]

15. Haaland ÅT, Eskeland SO, Moen EM et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: an effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2017; 12: 109 - 16. [CrossRef]

Publisert: 12. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0599

Mottatt 5.7.2017, første revisjon innsendt 29.1.2018, godkjent 13.3.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juni 2026.