



# **Algengi húðkroppunaráráttu og líkamsmiðaðra áráttuhegðana meðal íslenskra háskólanema**

Ástríður Halldórsdóttir

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Háskóli Íslands  
Félagsvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Algengi húðkroppunaráráttu og líkamsmiðaðra  
áráttuhegðana meðal íslenskra háskólanema

Ástríður Halldórsdóttir

Kt.190280-619

Lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf

Umsjónarkennari: Halldór S. Guðmundsson

Leiðbeinandi: Ívar Snorrason

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Ástríður Halldórsdóttir

Prentun: Samskipti

Reykjavík, Ísland 2012

## Útdráttur

Rannsókn var gerð til að kanna algengi húðkroppunaráráttu og fjögurra annarra líkamsmiðaðra áráttuhegðana meðal íslenskra háskólanema. Rannsóknin náði til 261 þátttakenda, 208 kvenna (79,7%) og 53 karla (20,3%). Aflað var upplýsinga meðal þátttakenda um fimm tegundir líkamsmiðaðra áráttuhegðana, þ.e. húðkroppunar, nögun nagla, nögun innan úr kinnum, hárreyti og fikti í hári. Til að meta húðkroppun og hárreyti voru lagðir fyrir sjálfsmatskvarðarnir: Húðkroppunarkvarðinn (íslensk þýðing á *Skin Picking Scale*), og Hárreytikvarðinn (íslensk þýðing á *The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale*). Til að meta naglanag, nögun innan úr kinnum og hárfikt var annars vegar Húðkroppunarkvarðinn aðlagður að hegðun sem tengist naglanagi og að naga innan úr kinnum og hins vegar Hárreytikvarðinn aðlagður að hegðun sem tengist hárfikti. Í heild bentu niðurstöður til að 21,7% þátttakenda væru með eina eða fleiri líkamsmiðaða áráttuhegðun. Niðurstöður sýndu að 5% þátttakenda náðu greiningarviðmiðum fyrir húðkroppun, 8,5% fyrir að naga neglur, 4,6% fyrir að naga innan úr kinnum, 5,6% fyrir hárreyti og 3,6% fyrir hárfikt. Niðurstöðurnar eru bornar saman við niðurstöður erlendra athugana á algengi líkamsmiðaðra áráttuhegðana og rædd möguleg tengsl þessara áráttuhegðana.

Efnisorð: Húðkroppunarárátta, líkamsmiðuð árátta, DSM, klínísk einkenni.

## Formáli

Verkefni þetta er lokaverkefni í BA-námi í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ég fékk hugmyndina af verkefninu þegar ég las grein Ívars Snorrasonar um húðkroppunaráráttu í Tímariti Sálfræðingafélagsins árið 2008. Ég vil þakka þátttakendum fyrir að gefa sér tíma til að svara spurningalistunum mínum. Ég vil þakka umsjónarkennara mínum Halldóri S. Guðmundssyni, lektor við félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands, Ívari Snorrasyni, leiðbeinanda mínum og fjölskyldu minni fyrir leiðsögn og stuðning. Ég tileinka verkefninu ömmu minni, Ástu Bjarnadóttir.

# Efnisyfirlit

Útdráttur.....	4
Formáli.....	5
Inngangur.....	9
<b>1 Húðkroppunarárátta.....</b>	<b>10</b>
1.1 Klínísk einkenni.....	11
1.2 Algengi.....	13
1.3 Tími.....	13
1.4 Áverkar.....	14
1.5 Sálfélagslegar afleiðingar.....	14
1.6 Aldur við upphaf vandans.....	15
1.7 Kyn.....	16
1.8 Skilgreining.....	16
<b>2 Líkamsmiðaðar árátur.....</b>	<b>18</b>
<b>3 Aðferð.....</b>	<b>21</b>
3.1 Þátttakendur.....	21
3.2 Framkvæmd.....	21
<b>4 Mælitæki.....</b>	<b>22</b>
4.1 Húðkroppunarkvarðinn ( <i>Skin Picking Scale</i> ).....	22
4.2 Mæling á hegðuninni að naga neglur ( <i>onychophagia</i> ) og að naga innan úr kinnum.....	23
4.3 Hárreytikvarðinn ( <i>The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale</i> ).....	23
4.4 Mæling á hárfikti.....	23
4.5 Tölfræðiúrvinnsla.....	24
<b>5 Niðurstöður.....</b>	<b>25</b>
5.1 Húðkropp.....	27
5.1.1 Tíðni á viku.....	27
5.1.2 Aldur við upphaf vandans.....	27
5.1.3 Sjáanlegur skaði.....	27
5.1.4 Staðsetning.....	27
5.2 Nögun nagla.....	29
5.2.1 Tíðni á viku.....	29

5.2.2	Aldur við upphaf vandans.....	29
5.2.3	Sjáanlegur skaði.....	29
5.3	Nögun innan úr kinnum .....	30
5.3.1	Tíðni á viku.....	30
5.3.2	Aldur við upphaf vandans.....	31
5.3.3	Sjáanlegur skaði.....	31
5.4	Hárreyti .....	32
5.4.1	Tíðni á viku.....	32
5.4.2	Aldur við upphaf vandans.....	33
5.4.3	Sjáanlegur skaði.....	33
5.4.4	Staðsetning .....	33
5.5	Hárfikt.....	33
5.5.1	Tíðni á viku.....	33
5.5.2	Aldur við upphaf vandans.....	34
5.6	Skipting þátttakenda sem uppfylla greiningarviðmið .....	34
	<b>Umræða .....</b>	<b>35</b>
	<b>Heimildaskrá .....</b>	<b>42</b>

## Töflur

Tafla 1. Lýsandi tölfræði.....	25
Tafla 2. Húðkropp .....	26
Tafla 3. Nögun nagla .....	28
Tafla 4. Nögun innan úr kinnum .....	30
Tafla 5. Hárreyti .....	32
Tafla 6. Hárfikt.....	33
Tafla 7. Fjöldi og hlutfall þátttakanda með líkamsmiðaðar áráttur.....	34



## Inngangur

Flestir kannast við að kroppa eða fíkta í húðinni og sum okkar kroppa meira en aðrir. Þegar kroppið er farið að valda einstaklingum líkamlegum, sálrænum og félagslegum vandkvæðum væri hægt að skilgreina hegðunina sem geðröskun, húðkroppunaráráttu. Sama á við um að naga neglur, naga innan úr kinnum, reyta hár og fíkta í hári. Þetta er eitthvað sem við höfum öll gert en hjá sumum verður þetta áráttu sem í alvarlegum tilvikum má skilgreina sem geðröskun (American Psychiatric Association, 2000; Stein o.fl., 2010). Allar eiga þessar áráttur það sameiginlegt að fjarlægja skinn eða hár með einum eða öðrum hætti af eigin líkama. Jafnframt leiða þær til líkamlegs skaða, vanlíðunar og skammar og geta haft áhrif á félagsstöðu og þar með félagslega færni einstaklingsins. Afleiðingarnar geta í verstu tilvikum leitt til félagslegrar einangrunar og til alvarlegra geðrænna erfiðleika (Arnold o.fl., 1998; Flessner og Woods, 2006; Wilhelm o.fl., 1999). Í ljósi þessa er þekking um eðli og orsakir þessara frávíka mikilvæg, frá læknisfræðilegu, sálfræðilegu og félagslegu sjónarmiði. Þá er þekking á algengi og tíðni líkamlegra áráttuhegðana ekki síður mikilvæg fyrir þá sem vinna í félagslegri þjónustu og eru í tengslum við fólk sem á í erfiðleikum vegna félagslegrar einangrunar, en það er einmitt ein afleiðing líkamsmiðara áráttuhegðana. Í þessari rannsókn er ljósi beint að algengi ofangreindra áráttuhegðana meðal háskólanema.

Kveikjan að áhuga rannsakanda á líkamsmiðuðum áráttuhegðunum voru kynni af rannsóknum á húðkroppunaráráttu. Fleiri rannsóknir hafa verið gerðar á húðkroppunaráráttu heldur en öðrum líkamsmiðuðum áráttum. Í rauninni hafa fáar rannsóknir verið gerðar á öðrum líkamsmiðuðum áráttum og þar með lítið vitað um þær (Teng, Woods, Twohig og Marcks, 2002). Af þeirri ástæðu verður fjallað með ítarlegri hætti um húðkroppunaráráttu (*Pathological Skin Picking*), m.a. í ljósi fyrri rannsókna. Gerð verður grein fyrir klínískum einkennum áráttunnar, algengi, afleiðingum og framvindu. Þá verður húðkroppunaráráttu skoðuð með hliðsjón af nýlegri kenningu um tengsl annarra líkamsmiðaðra áráttuhegðana (*Body Focused Repetitive Behaviour*) en meðal þeirra eru nöggun nagla, naga innan úr kinnum, hárreyti og fíkt í hári. Rætt verður um hvort ástæða sé til að flokka allar líkamsmiðaðar áráttur undir sama hatt.

Erlendar rannsóknir hafa hingað til einblínt á lítil klínísk úrtök einstaklinga, þegar greinda með húðkroppunaráráttu (Ívar Snorrason, 2008). Færri rannsóknir hafa verið gerðar á stærri þýðum. Athygli vekur að mjög fáar nýjar rannsóknir fjalla um jafn algenga áráttu og

að naga neglur og erfitt er að nálgast nýlegar upplýsingar um algengi nöggun nagla meðal fullorðinna. Nokkrar nýlegar rannsóknir hafa verið gerðar erlendis á líkamsmiðuðum áráttum meðal háskólanema og er þekking okkar á þessum áráttuhegðunum fyrst og fremst að aukast í tengslum við þær rannsóknir (Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer, og Jenike, 2002; Çalikuşu, Kucukgoncu, Tecer og Bestepe, 2011; Keuthen o.fl., 2002). Spurningalistarannsóknir meðal háskólanema gefa til kynna að hátt hlutfall háskólastúdenta kroppi í húðina þannig að það valdi skaða, vanlíðan og/eða hamli starfshæfni. Engar rannsóknir hafa verið gerðar hér á landi til að meta algengi líkamsmiðaðra áráttuhegðana, hvorki húðkroppunaráráttu né annarra áráttuhegðana sem hér hafa verið nefndar. Í þessari rannsókn er tíðni húðkroppunaráráttu og annarrar líkamsmiðaðrar áráttu 267 nemanda við Háskóla Íslands skoðuð.

## 1 Húðkroppunarárátta

Húðkroppunarárátta (*pathological skin picking*) hefur verið nefnd ýmsum nöfnum og fengið margar skilgreiningar af sérfræðingum í gegnum tíðina. Hún hefur meðal annars verið nefnd *skin picking disorder*, *psychogenic /neurotic excoriation*, *acne excoriée*, *compulsive/ chronic/ self injurious skin picking*, *dermatotillomania* og *self inflicted/neurotic dermatosis* (Ívar Snorrason, 2008; Wilhelm, 1999). Fyrstu skilgreiningar á kvillanum voru gerðar af húðlæknum og var fyrst minnst á hann árið 1875 þegar Erasmus Wilson tók eftir að taugaveiklaðir sjúklingar hans kroppuðu óhóflega í húð sína og nefndi hann athæfið „*neurotic excoriations*” (Freunsgaard og Hjortshoej, 1982). Húðlæknar gerðu sér grein fyrir að þessi kvilli stafaði oftast en ekki af geðrænum vandkvæðum frekar en lífrænum orsökum og að sjúklingarnir kroppuðu margir meira undir álagi og/eða vegna tilfinninglegs uppnáms (Griesmer, 1978). Geðlæknar og sálfræðingar hafa í seinni tíð fengið aukinn áhuga á fyrirbærinu og rannsakað kvillann undir ýmsum formerkjum, s.s. hvatvísiröskun (*impulse control disorder*), snyrtiárátta (*grooming disorder*), staglhreyfiröskun (*stereotypic movement disorder*) og áráttu- og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder*) (Çalikuşu o.fl., 2011).

Húðkroppunarárátta var fyrst skilgreind í greiningarkerfi bandarísku geðlæknasamtakanna fyrir geðræn vandkvæði (*DSM-IV-TR*) árið 2000 og fellur þar undir yfirflokkinn „hvatvísiraskanir ekki flokkaðar annars staðar“ (*impulse-control disorders not*

*elsewhere classified*) (DSM-IV; APA, 2000). Húðkroppunarárátta er þó ekki sérstök greining innan flokksins og hefur hvorki sérstakt nafn né greiningarviðmið. Í þessum flokki eru einnig stelsýki (*kleptomania*), spilafíkn (*pathological gambling*), bráð árásarhneigð (*intermittent explosive behavior*), íkveikjuæði (*pyromania*) og hárreytiárátta (*trichotillomania*). Þar að auki hefur þessi yfirflokkur undirflokk sem kallast „ótilgreind hvatvísiröskun“ (*impulse control disorder not otherwise specified*). Þessi undirflokkur er ætlaður ýmis konar hvatvísiröskunum sem falla ekki í neinn af hinum flokkunum. Vegna þess að húðkroppun hefur ekki sérstakan flokk hafa menn stundum sett hana í þennan flokk. Nefnd á vegum amerísku geðlæknasamtakanna (*American Psychiatric Association, APA*) hefur mælt með því að húðkroppun fái eigin flokk (Stein o.fl., 2010). Einkenni hvatvísiraskana eru vanhæfni til að hemja hvatir sem gætu leitt til skaðlegs athæfis. Einstaklingur fremur athæfið til að upplifa vissa spennulosun eða sefjun á meðan á henni stendur. Oft upplifir einstaklingur sektarkennd og eftirsjá eftir verknað (Spiegel og Finklea, 2009).

Í flokkunarkerfinu *International Classification of Diseases (ICD-10)* er húðkroppunarárátta ekki tekin fram sérstaklega heldur gæti flokkast undir staglhreyfiröskun eða ótilgreind hvatvísiröskun (Stein o.fl., 2010; World Health Organization, 2011).

### **1.1 Klínísk einkenni**

Klínísk einkenni húðkroppunarárátta eru óhóflegt kropp, kreist, klór, nudd og fikt í húðinni. Einstaklingar nota oftast fingurna til að kroppa en einnig hjálpartæki, svo sem tennur, flísatöng, nálar, naglapjalir og hnífa, yfirleitt með þeim afleiðingum að sár verða til (Arnold o.fl., 1998; Odlaug og Grant 2008; Keuthen o.fl., 2000; Wilhelm o.fl., 1999). Einstaklingur finnur sér ákjósanlegan stað til að kroppa með því að renna augum eða fingrum yfir húð og leitar af misfellum svo sem bólum, sárum, örum, skordýrabitum, hrúðri, þurrki, sýktu svæði, flösu, vörtum, fæðingarblettum og siggi (Arnold o.fl., 1998; Fruensgaard, 1984) en einnig verður heilbrigð húð fyrir valinu (Keuthen o.fl., 2000). Einstaklingur getur líka fundið fyrir kláða, sviða, hita og þurrk á húðinni sem hann verður að kroppa eða klóra í. Þau svæði á líkamanum sem mest eru kroppuð eru svæði sem auðvelt er að ná til s.s. andlit, handleggir, herðar og fótleggir (Arnold, Auchenbach og McElroy, 2001; Keuthen, Wilhelm, Fraim og O'Sullivan, 2001). Andlitið er þó lang algengasta svæðið sem er kroppað samkvæmt klínískum rannsóknum (Arnold o. fl., 1998; Dell'Osso, Altamura, Allen, Marazziti og Hollander, 2006; Flessner og Woods, 2006; Odlaug og Grant, 2008; Simeon o.fl., 1997;

Wilhelm o.fl., 1999) en einnig í almennu þýði (Bohne o.fl., 2002; Keuthen o.fl., 2000). Einstaklingar haldnir húðkroppunaráráttu geta einnig átt til að kroppa í aðra en sjálfan sig (Phillips og Taub, 1995).

Einstaklingur haldinn kvíllanum getur haldið sig við einn ákjósanlegan stað eða kroppað á mörgum mismunandi stöðum (Dell’Osso o. fl., 2006). Oft er einu svæði leyft að hvíla sig vegna sýkingar eða sára á meðan annað svæði er tekið fyrir (Arnold o.fl.,1998; Odlaug og Grant, 2008) . Sumir kroppa alltaf í sömu svæðin og leyfa þeim því aldrei að gróa til fulls. Aðrir kroppa allstaðar á líkamanum og eru því með mörg sár um allan líkamann sem geta skipt hundruðum. Sárin geta litið mismunandi út, allt frá því að vera blæðandi sár yfir í það að vera hrúður og ör (Ívar Snorrason, 2008).

Þeir sem eru haldnir húðkroppunaráráttu greina frá að þeir kroppi sem mest þegar þeir eru í ákveðnu tilfinningaástandi. Kvíði og áhyggjur geta ýtt undir kroppið en einnig getur kroppið fyllt upp í tómarúm þegar einstaklingi finnst honum leiðast eða vanta örvun. Sumir sem kroppa tala um að þeir fari í ákveðna leiðslu (*trans*) og missa því um leið tímaskyn, þ.e.a.s. kroppa í marga klukkutíma án þess að taka eftir því. Flestir finna fyrir ánægju, ró eða örvun á meðan kroppinu stendur og finna ekki fyrir sársauka þótt þeir kroppi sár á húðina. Einnig greindu margir frá vanlíðan og skömm eftir kroppið fyrir að geta ekki hætt þrátt fyrir að vilja það (Arnold o.fl., 1998; Wilhelm o.fl., 1999). Flestir tala um að þeir séu fyllilega meðvitaðir um að þeir séu að kroppa í húðina og sumir ákveða stað og stund til að kroppa og fara til að mynda beint heim eftir vinnu til að kroppa (Golomb o.fl.,2011). Stundum er kroppið einnig ómeðvitað og einstaklingarnir kroppa á meðan þeir eru að horfa á sjónvarpið, lesa eða keyra og gera þeir sér litla grein fyrir því (Odlaug og Grant, 2007).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að þeir sem eru haldnir húðkroppunaráráttu sýna öðruvísi hegðunarmynstur og þankagang en þeir sem kroppa hóflega. Í rannsókn Keuthen og félaga (2000), þar sem háskólanemar voru bornir saman við klínískt úrtak einstaklinga haldna húðkroppunaráráttu, kom fram að þeir sem kroppa húð óhóflega eyða meiri tíma í að kroppa, kroppa fleiri svæði á líkamanum, kroppa þannig að sjáanlegir áverkar verða til og eru líklegri til að nota áhöld við að kroppa en þeir sem kroppa hóflega. Einstaklingar haldnir áráttunni upplifa einnig meiri spennu og örvun fyrir verknaðinn og meiri ánægju á meðan verknaðinum stendur. Eftir verknaðinn eru meiri líkur á að einstaklingur haldin húðkroppunaráráttu finni fyrir meiri skömm og meiri verkjum í sárum eftir húðkropp.

## 1.2 Algengi

Meirihluti rannsókna sem hafa verið gerðar á húðkroppunaráráttu hafa verið gerðar á klínísku þýði. Þær rannsóknir sýna að 2% af sjúklingum sem undirgangast meðferð hjá húðsjúkdómalæknum greinast með áráttuna (Griesmer, 1978). Rannsókn Grant, Williams og Potenza (2007) á unglíngum innlögðum á geðdeild sýndi að 11,8% þeirra uppfylltu greiningarviðmið fyrir húðkroppunaráráttu. Í rannsókn Keuthen, Koran, Aboujaoude, Large og Serpe (2010) kom fram að tíðni húðkroppunar í almennu þýði (*community sample*) var 1,4% og í svipaðri rannsókn Hayes, Storch og Berlanga (2009) var niðurstaðan um 5,4%. Spurningalistakannanir meðal háskólanema gefa til kynna að 2,2 % til 3,8% kroppa þannig að það veldur vanlíðan og truflun á starfshæfni þeirra (Bohne o.fl., 2002; Keuthen o.fl., 2000).

## 1.3 Tími

Einkennandi fyrir einstakling haldinn húðkroppunaráráttu er að eyða töluvert meiri tíma í verknaðinn en sá sem ekki er haldinn kvíllanum. Í rannsókn Odlaug og félaga (2007) á 60 einstaklingum höldnum áráttunni kom fram að þeir eyddu að meðaltali 107,6 mínútum á dag að kroppa í húðina. Sumir einstaklingarnir eyddu allt að sex til átta klukkutímum í athæfið. Í öðrum rannsóknum kom fram að þeir sem eru mjög illa haldnir af kvíllanum geta eytt allt að 12 klukkustundum á sólahring í að kroppa í húðina (Arnold o.fl., 1998; Phillips og Taub, 1995; Wilhelm o.fl., 1999).

Það er mismunandi hvenær fólki finnst hentugast að kroppa í húðina en rannsóknir hafa sýnt að fólk kroppar mest í húðina þegar það er einsamalt og á kvöldin (Arnold o.fl., 1998). Einstaklingar haldnir kvíllanum kroppa yfirleitt í stuttum lotum yfir daginn en einnig kemur fyrir að kroppað sé samfelld í marga klukkustundir. Sumir einstaklingar segjast einnig kroppa í svefni (Singareddy, Moin, Spurlock, Merritt-Davis og Uhde, 2003).

Fólk getur verið haldið kvíllanum í mörg ár og jafnvel áratugi. Í einni rannsókn kom fram að meðal árafjöldi sem einstaklingar höfðu kroppað var 21 ár (Wilhelm o.fl., 1999). Flestir sem kroppa í húðina gera það samfleytt í mörg ár en til eru dæmi þar sem einstaklingar hafa tekið sér mánaðarhlé, jafnvel um árabíl en byrjað svo aftur (Arnold o.fl., 2001).

## 1.4 Áverkar

Þeir sem eru með húðkroppunaráráttu eru yfirleitt með áverka á húðinni og geta með kroppinu valdið varanlegum skaða sem erfitt er að meðhöndla. Í rannsókn Odlaug og féлага (2008) á 60 manna klínísku úrtaki, greina þeir frá að allir í úrtakinu hafi verið með sjáanlega áverka á húðinni og 17 þeirra með djúp sár. Ör eftir gömul sár voru sjáanleg hjá 27 einstaklingum (45% af úrtakinu). Sjö einstaklingar (26%) höfðu farið í leysimeðferð eða húðslípun vegna öramyndanna. Algengt er að þeir sem haldnir eru áráttunni geri djúpar holur í húðina með kroppinu og einnig að húðin sýkist. Í sömu rannsókn Odlaug (2008) kom fram að 35% einstaklinganna höfðu fengið sýklalyfjameðferð vegna sýkinga í húð og tveir úr úrtakinu greindu frá að hafa fengið húðágræðslu vegna sára í andliti. Báðir þessir einstaklingar gengust undir aðgerðina oft en einu sinni vegna þráláts kroppis í svæðið þar sem nýja húðin var grædd á. Í verstu tilfellunum hafa einstaklingar haldnir húðkroppunaráráttu þurft að leggjast inn á spítala vegna kvillans (Flessner og Woods, 2006).

## 1.5 Sálfélagslegar afleiðingar

Húðkroppunaráráttu getur haft alvarlegar sálfélagslegar afleiðingar. Þeir sem kroppa óhóflega geta við fyrstu sýn litið út fyrir að vera með bóluvandamál eða húðsjúkdóm en þegar betur er gáð eru sárin áverka eftir kroppið (Simoen o.fl.,1997). Fólk haldið áráttunni er oft en ekki þakið sárum á líkamanum og þá sérstaklega í andlitinu (Wilhelm o. fl., 1999). Sumir reyna að fela áverkana með snyrtivörum, fötum eða plástrum til þess að aðrir sjái ekki ummerki áráttunnar. Í rannsókn Flessners og Woods (2006) sögðust þeir sem kroppuðu eyða um 160 dollurum árlega í föt eða snyrtivörur til að minnka sýnileika eða fela áverkana. Í sömu rannsókn kom að einstaklingar sem kroppa eyða um 6,650 dollurum í þjónustu sérfræðinga til að hjálpa sér að vinna á bug á kvillanum og til að minnka sýnileika áverkanna.

Það getur komið fyrir að einstaklingur sem kroppar forðist að fara út úr húsi vegna vanlíðunar yfir áverkum og áhyggjum af hvað öðrum mun finnast um útlit þeirra. Sumir fara aldrei í sund, stunda ekki íþróttir, heilsurækt eða koma sér í aðstæður þar sem annað fólk gæti séð áverkana. Aðrir reyna að forðast alla félagslega viðburði svo sem að fara á veitingahús eða fara í ferðalög (Flessner og Woods, 2006; Simoen o.fl.,1997). Sá sem kroppar getur átt „góða“ daga og „slæma“ og á slæmum dögum er hætta á að hann forðast allar félagslegar aðstæður og hann haldi sig heima við. Hann er þá haldinn mikilli vanlíðan vegna

útlitsins og hætta er á að viðkomandi festist í áráttunni, þ.e.a.s. hann kroppar út í eitt og getur ekki hætt þrátt fyrir að vilja það (Ívar Snorrason, 2008; Ívar Snorrason, 2009).

Mikil vanlíðan og kvíði getur fylgt í kjölfar húðkroppunaráráttu. Einstaklingar geta fyllst vanmætti vegna þess að þeir geta ekki hætt kroppinu. Þeir eru óánægðir með útlit sitt og sjálfsálitið fer minnkandi. Þeir fyllast vonleysi og sjá ekki fram á að geta hætt að kroppa. Einstaklingar sem eru illa haldnir geta haft djúpstæða óánægju sem getur leitt til þunglyndis (Arnold o.fl., 1998).

Rannsóknir hafa sýnt að húðkroppunarárátta getur haft þær afleiðingar að fólk á bágnt með að mynda nánin tengsl við annað fólk og þar með haft áhrif á ástarlífið (Arnold o.fl., 2001; Flessner og Woods, 2006). Í rannsókn Flessner og Woods (2006) á 92 einstaklingum sem þjáðust af húðkroppunaráráttu kom fram að í sumum tilfellum getur áráttan leitt til þess að einstaklingar segja upp vinnunni vegna áráttunnar og/eða sæki ekki eftir stöðuhækkun vegna vandamálsins. Húðkroppun getur einnig heft einstaklinginn í námi, því verkefni sem krefjast einbeitingar geta ýtt undir áráttuna. Í sömu rannsókn sögðust svarendur drekka áfengi, reykja tóbak og/eða neyta eiturlyfja til að deyfa tilfinningar tengdar húðkroppunaráráttunni. Einn fjórði úrtaksins sögðust vera á þunglyndislyfjum vegna áráttunar.

Einstaklingar sem þjást af húðkroppunaráráttu eiga það til að þegja um hegðunina. Þeir segja hvorki ættingjum, vinum eða fagfólki frá og ef þeir leita hjálpar fara þeir oftast til húðlæknis (Simoen o.fl.,1997). Margir reyna að hætta upp á eigin spýtur án árangurs. Einstaklingur getur verið illa haldin af húðkroppunaráráttu í marga áratugi án þess að fá viðeigandi aðstoð. Algeng ástæða fyrir því að einstaklingar haldnir kvillanum leita sér ekki hjálpar er að þeir skammast sín fyrir hegðunina og vilja ekki greina frá henni (Wilhelm o.fl., 1999). Í rannsókn Odlaug og Grant (2008) kom fram að sumir sjúklingur vissu ekki að húðkroppunarárátta væri viðurkennt vandamál sem hægt væri að meðhöndla og þess vegna hafi þeir ekki leitað sér hjálpar. Einnig er til að fagfólk þekki ekki vandamálið og að sjúklingar og aðstandendur viti meira um kvillann en sérfræðingarnir sem þeir leita til (Golomb, 2011).

## **1.6 Aldur við upphaf vandans**

Rannsóknur á húðkroppunaráráttu ber ekki saman um hvenær fólk byrji að kroppa. Sumar rannsóknir sýna að húðkroppunarárátta geri fyrst vart við sig á unglingsaldri (Odlaug o.fl., 2008, Simoen o. fl.,1997, Wilhelm o.fl, 1999). Aðrar rannsóknir sýna fram á að upphaf

kroppunaráráttu hjá fólki sé einstaklingsbundið. Sumir geta byrjað sem börn (Odlaug og Grant, 2007) en einnig eru til dæmi um að einstaklingar byrji seint á fullorðinsárum (Arnold o.fl.,1998; Çalikuşu, Yucel, Polat og Baykal, 2003; Gupta, Gupta og Haberman, 1986). Talið er að oftast en ekki sé kveikjan að áráttunni ýmis húðvandamál, til að mynda bóluvandamál, psoriasis eða exem, og að áráttan haldi áfram þrátt fyrir að upprunalega vandamálið sé úr sögunni (Odlaug o.fl., 2008).

## **1.7 Kyn**

Flestar klínískar rannsóknir gefa til kynna að konur séu líklegri en karlmenn til að þjást af húðkroppunaráráttu (Dell'Osso o.fl., 2006; Ívar Snorrason, 2001; Keuthen o.fl., 2001). Rannsóknir á klínískum þýðum hafa leitt í ljós að konur eru sjö sinnum líklegri til að þjást af húðkroppunaráráttu en karlmenn (Arnold o. fl., 1998; Fruensgaard, 1984; Wilhelm o.fl., 1999). Konur eru einnig líklegri til að leita sér aðstoðar vegna húðkroppunaráráttu (Odlaug o.fl., 2008). Vegna þess hve líklegri konur eru til að leita sér læknaaðstoðar en karlmenn gæti það skekkt niðurstöður rannsókna á klínískum úrtökum (Grant og Christenson, 2007). Hinsvegar hafa rannsóknir á almennu þýði leitt í ljós að karlmenn uppfylla ekki síður en konur greiningarviðmið húðkroppunaráráttu (Bohne o.fl., 2002, Keuthen o.fl., 2010).

## **1.8 Skilgreining**

Í DSM-IV-TR (APA, 2000) er gefin upp almenn skilgreining á hvað telst geðröskun. Geðrænt vandamál telst vera geðröskun þegar hvers kyns klínískt mikilvægt geðrænt heilkenni leiðir af sér vanlíðan eða hamlar starfshæfni. Einstaklingur upplifir skerðingu á einu eða fleiri sviðum í lífi sínu svo sem í félagslífi, heimilishaldi, vinnu eða námi (Çalikuşu o. fl., 2011, Ívar Snorrason, 2008).

Tvær skilgreiningar á húðkroppunaráráttu hafa mest verið notaðar í rannsóknum (Ívar Snorrason, 2008). Sú fyrri hefur verið skilgreind sem síendurtekið kropp í húð sem veldur sjáanlegum skaða og getur valdið mikilli vanlíðan ásamt skertri starfshæfni (Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer og Jenike, 2002; Keuthen o. fl., 2000; Simeon o.fl., 1997; Teng o.fl., 2002; Wilhelm o.fl., 1999). Í seinni skilgreiningunni bætist við að þeir sem þjást af húðkroppunaráráttu finni fyrir spennu eða fiðringi rétt áður en kroppið byrjar, svo ánægju, sefjun og ákveðinni spennulosun á meðan kroppið stendur yfir (Odlaug og Grant, 2008).



Til þess að skilgreina húðkroppunaráráttu sem tiltekið heilkenni þarf að útiloka aðrar geðraskanir eða sjúkdóma sem hafa sömu eða svipuð einkenni. Kroppið er ekki afleiðing húðsjúkdóms s.s. psoriasis eða líkamlegra veikinda s.s hvítblæðis (*leukemia*), sykursýki (*diabetes mellitus*) eða bráðakláða (*neurodermatitis*). Kroppið má heldur ekki vera afleiðing þroskafrávika (*mental retardation*), geðrofssjúkdóms (*delusional disorder*), vitglapa (*dementia*), eða áfengis- eða eiturfjaneyslu (Çalikuşu o. fl., 2011; Freunsgaard og Hjortshoej, 1982). Þá er kroppið ekki af sama meiði og sjálfskaðandi hegðun þar sem fólk notar áhöld til að skera eða brenna sig til að takast á við tilfinningaerfiðleika. Áráttan má heldur ekki að vera afleiðing annarskonar sjúkdóma, til að mynda litningagalla eins og í Prader-Willi syndrome (litningagalli sem getur leitt til áráttuhegðunar) eða afleiðing ástands þar sem einstaklingur er með ranghugmyndir um að sníkjudýr séu undir húðinni (*delusions of parasitosis*) (Grant, Menard og Phillips, 2006).

Stundum er húðkroppunarárátta flokkuð sem staglhreyfiröskun. Einkenni röskuninnar er síendurtekin áráttukennd hegðun sem virðist ekki þjóna neinum skynsamlegum tilgangi (APA, 2000). Hegðun einstaklings gæti til að mynda einkennst af því að berja hausnum endurtekið í vegg, bíta og klóra sig endurtekið, lemja í hluti og svo framvegis. Staglhreyfiröskun er oftast greind hjá þroskahömluðum einstaklingum og/eða einstaklingum með greiningu á einhverfurófinu.

Samantekið virðast niðurstöður rannsókna benda til að húðkroppunarárátta sé tengd áráttu- og þráhyggjuröskun og líkamslýtaröskun (*body dysmorphic disorder*). En margt bendir til þess að þeir sem greindir eru með áráttu- og þráhyggjuröskun kroppa í húð vegna hræðslu við smit eða mengun í húðina. Kroppið er birtingamynd áráttu og-þráhyggjuröskunarinnar en ekki vegna sérstakrar áráttu til húðkroppunar (Arnold o.fl., 1998). Líkamslýtaröskun er röskun sem er skyld áráttu- og þráhyggjuröskun. Þeir sem þjást af líkamslýtaröskun hafa óhóflega miklar áhyggjur af ímynduðu líkamslýti eða af minniháttar lýti (APA, 2000). Þeir sem þjást af húðkroppunaráráttu þurfa ekki að greinast með líkamslýtaröskun og öfugt (Grant, Menard og Phillips, 2006). Þrátt fyrir að það sé samsláttur og tengsl á milli húðkroppunaráráttu og annarra geðraskana, til að mynda líkamslýtaröskunar og áráttu- og þráhyggjuröskunar, eru fræðimenn að verða sammála um að húðkroppunarárátta geti verið eitt tiltekið heilkenni (*primary skin picking*) sem er ekki afleiðing annarra kvilla (Stein o.fl., 2010).

## 2 Líkamsmiðaðar áráttur

Í kjölfar aukins áhuga og nýlegra rannsókna á húðkroppunaráráttu hafa fræðimenn farið að beina sjónum sínum að öðrum árattum er snúa að líkamanum þ.e.a.s. hárreytiáráttu, naga neglur og naga innan úr kinnum og vörum og tengsl þarna á milli. Þessir kvillar hafa verið mismikið skoðaðir og lítið skoðaðir í tengslum við hvorn annan. Síðastliðin 20 ár hefur breyting orðið þar á og fræðimenn hafa í síauknum mæli farið að skoða þessa kvilla í samhengi (Golomb, 2001; Teng o.fl., 2002). Þetta eru allt kvillar sem geta hrjáð fólk mismikið og ef kvillinn fer að vera krónískur getur hann farið að standa fólki fyrir þrifum. En frumrannsóknir benda til að þessir kvillar eigi ýmislegt sameiginlegt í klínískum einkennum, algengni, framvindu einkenna og afleiðingum (Hansen, Tishelman, Hawkins og Doepke, 1990; Woods, Miltenberger og Flach, 1996).

Margt bendir til þess að húðkroppunarárátta og hárreytiárátta séu skyldar raskanir ef ekki mismunandi afbrigði af sama fyrirbærinu. (Golomb o.fl., 2011; Lochner, Simeon, Niehaus og Stein, 2002). Hárreytiárátta svipar til húðkroppunaráráttu að því leyti að einstaklingur sem haldinn er árattunni getur ekki haft stjórn á löngun til þessa að plokka hár á líkamanum og að hárplokkið getur valdið alvarlegum hármissi, mikilli vanlíðan og félagslegri einangrun (Hajcak, Franklin, Simons og Keuthen, 2006). Í rannsókn Ívars Snorrasonar, Jakobs Smára og Ragnars Ólafssonar (2010) kom fram að eftirköstin eftir kropplotu einstaklings sem haldinn er húðkroppunaráráttu eru áberandi lík einkennum einstaklings haldinn hárreytiáráttu. Einstaklingurinn sér eftir verknaðinum og fyllist eftirsjá og skömm þrátt fyrir að hafa fundið fyrir fullnægju og létti á meðan verknaðinum stóð. Einstaklingar sem þjást af hárreyti og húðkroppunaráráttu eru svipaðir þegar litið er til lýðfræðilegra breyta, persónuleikaeinkenna og samsláttar við aðrar geðraskanir (Lochner o.fl., 2002). Rannsóknir hafa sýnt að tíðni hárreytis á meðal einstaklinga haldna húðkroppunaráráttu er á bilinu 10-37% (Arnold o.fl., Odlaug og Grant, 1998; Wilhelm o.fl. 1999).

Í rannsókn Ívars Snorrasonar og félaga (2009) á nemendum við Háskóla Íslands kom fram að þeir sem kroppa óhóflega í húð voru líklegri til að eiga sögu um að naga neglur óhóflega, plokka hár óhóflega og að naga mikið innan úr vörum. Þeir nemendur sem höfðu hætt að naga neglur töluðu um að hafa hætt þegar húðkroppunaráráttan byrjaði að

gera vart við sig. Sumir nemendurnir töluðu um að naga innan úr kinnum og vörum þegar hendur þeirra voru uppteknar og því gátu þeir ekki kroppað. Minntust þeir einnig á að þeir nöguðu meira innan úr kinnum og vörum þegar þeir voru að reyna að hætta húðkroppinu. Nemendur sem kroppuðu í húðina og plokkuðu hár gerðu yfirleitt ekki greinamun á milli áráttanna. Þeir sögðu hegðunina þjóna sama tilgangi og kroppuðu í húð og plokkuðu hár í sömu lotu. Þessar niðurstöður ýta undir þær tilgátur að líkamsmiðaðar áráttur séu af sama meiði og þjóni sama tilgangi (Ívar Snorrason o.fl., 2009).

Sumir fræðimenn vilja færa rök fyrir því að áráttur er miða að því að fjarlægja eitthvað af líkamanum (þ.e. fjarlægja húð, hár, neglur) séu af sama meiði og ætti að flokka þær undir einn hatt og kalla þær líkamsmiðaðar áráttur (*body-focused repetitive behaviours*) (Bohne, 2002). Rannsóknir hafa sýnt fram á að líkamsmiðuð árátta sé að hluta til leið einstaklingsins til að takast á við kvíða, spennu, leiða eða aðferð til að stjórna tilfinningum (Arnold o.fl., 1998; Bohne, 2002; Klatte og Deardorff, 1981; Wilhelm o.fl., 1999). Aðrar rannsóknir sýna að einstaklingar sem tileinka sér líkamsmiðaðar áráttur séu líklegri til að búa yfir meiri líkamsmeðvitund (*somatic awareness*) heldur en þeir sem gera það ekki (Teng o.fl., 2002; Woods o.fl., 1996). Líkamsmeðvitund lýsir því hversu mikið einstaklingar veita óþægilegum líkamlegum einkennum sínum athygli. Einstaklingar sem eru meðvitaðri um líkamann sinn eru því líklegri til að beina athygli frekar að líkamanum til að takast á við tilfinningar frekar en t.d. að naga blýant (Teng o.fl., 2002).

Í grein Teng og féлага frá 2002 eru taldar upp fjórar ástæður fyrir því að flokka líkamsmiðaða árátta svo sem húðkroppunarárátta, hárreytiárátta, nöggun nagla og nöggun innan úr kinnum í sama greiningarflokk. Í fyrsta lagi er um að ræða sterka og þráláta þörf til að fjarlægja hluta af líkamanum; hár, húð, og/eða neglur. Í öðru lagi geta allir þessir kvillar leitt til ýmissa líkamlegra og sálfélaglegslegra erfiðleika ef þeir verða að árátta. Það að naga neglur getur staðið fólki verulega fyrir þrifum ef einstaklingur nagar þannig að sár myndast og sýkingar á höndum og tennur fara að bjagast (Leonard, Lenane, Swedo, Rettew og Rapoport, 1991). Einstaklingar sem naga innan úr kinnum geta einnig nagað það mikið að það blæði og það myndist sár (Jones, Swearer og Friman, 1997). Rannsóknir hafa sýnt fram á að það að naga neglur og kroppa í húð getur valdið því að sjálfstraust minnkar og einstaklingar hafi auknar áhyggjur á því hvað aðrir hugsu um þá (Hansen o.fl., 1990, Joubert, 1993, Wilhelm o.fl., 1999). Í þriðja lagi virðast líkamsmiðaðar áráttur þjóna sama tilgangi. Þær

hafa oftár en ekki verið kenndar við „taugaveiklun“ (þ.e. kvíðaröskun) og rannsóknir styðja nú þá tilgátu. Kvíði ýtir undir að einstaklingurinn nagi neglur og kroppi í húð (Arnold o.fl.,1998; Klatte og Deardorff, 1981). Einnig hafa rannsóknir á dýrum stutt þær kenningar að of lítið rými eða aðstæður þar sem of lítið er haft fyrir stafni auki líkamsmiðaðar áráttur. Þannig brýst óhófleg snyrtihegðun dýra fram þegar þau upplifa sig í of litlu rými og streituþættir aukast. Hér má nefna óhófleg þrif á þófum hjá hundum og óhóflegt plokk fugla á fjöðrum (Garner o.fl., 2003; Rappaport, 1990). Rannsóknir á fólki sýna svipaðar niðurstöður, til að mynda rannsókn Woods og féлага (1999) á börnum sem naga neglur. Þegar börnin voru sett í lítið rými þar sem lítið var fyrir þau að gera fóru þau að naga neglurnar. Í fjórða lagi vantar almennilega greiningu í DSM-IV fyrir þessar raskanir. Þó að þessi atferli komi fram sem hluti af öðrum röskunum til að mynda í líkamslýtaröskun, geta þau birst án þess að tengjast öðrum truflunum. Í þeim tilvikum er engin viðeigandi aðferð til að flokka með skýrum hætti hvar atferlið á heima og því flokkað ýmist undir áráttu og-þráhyggjuröskun, staglhreyfiröskun eða hvatvísiröskun.

### 3 Aðferð

#### 3.1 Þátttakendur

Alls voru spurningarlistar lagðir fyrir 299 nemendur sem stunduðu nám við Háskóla Íslands í mars og apríl árið 2009. Úrtakið var valið af hentugleika. Brottfall var 32 nemendur, þ.e.a. s. þeir nemendur sem voru í tímunum en fóru án þess að svara könnun (svarhlutfall 89,3%). Þeir sem svöruðu skiptust þannig eftir kynferði: 208 (77,9%) konur og 52 (19,9%) karlmenn en 6 (2,2%) einstaklingar greindu ekki frá kyni. Þeir sem ekki greindu frá kynferði voru útilokaðir frá frekari greiningu þannig að fjöldi þátttakenda var að lokum 261. Meðalaldur þátttakanda var 21 til 23 ára (33%) en fæstir á aldrinum 36 til 40 (6,7%). Á þeim tíma er spurningalistinn var lagður fyrir voru 68% nemendur háskólans konur og 32% voru karlar (HÍ, e.d.) sem þýðir að þýðið endurspeglar ekki alveg kynjahlutfall skólans en hlutfall kvenna í rannsókninni er nokkru hærra en búast hefði mátt við. Þeir sem sögðust kroppa í húð vegna húðsjúkdóms, kláða eða líkamlegs sjúkdóms (n=33, 13,3%) eða sögðust plokka hár einungis til að snyrta sig (n=237, 88%) náðu ekki að uppfylla greiningarviðmið rannsóknarinnar og þar með voru þeir útilokaðir frá að vera greindir með röskun.

#### 3.2 Framkvæmd

Til þess að nálgast úrtak var kennurum við Háskóla Íslands sendur tölvupóstur með fyrirspurn um að fá að mæta í tíma og leggja fyrir könnunina. Það sem stýrði vali til þátttöku var jákvætt svar kennara. Könnunin var iðulega lögð fyrir í lok tíma og nemendur beðnir að svara spurningalistunum. Könnuninni var dreift um bekkinn til þeirra sem samþykktu að taka þátt. Tekið var fram hversu langan tíma tæki að taka könnunina og að öllum spurningum yrði svarað ef einhverjar væru. Þegar nemendur höfðu lokið við að svara könnuninni var henni safnað saman. Í einu tilfelli fór kennari með könnunina í rannsóknarferð þar sem hann lagði hana fyrir nemendur í rútu. Þeir nemendur sem svöruðu könnuninni í rannsóknarferðinni voru 33 talsins. Mælitækin sem notuð voru eru: Húðkroppunarkvarðinn (íslensk þýðing á *Skin Picking Scale*) og Hárreytikvarðinn (*MGH-HPS*). Til að meta nöggun nagla og hárfíkt var annars vegar Húðkroppunarkvarðinn lagaður að hegðun sem tengdist naglanagi og hins vegar Hárreytikvarðinn aðlagður hegðun sem tengdist hárfíkti.

## 4 Mælitæki

Í rannsókninni var notast við eftirfarandi skilgreiningu á húðkroppunaráráttu: Síendurtekið kropp í húð sem veldur sjáanlegum skaða og getur valdið mikilli vanlíðan ásamt skertri starfshæfni (Bohne o.fl., 2002; Keuthen o. fl., 2000; Simeon o.fl., 1997; Teng o.fl., 2002; Wilhelm o.fl., 1999). Þessi viðmið fyrir greiningu voru yfirfærð yfir á hinar árátturnar (hárreyti, naglanag og hárfikt) sem spurt var um í þessari rannsókn, með öðrum orðum, til þess að hegðun væri skilgreind sem líkamsmiðuð árátta varð hún að vera síendurtekinn, valda sjáanlegum skaða og geta valdið mikilli vanlíðan ásamt skertri starfshæfni.

Í þessari rannsókn er hárfikt skoðað með sömu formerkjum og önnur líkamsmiðuð árátta. Með hárfikti er átt við að fíktað sé í hári með höndum og án þess að hárið sé fjarlæggt af líkamanum svo sem að strjúka hári með höndum, snúa upp á hár með höndum, renna fingrum í gegnum hár og skoða hár og hárenda. Eðlilega er minni skaði af hárfikti en af hinum líkamsmiðuðu áráttunum. Skaði getur þó falist í slitni á hári og dæmi eru um að hár slitni af höfðinu vegna yfirgengilegs hárfikts þannig að lagfæra þarf með klippingu.

### 4.1 Húðkroppunarkvarðinn (*Skin Picking Scale*)

Húðkroppunarkvarðinn (*SPS*) er 7 atriða sjálfsmatskvarði sem mælir alvarleika húðkroppunar síðastliðna viku. Kvarðinn metur tíðni og styrk löngunar til að kroppa og tíma sem er eytt í að kroppa húðina. Einnig metur hann óþægindi svo sem truflun, forðun, streitu og félagslegra einangrun sem afleiðingu húðkroppunar. Hvert atriði kvarðans er metið á fimm punkta Lickert-stiku þar sem núll stendur fyrir „ekki“ og fjórir stendur fyrir „mjög mikið“. Samanlagður stigafjöldi segir til um alvarleika einkenna þar sem hæsta skor er 28. Innra samræmi (*internal consistency*) kvarðans sýnir alpha 0,80 sem þýðir að kvarðinn sé í heild sinni að mæla sama fyrirbærið (Keuthen o.fl., 2001). Í rannsókn Júlíu Ocares og Katrínar Magnúsdóttur (2009) kom fram að kvarðinn hefur  $\alpha = 0,83$  í íslenskri þýðingu. Í sömu íslensku rannsókn mældist endurprófunaráreiðanleiki (*test-retest reliability*)  $r = 0,77$  innan tveggja vikna sem þýðir að kvarðinn sé nokkuð stöðugur á milli fyrirhlagna. Kvarðinn hafði einnig sterka fylgni við önnur húðkroppunarmælitæki sem lögð voru fyrir íslenska háskólanema sem þýðir að samleitniréttmæti (*convergent validity*) kvarðans er einnig gott (Júlía Ocares og Katrín Magnúsdóttir, 2009). Kvarðinn var samin af Keuthen og félögum (2001) og var Yale-Brown áráttu- og þráhyggju kvarðinn (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*) notaður sem viðmið. Ívar Snorrason og Erna Sigurvinsdóttir þýddu kvarðann á íslensku.

#### **4.2 Mæling á hegðuninni að naga neglur (*onychophagia*) og að naga innan úr kinnum**

Til þess að mæla nöggun nagla og nöggun innan úr kinnum var notast við íslensku þýðingu á *Skin Picking Scale* og hann yfirfærður á fyrrnefnda hegðun. Kvarðinn metur tíðni og styrk löngunar til að stunda hegðun og tíma sem eytt er í hegðun. Einnig metur hann óþægindi svo sem truflun, forðun, streitu og félagslegra einangrun vegna hegðunarinnar. Hvert atriði kvarðans er metið á fimm punkta Lickert-stiku þar sem núll stendur fyrir „ekkert“ og fjórir stendur fyrir „mjög mikið“. Heildarstigafjöldi segir til um alvarleika einkenna þar sem hæsta skor er 28.

#### **4.3 Hárreytikvarðinn (*The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale*)**

Hárreytikvarðinn (*MGH-HPS*) er 7 atriða sjálfsmatskvarði sem mælir alvarleika hárreytis síðastliðna viku. Kvarðinn metur langanir tengdar hárreyti þ.e.a.s. tíðni langana, styrk langana og getu til að stjórna löngunum til að reyta hár. Einnig metur hann hegðun tengda hárreyti þ.e.a.s. tíðni háreytis, tilraunir til að streitast á móti hárreyti og óþægindi vegna hárreytis. Hvert atriði kvarðans er metið á fimm punkta Lickert-stiku þar sem núll stendur fyrir „ekkert“ og fjórir stendur fyrir „mjög mikið“. Heildarstigafjöldi segir til um alvarleika einkenna þar sem hæsta skor er 28. Innra samræmi kvarðans sýnir  $\alpha$  0,89 (Keuthen o.fl., 1995; O'Sullivan o. fl. 1995). Endurprófunaráreiðanleikinn mælist  $r = 0,97$  (Keuthen o.fl., 1995; O'Sullivan o. fl. 1995). Kvarðinn sýnir samleitni við aðra hárreytikvarða og hefur einnig gott aðgreiningarréttmæti (*divergent validity*) frá sjálfsmatskvörðum sem mæla þunglyndi og kvíða (O'Sullivan o.fl., 1995). Kvarðinn var samin af Keuthen og félögum (1995) og var Yale-Brown áráttu-og þráhyggjukvarðinn notaður sem viðmið. Ívar Snorrason þýddi kvarðann yfir á íslensku.

#### **4.4 Mæling á hárfikti**

Eftir því sem greinarhöfundur veit best er ekki til staðlaður spurningalisti til að mæla hárfikt. Til þess að mæla hegðunina að fíkta í hári var notast við íslensku þýðingu Ívars Snorrasonar á *The Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale* eftir Keuthen og félaga og hann yfirfærður á hárfikt. Kvarðinn metur langarnir tengdar hárfikti þ.e.a.s. tíðni langana, styrk langana og getu til að stjórna löngunum til að fíkta í hári. Einnig metur hann hegðun tengda hárfikti þ.e.a.s. tíðni hárfikts, tilraunir til að streitast á móti hárfikti og óþægindi vegna hárfikts. Hvert atriði kvarðans er metið á fimm punkta Lickert-stiku þar sem núll stendur fyrir

„ekkert“ og fjórir stendur fyrir „mjög mikið“. Heildarstigafjöldi segir til um alvarleika einkenna þar sem hæsta skor er 28.

#### **4.5 Tölfræðiúrvinnsla**

Við tölfræðiúrvinnslu var notast við forritið SPSS 18.0 fyrir MacBook tölvu. Lýsandi tölfræðiaðferðir (*descriptive statistical methods*) voru notaðar til að skoða tíðni og prósentuhlutfall hegðunar. Kíkvaðratpróf (*Pearson chi-square test*) var notað til að meta marktækni á milli kynjanna. Rannsakandi lagði tölfræðilega marktækni við  $p < 0,05$  og var prófið tvíhliða (*two-tailed*).



## 5 Niðurstöður

Tafla 1. Lýsandi tölfræði

	n (%)
Kyn	
Konur	208 (77,9)
Karlur	53 (19,9)
Aldur	
18-20	21 (7,9)
21-23	89 (33,3)
24-26	49 (18,4)
27-29	30 (11,2)
30-35	27 (10,1)
36-40	18 (6,7)
40+	30 (11,2)

n = fjöldi

Þátttakendur voru 261 nemandi. Þar af voru konur 208 (77,9%) og karlmenn 53 (19,9%). Tafla 1 sýnir að konur voru talsvert fleiri en karlar í úrtakinu eða um 78% sem endurspeglar að stærstum hluta kynjahlutfall nemenda skólans. Flestir þátttakenda voru á aldrinum 21-23 (33,3%) á meðan fæstir voru á aldrinum 36-40 ára (6,7%). Meðal þátttakenda náðu 58 (21,7%) greiningarviðmiðum um eina eða fleiri líkamsmiðaða áráttu út frá spurningalistanum. Níu einstaklingar (3,4%) náðu tveimur greiningum og þrjú einstaklingar (1,1%) náðu þremur greiningum.

**Tafla 2. Húðkropp**

		Kk		Kvk	
		n	%	n	%
Tíðni á viku	Engum tíma	36	67,9	153	73,6
	<1 klst	12	22,6	47	22,6
	1-3 klst	1	1,9	4	1,9
	3-8 klst	1	1,9	0	0,0
	8<	0	0,0	0	0,0
Aldur við upphaf vandans	Ég kroppa ekki óhóflega	39	73,6	163	78,4
	<5	0	0,0	1	0,5
	6-10	2	3,8	4	1,9
	11-15	5	9,4	21	10,1
	16-19	2	3,8	7	3,4
	20-24	2	3,8	6	2,9
	25-29	1	1,9	1	0,5
	30-34	0	0,0	0	0,0
	35-40	0	0,0	0	0,0
	>40	0	0,0	0	0,0
Veldur kroppið sjáanlegum skaða á húð	Aldrei eða yfirleitt ekki (0-10%)	44	83,0	168	80,8
	Stundum (11-35%)	5	9,4	21	10,1
	Um helming skipta (36-65%)	1	1,9	8	3,8
	Oftast nær (66-90%)	0	0,0	4	1,9
	Næstum alltaf (91-100%)	1	1,9	4	1,9
Staðsetning	Höfuð/hársvörður	8	0,0	23	0,0
	Andlit	8	0,0	37	0,0
	Varir	3	0,0	13	0,0
	Naglabönd/fingur	9	0,0	24	0,0
	Herðarblöð/bak	6	0,0	9	0,0
	Axlir	2	0,0	3	0,0
	Framhandleggir	0	0,0	6	0,0
	Upphandleggir	2	0,0	5	0,0
	Bringa	1	0,0	4	0,0
	Magi	0	0,0	0	0,0
	Læri	2	0,0	1	0,0
	Fótleggir	1	0,0	13	0,0
	Nári	2	0,0	2	0,0
	Hælar	3	0,0	7	0,0

n = fjöldi

## 5.1 Húðkropp (sjá töflu 2)

### 5.1.1 Tíðni á viku

Samtals viðurkenndu 65 (25%) þátttakendur rannsóknarinnar að eyða einhverjum tíma í að kroppa húð sína, 51 kona og 14 karlar. Flestir sem sögðust eyða tíma í að kroppa húð sína eyða innan við klukkustund á viku í að kroppa eða um 22,8% bæði konur (n=47) og karla (n=12). Tæp 2% karla (n=1) og kvenna (n=4) eyða einum til þremur tímum í að kroppa. Einn karlmaður (1,9%) eyddi þremur til átta klukkutímum í að kroppa. Munur á milli kynja reyndist ekki marktækur (kíkvaðratpróf = 0,205, p = 0,651).

### 5.1.2 Aldur við upphaf vandans

Flestir sem kroppa í húðina (merktu ekki “já” við fullyrðinguna “Ég kroppa ekki óhóflega”), 12 karlar og 40 konur, byrjuðu að kroppa í húðina á aldrinum 11 til 15 ára, 9,4% karlmanna (n=5) og tæp 10% (n=21) kvenmanna. Tæp 4% (n=2) karlmanna byrjuðu fyrir 11 ára aldur og aðeins 2,4% (n=5) kvenna. Samanlagt byrjuðu 26 konur (12,5%) að kroppa á milli 0 til 15 og sjö karlmenn (13,2%). Hlutfall karlmanna sem byrjuðu að kroppa á milli 16 ára og 29 ára var 9,5% (n=5) og 6,8% kvenmanna (n=14). Enginn byrjaði að kroppa í húð eftir að hafa náð þrítugsaldri.

### 5.1.3 Sjáanlegur skaði

Sjö (13,2%) karlmenn kroppuðu þannig að það olli skaða (merktu við “Stundum”, “Um helming skipta”, “Oftast nær” eða “Næstum alltaf”) og 37 (17,7%) konur.

### 5.1.4 Staðsetning

Flestir kroppuðu mest í andlitið, naglabönd og höfuð/hársvörð. Níu karlmenn kroppuðu í naglabönd, átta karlmenn í höfuð/hársvörð og átta í andlitið. Samtals kroppuðu 37 konur í andlitið, 23 konur kroppuðu í höfuð/hársvörð og 24 í naglabönd.

**Tafla 3. Nögun nagla**

		Kk		Kvk	
		n	%	n	%
Tíðni á viku	Engum tíma	32	60,4	142	68,3
	<1 klst	15	28,3	55	26,4
	1-3 klst	3	5,7	7	3,4
	3-8 klst	1	1,9	0	0,0
	8<	0	0,0	0	0,0
Aldur við upphaf vandans	Ég naga neglur ekki óhóflega	27	50,9	112	53,8
	<5	3	5,7	18	8,7
	6-10	13	24,5	47	22,6
	11-15	6	11,3	18	8,7
	16-19	3	5,7	9	4,3
	20-24	0	0,0	1	0,5
	25-29	0	0,0	1	0,5
	30-34	0	0,0	0	0,0
	35-40	0	0,0	0	0,0
	>40	0	0,0	0	0,0
Veldur nagið sjáanlegum skaða á nöglum	Aldrei eða yfirleitt ekki (0-10%)	37	69,8	168	80,8
	Stundum (11-35%)	8	15,1	21	10,1
	Um helming skipta (36-65%)	1	1,9	8	3,8
	Oftast nær (66-90%)	3	5,7	4	1,9
	Næstum alltaf (91-100%)	1	1,9	4	1,9

n = fjöldi

## 5.2 Nögun nagla (sjá töflu 3)

### 5.2.1 Tíðni á viku

Tafla þrjú sýnir að karlmenn eyddu hlutfallslega meiri tíma en konur í að naga neglur. Samtals eyddu 19 (36%) karlmenn einni til átta klukkustundum í að naga neglur á viku á meðan 62 konur (29,8%) eyddu einum til þremur tímum á viku í naglanag. Munur á milli kynja reyndist ekki marktækur (kíkvaðratpróf = 0,661,  $p = 0,146$ ).

### 5.2.2 Aldur við upphaf vandans

Meðal þeirra sem nöguðu neglur (merktu ekki við fullyrðinguna “Ég naga neglur ekki óhóflega”) byrjuðu flestir að naga neglur frá sex til tíu ára aldri eða 13 (25%) karlmenn og 47 konur (23%). Þrír karlmenn (6%) byrjuðu að naga neglur fimm ára eða yngri og tæp 9% kvenna ( $n=18$ ). Tvær konur (1%) byrjuðu eftir tvítugt að naga neglur.

### 5.2.3 Sjáanlegur skaði

Einn fjórði karlmanna ( $n=13$ ) nöguðu neglur þannig að það olli sjáanlegum skaða stundum eða oft. Tæp 18% kvenna sögðust naga þannig að skaði hlaut af ( $n=37$ ). Um 2% kvenna ( $n=4$ ) og 2% karla ( $n=1$ ) sögðust naga neglur þannig að næstum alltaf hlutust af áverkar.

**Tafla 4. Nögun innan úr kinnum**

		Kk		Kvk	
		n	%	n	%
Tíðni á viku	Engum tíma	44	83,0	162	77,9
	<1 klst	7	13,2	35	16,8
	1-3 klst	0	0,0	4	3,4
	3-8 klst	0	0,0	2	1,9
	8<	0	0,0	0	1,0
Aldur við upphaf vandans	Ég naga munninn ekki óhóflega	42	79,2	153	73,6
	<5	0	0,0	4	1,9
	6-10	3	5,7	14	6,7
	11-15	3	5,7	11	5,3
	16-19	3	5,7	16	7,7
	20-24	0	0,0	7	3,4
	25-29	0	0,0	0	0,0
	30-34	0	0,0	0	0,0
	35-40	0	0,0	0	0,0
	>40	0	0,0	0	0,0
Veldur nagið sjáanlegum skaða innan úr kinnum	Aldrei eða yfirleitt ekki (0-10%)	47	88,7	179	86,1
	Stundum (11-35%)	3	5,7	19	9,1
	Um helming skipta (36-65%)	1	1,9	3	1,4
	Oftast nær (66-90%)	0	0,0	1	0,5
	Næstum alltaf (91-100%)	0	0,0	2	1,0

n = fjöldi

### 5.3 Nögun innan úr kinnum (sjá töflu 4)

#### 5.3.1 Tíðni á viku

Konur eyddu meiri tíma en karlmenn í að naga innan úr kinnum. Tæp 23% kvenna (n=41) sögðust naga innan úr kinnum (merktu ekki við að eyða “Engum tíma” í að naga innan úr kinnum). Þar af eru sex sem naga frá einni til átta klukkustundir á viku. Sjö (13,2%) karlmenn sögðust naga innan úr kinnum innan við klukkustund á viku. Enginn karlmaður nagaði lengur en í eina klukkustund á viku. Munur milli kynja var ekki marktækur (kíkvaðratpróf =1,114, p = 0,291).

### **5.3.2 Aldur við upphaf vandans**

Níu karlmenn byrjuðu að naga innan úr kinnum á milli sex til nítján ára aldurs (17%). Tæp 23% kvenna byrjuðu frá aldrinum 6 til 24 ára (n=48). Flestar konur byrjuðu á aldrinum 16 til 19 ára (7,7%) eða 16 konur.

### **5.3.3 Sjáanlegur skaði**

Tæp 12% (n=25) kvenna nöguðu innan úr kinnum þannig að að þær ollu sjálfum sér skaða (stundum eða oft) á meðan 7,6% (n=4) karlmannanna nöguðu innan úr kinnum þannig að þeir ollu sér skaða.

Tafla 5. Hárreyti

		Kk		Kvk	
		n	%	n	%
Tíðni á viku	Engum tíma	42	79,2	174	83,7
	Annað slagið	5	9,4	24	11,5
	Oft	1	1,9	2	1,0
	Mjög oft	0	0,0	2	1,0
Aldur við upphaf vandans	Ég plokka ekki hár	40	75,5	189	90,9
	<5	0	0,0	0	0,0
	6-10	0	0,0	0	0,0
	11-15	4	7,5	6	2,9
	16-19	2	3,8	6	2,9
	20-24	3	5,7	2	1,0
	25-29	0	0,0	1	0,5
	30-34	0	0,0	0	0,0
	35-40	0	0,0	0	0,0
	>40	0	0,0	0	0,0
Veldur plokkið sjáanlegum skaða	Aldrei eða yfirleitt ekki (0-10%)	46	86,8	195	93,8
	Stundum (11-35%)	1	1,9	3	1,4
	Um helming skipta (36-65%)	0	0,0	2	1,0
	Oftast nær (66-90%)	1	1,9	1	0,5
	Næstum alltaf (91-100%)	0	0,0	0	0,0
Staðsetning	Höfuð	4	0,0	3	0,0
	Augabrúnir	7	0,0	63	0,0
	Augnhár	5	0,0	6	0,0
	Í andliti	3	0,0	9	0,0
	Handarkrikar	4	0,0	17	0,0
	Fótleggjum	4	0,0	19	0,0
	Skapahár	4	0,0	16	0,0
	Annars staðar	1	0,0	1	0,0

n = fjöldi

## 5.4 Hárreyti (sjá töflu 5)

### 5.4.1 Tíðni á viku

Fimm (9,5%) karlmenn plokkuðu hár annað slagið á meðan einn (1,9%) karlmaður plokkaði hár oft í vikunni. Samtals plokkuðu 24 (11,5%) konur hár annað slagið á meðan tvær (1%) konur plokkuðu oft á viku og tvær (1%) konur sögðust plokka mjög oft á viku. Kynjamunur var ekki marktækur (kíkvaðratpróf = 0,624, p = 0,429).



#### 5.4.2 Aldur við upphaf vandans

Fjórir (7,5%) karlmenn byrjuðu að plokka hár frá 11 til 15 ára aldri. Fimm (9,5%) karlmenn byrjuðu að plokka á aldrinum 16 til 24 ára. Næstum 7% (n=14) kvenna byrjuðu að plokka hár frá aldrinum 11 til 24 ára. Ein kona (0,5%) byrjaði á aldrinum 25 ára til 29 ára.

#### 5.4.3 Sjáanlegur skaði

Tveir (3,8%) karlmenn sögðust plokka hár þannig að skaði hlaut af (stundum eða oft). Sex (2,9%) konur sögðust plokka hár þannig að skaði hlaut af.

#### 5.4.4 Staðsetning

Flestir karlmenn sögðust plokka hár af augnbrúm (n=7) og augnhárum (n=5). Flestar konur plokka hár af augnbrúm (n=63), fótleggjum (n=19) og úr handakrikum (n=17).

Tafla 6. Hárfikt

		Kk		Kvk	
		n	%	n	%
Tíðni á viku	Engum tíma	35	66,0	132	63,5
	Annað slagið	9	17,0	47	22,6
	Oft	2	3,8	13	6,3
	Mjög oft	0	0,0	7	3,4
	Næstum alltaf	0	0,0	2	1,0
Aldur við upphaf vandans	Ég fíka ekki í hári	30	56,6	139	66,8
	<5	5	9,4	11	5,3
	6-10	2	3,8	15	7,2
	11-15	5	9,4	14	6,7
	16-19	5	9,4	12	5,8
	20-24	0	0,0	10	4,8
	25-29	0	0,0	2	1,0
	30-34	0	0,0	1	0,5
	35-40	0	0,0	0	0,0
	>40	0	0,0	0	0,0

n = fjöldi

### 5.5 Hárfikt

#### 5.5.1 Tíðni á viku

Meðal karlmannanna sögðust 11 (20,8%) fíka í hári annað slagið eða oft á viku. Tæp 32% (n=69) kvenna sögðust fíka í hári annað slagið, oft eða mjög oft á viku. Tvær konur (1%) sögðust

fikta í hári nær alltaf. Ekki var marktækur munur á milli kynja (kíkvaðratpróf = 2,375,  $p = 0,123$ ).

### 5.5.2 Aldur við upphaf vandans

Fimm karlmanna (9,4%) byrjuðu að fikta í hári áður en þeir náðu fimm ára aldri. Samsvarandi hlutfall meðal kvenna var 5,3% ( $n=11$ ). Tæp 23% ( $n=12$ ) karlmanna byrjuðu að fikta í hári á aldursbilinu sex ára til nítján ára. Tæp 20% ( $n=41$ ) kvenna byrjuðu að fikta í hári á aldursbilinu sex til nítján ára. Samtals 10 (4,8%) konur byrjuðu að fikta í hári á aldrinum 20 til 24 ára. Þrjár (1,5%) konur byrjuðu að fikta í hári frá aldrinum 25 til 34 ára.

Tafla 7. Fjöldi og hlutfall þátttakanda með líkamsmiðaðar árættur

Greining	Fjöldi með greiningu n(%)	Konur n(%)	Karlar n(%)	Skaði n(%)	Fjöldi svaranda	Kíkvaðratpróf	$p$
Húðkroppunarárætt	13 (5,0)	11 (84,6)	2 (15,4)	12 (92,3)	259	0,205	0,651
Naglanag	22 (8,5)	19 (86,4)	3 (13,6)	15 (68,2)	258	0,661	0,146
Nögun innan úr kinnum	12 (4,6)	11 (91,7)	1 (8,3)	11 (91,7)	260	1,114	0,291
Hárreyti	14 (5,6)	10 (71,4)	4 (28,6)	7 (50,0)	252	0,624	0,429
Hárfikt	9 (3,6)	9 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	253	2,375	0,123

### 5.6 Skipting þátttakanda sem uppfylla greiningarviðmið

Í töflu 7 kemur fram fjöldi og hlutfall þátttakanda sem uppfylla greiningarviðmið fyrir líkamsmiðaðar árættur. Þátttakendur uppfylltu greiningarviðmið ef saman fór að þeir a) gerðu hegðunina oft (a.m.k. vikulega) síðustu 12 mánuði og b) upplifðu a.m.k. minnsta kosti smávægilega vanlíðan, truflun eða félagslega forðun sem afleiðingu hegðunarinnar og c) vandinn er ekki tilkomin vegna húðsjúkdóms.

Sjá má í töflu 7 að flestir þátttakanda, eða 22 einstaklingar (8,5%), nöguðu neglur og eru 86% ( $n=19$ ) þeirra konur. Fæstir kljádust við hárfikt eða um 3,6% ( $n=9$ ) og voru það einungis konur. Samtals náðu 13 manns (5%) greiningarviðmiðum um húðkroppunarárættu og voru 11 af þeim konur (85%). Meirihluti þeirra sem náðu greiningarviðmiðum um líkamsmiðaða árættu hlutu skaða af hegðun. Munur á hversu oft kynin nöguðu neglur, nöguðu innan úr kinnum, kroppuðu í húð, plokkuðu í hár eða fikuðu í hári reyndist ekki marktækur.

## Umræða

Meginniðurstaða þessarar rannsóknar er að 21,7% (N=261) nemenda við Háskóla Íslands ná greiningarviðmiðum rannsakanda um að minnsta kostu eina líkamsmiðaða árátta. Tæp 5% (n=13) nemenda ná greiningarviðmiðum um húðkroppunarárátta, tæp 9% (n=22) ná greiningarviðmiðum um að nöggun nagla, tæp 5% (n=12) ná greiningarviðmiðum um að nöggun innan úr kinnum, tæp 6% (n=14) ná greiningarviðmiðum um hárreyti og tæp 4% (n=9) ná greiningarviðmiðum hárfikts. Í rannsókninni kom ekki fram marktækur munur á kynjum og tíðni árattanna.

Niðurstöður á svipuðu erlendu úrtaki sýna að húðkroppunarárátta hjá háskólanemum í Háskóla Íslands er í hærra lagi með 5% sem ná greiningarviðmiðum. Rannsókn á nemum í Tyrklandi gefur til kynna að 2,0% nema eru haldnir slíkri árattuhegðun (Çalikuşu o.fl., 2011). Svipaðar rannsóknir á amerískum og þýskum nemum gefa til kynna að 2,2%-3,8% nemenda séu haldnir árattunni (Bohne o.fl., 2002; Keuthen o.fl., 2000). En í rannsókn Hayes, Storch og Berlanga (2009) á almennu þýði kom í ljós að 5,4% (N=354) náðu greiningarviðmiðum um húðkroppunarárátta. Nokkrar líkur gætu verið á því að íslenskir háskólanemar endurspegli betur almennt þýði en rannsóknir meðal erlendra háskólanema því að þeir eru á breiðara aldursbili en nemendur í erlendum háskólum. Samtals voru 154 (57,6%) íslensku nemendanna yfir 24 ára (11% yfir fertugt) á meðan meðalaldur erlendu rannsóknanna var í kringum 22 ára.

Íslenskir háskólanemar virðast nota svipaðan tíma til húðkroppunar og fram kemur í sambærilegum erlendum rannsóknum. Tæp 23% kroppuðu í húð innan við klukkutíma á viku eða að meðaltali næstum 9 mínútur á dag. En í tyrknesku rannsókn Çalikuşu og félaga (2011) eyddu tæp 23% nemenda sex til tíu mínútum á dag í að kroppa. Í þýskri rannsókn eyddu 43,6% nemanda einni til tíu mínútum á dag í að kroppa (Bohne o.fl., 2002). Í bandarískri rannsókn kom fram að bandarískir háskólanemendur kroppuðu að meðaltali í 15,2 mínútur á dag (Keuthen o.fl., 2000).

Ekki kom fram kynjamunur í niðurstöðum rannsóknarinnar frekar en í sambærilegum erlendum rannsóknum en það var hvorki marktækur kynjamunur á tíðni í rannsóknum Çalikuşu og félaga (2011) né Bohne og félaga (2002). Niðurstöður þessara rannsókna, sem nota almenn þýði, gefa því aðra mynd af kynbundinni hegðun en rannsóknir á klínískum þýðum, en þar eru konur eru mun líklegri til að vera haldnar árattuhegðun en karlar.

Rannsóknin styður þannig þá skýringu að konur leiti fremur aðstoðar vegna húðkroppunar en karlar og séu því fjölmennari í klínískum þýðum.

Aldur þátttakenda rannsókninni þegar þeir byrjuðu að kroppa húð sína var svipaður og aldur háskólanema í erlendum rannsóknum. Tæp 10% þátttakenda í rannsókninni byrjuðu að kroppa í húðina á aldrinum 11 til 15 ára. Í bandarísku rannsókninni byrjuðu nemendur að meðaltali að kroppa á svipuðum aldri eða 12,4 ára (Keuthen o.fl.,2000). Meðal tyrkneskra nemenda byrjuðu 70% að kroppa fyrir 15 ára aldur (Çalikuşu o.fl., 2011). Í rannsókn Flessner og Woods (2006) og Odlaug og Grant (2008) var meðalaldur þeirra sem byrjuðu að kroppa um 12 ára. Þessar niðurstöður eru allar áþekkar og gefa til kynna að þeir sem kroppa óhóflega byrja á því á unglingsaldri.

Hlutfall þeirra sem valda sjáanlegum skaða með húðkroppi í íslensku rannsókninni er hærra en í sambærilegum erlendum rannsóknum. Samkvæmt rannsókninni kroppa tæp 17% nemendur þannig að það olli skaða á húð. Í erlendum rannsóknum kom fram að 14,3% tyrkneskra nemenda kroppuðu þannig að það olli skaða, 3% þýskra nemanda og 1,3% bandarískra nemanda (Çalikuşu o.fl., 2011; Bohne o.fl., 2002; Keuthen o.fl.,2000). Menningarlegur mismunur gæti útskýrt afhverju íslenskir háskólanemar valda sjálfum sér meiri sjáanlegum skaða en erlendir háskólanemar.

Flestir íslensku nemendurnir kroppa í andlitið, höfðuð/hársvörð og naglabönd. En andlitið er algengasti staðurinn til að kroppa í samkvæmt rannsóknum á klínískum þýðum (Arnold o. fl., 1998; Dell'Osso o.fl., 2006; Flessner og Woods, 2006; Odlaug og Grant, 2008; Simeon o.fl., 1997; Wilhelm o.fl., 1999). Tyrkneskir, bandarískir og þýskir nemendur kroppa einnig mest í andlit (Çalikuşu o.fl., 2011; Bohne o.fl., 2002; Keuthen o.fl., 2002). Andlitið er sá staður líkamans sem auðveltast er að ná til og þar eru oft bólur. Í sömu rannsókn Bohne og félaga (2002) kom fram að þýskir nemendur kroppa einnig mikið í naglabönd eða um 53% (N=133) af þýðinu en einungis 28,2% (N=105) af bandarísku nemendum (Keuthen o.fl., 2002).

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að 8,5% þátttakenda uppfylla greiningaviðmið áráttuhegðunar fyrir því að naga neglur. Fáar nýjar erlendar rannsóknir beinast að algengi nöggun nagla meðal fullorðinna. Áhugi annarra rannsækenda virðist fyrst og fremst beinast að nöggun nagla meðal barna og tengslum þess við geðræn einkenni (Pacan, Grzesiak, Reich og Szepietowski, 2009). Flestir rannsækendur vísa til mjög gamalla rannsókna hvað algengi

naglanags varðar (Klatte og Deardorff, 1981; Tanaka, Vitral, Tanaka, Guerrero og Camargo, 2008). Tíðni á nöggun nagla er mjög breytileg eftir aldurshópum eða frá 28%-45% meðal barna og unglunga en dregst síðan saman og er milli 4,5% til 10,7% meðal fullorðinna (Moritz, Treszl og Rufer, 2011). Í rannsókn Tengs o.fl. (2002) á líkamsmiðuðum áráttum meðal bandarísku háskólanema kom fram að algengi þess að naga neglur var 5,4%.

Um 4,6% íslenskra háskólanema uppfylla greiningarmörk áráttuhegðunar fyrir nöggun innan úr kinnum (12 konur og 1 karlmaður). Til eru fáar erlendar rannsóknir um algengi þess en í rannsókn Teng og félaga (2002) kemur fram að 5,7% þátttakenda nögguðu innan úr kinnum. Skaði vegna nöggunar innan úr kinnum er reyndar þekkt meðal meinafræðinga og kallast þar *morsicatio buccarum* (Min og Park, 2008) en getur jafnframt beinst að vörum og tungu.

Rannsóknin bendir til að heldur færri íslenskir háskólanemar reyti hár sitt af áráttu en búast má við miðað við erlendar rannsóknir. Tæp 6% (n=14) þátttakenda ná greiningarviðmiðum áráttuhegðunar um hárreyti. Tíu konur (71%) ná viðmiðunum á móti fjórum karlmönnum (29%). Flestir byrjuðu að plokka hár á aldrinum 11-15 ára eða 10 manns (4%). Flestir í úrtakinu plokkuðu augnbrúnir (n=70), svo fótleggi (n=23) og handarkrika (n=21). Karlmenn plokkuðu einnig augnbrúnir (n=7), fótleggi (n=4) og handarkrika (n=4). Fimm karlmenn plokkuðu augnhár á móti sex konum sem bendir til mun hærri algengni meðal karlmannna hvað varðar hárreytis augnhára.

Rannsókn Duke, Keely, Ricketts, Geffken og Storch (2009) á hárreyti nemenda (N=527) kom í ljós að 9,7% nemenda reyttu hár og 0,76% náðu viðmiðum um merкта vanlíðan og hamlaða starfshæfni. Konur voru í meirihluta (80%) og meðalaldur við upphaf vandans var 14 ára. Plokkað var mest í hársvörð, svo augnbrúnir og augnhár.

Hárfikt hefur verið lítið rannsakað og þá aðallega í samhengi við hárreyti og þá eftir að hárið hefur verið fjarlægt af líkamanum. Sama má segja um nöggun nagla og nöggun innan úr kinnum. Flestar rannsóknir á þessum fyrirbærum hafa verið á klínísku þýði og fáar rannsóknir hafa verið gerðar á almennu þýði. Tölfræði um tíðni er því af skornum skammti (Teng o.fl., 2002). Til þess að auka vísindalegan skilning okkar á þessu atferli er mikilvægt að þróa aðferðarfræði til að greina skipulega breytur sem hægt er að stjórna og hafa sýnileg áhrif á atferli (Rapp, Miltenberger, Galensky, Ellingson, og Long, 1999).

Erfitt er að bera saman niðurstöður um líkamsmiðaðar árættur því rannsóknir eru enn á frumstigi og ekki eru til staðlaðir spurningalistar um fyrirbærið (Teng o.fl.,2002). Niðurstöður þessarar rannsóknar eru í heild áþekkar niðurstöðum sambærilegra erlendra rannsókna sem notað hafa sambærilegar aðferðir við öflun upplýsinga og svipuð þýði til rannsóknar (háskólanema). Á það til dæmis við um rannsókn Teng og félaga frá 2002 á líkamsmiðuðum árættu hegðunum meðal háskólanema en þar kom fram að af 439 nemendum (352 konum, 83 körlum) náðu 60 manns (13,7%) greiningarviðmiðum fyrir eina líkamsmiðaða árættu. Meðalaldur var 20,9 ár (spönn=18-47 ár). Í rannsókn Tengs kom fram að 28 einstaklingar nöguðu neglur (6,4%), 25 manns nöguðu innan úr kinnum (5,7%), 12 manns kroppuðu í húð (2,7%), fjórir einstaklingar nöguðu í húð (0,9%) og þrír klóruðu í húð (0,7%).

Margt mælir með því að flokka þær fimm líkamsmiðuðu árættu hegðanir saman og líta á þær sem sérstaka árættu- eða kvíðaröskun. Framkvæmd þeirra er um margt áþekkt, algeng hegðun sem snýr að umönnun og snyrtingu eigin líkama sem verður skaðleg og veldur skömm þegar hún fer úr hömlum í árættumynstri. Árættur koma fram á svipuðum aldri og þróun þeirra virðist um margt svipuð. Kynjamynstur er mismunandi, sérstaklega þar sem hegðunin fer út í öfgar (Arnold o. fl., 1998; Fruensgaard, 1984; Wilhelm o.fl., 1999) og gæti ástæða þess tengst væntingum um kynbundna hegðun (Ashton og Feuhrer, 1993). Þá eru afleiðingarnar, sérstaklega þær sálfélagslegu þær sömu, skömm og depurð og tilhneiging til félagslegrar einangrunar. Augljós kostur við að flokka þær saman felst í því að auðveldara er að fræða fólk um þær og skima eftir einkennum. Þá er það líka kostur að aðstoð og meðferð felst í svipuðum aðferðum, óháð hvaða líkamsmiðuð árættu á í hlut.

Takmarkanir rannsóknarinnar voru nokkrar. Rannsóknin notar tvo spurningarlista sem hafa verið þýddir á íslensku. Aðeins annar þeirra, Húðkroppunarkvarðinn, hefur verið athugaður próffræðilega (Júlía Ocares og Katrín Magnúsdóttir, 2009). Hinn, Hárreytikvarðinn, hefur ekki verið kannaður hér á landi. Þessi tvö mælitæki eru síðan heimfærð til að afla upplýsinga um aðrar líkamsmiðaðar árættur (naglanag, nögun innan úr kinnum og hárfíkt). Þó líklegt sé að eiginleikar þessara mælitækja séu áþekkir óháð líkamssárættu er þetta tvímælalaust annmarki á þessari rannsókn. Sambærileg aðlögun mælitækja er hins vegar þekkt meðal rannsakenda en Moritz og félagar könnuðu naglanag meðal Þjóðverja með því að aðlaga Hárreytikvarðann (*MGH-HPS*) að nögun nagla (Moritz o.fl., 2011).

Keuthen, höfundur húðkroppunarlistans (*Skin Picking Scale*) mælir með að listinn sé notaður ásamt öðrum klínískum mælitækjum til að leggja mat á undirliggjandi húðvandamál og taugafræðilega þætti (Keuthen, Deckerbach o.fl., 2001). Þegar úrtakið eru háskólanemar verður rannsakandi að takmarka sig við spurningalistann. Frekari rannsóknir á taugafræðilegum þáttum eiga betur heima í klínísku umhverfi.

Í einu tilfalli lagði kennari fyrir listana og rannsakandi var ekki viðstaddur. Það hefur getað skekkt niðurstöður þar sem hugsanlegt er að nemendur svari mismunandi eftir því hvort rannsakendur séu viðstaddir eða ekki.

Það að kynjahlutfall hafi ekki verið jafnt gæti hafa skekkt niðurstöður. Konur voru í meirihluta nemenda HÍ þegar rannsóknin fór fram árið 2009 en hlutfallslega fleiri konur tóku þátt í rannsókninni en karlar.

Notast var við sjálfsmatskvarða og gæti svarhneigð þátttakenda því haft áhrif á niðurstöður. Einnig þarf rannsakandi að treysta á svarendur til að segja rétt frá. Skólinn í úrtakinu var ekki valinn af handahófi og gæti það haft áhrif á ytri réttmæti rannsóknarinnar. Sumar spurningar um hárplokkun geta hafa verið villandi. Konur sem plokka hár einungis til að snyrta sig gætu hafa merkt við augnbrúnir í töflu fimm því að þær snyrta augnbrúnir reglulega frekar heldur en plokka óhóflega. En einnig er sá möguleiki fyrir hendi að konur byrji að snyrta augnbrúnir en fara svo að plokka augnbrúnir óhóflega.

Flestir fræðimenn eru sammála um að húðkroppunarátta sé geðrænt vandamál sem telst vera geðröskun. En til þess að geðröskun fullnægi greiningarmörkum DSM kerfisins þarf að sýna fram á að hún sé klínískt mikilvægt geðrænt heilkenni, sem leiðir af sér vanlíðan eða hamli starfshæfni einstaklings og skerði lífsgæði á einu eða fleiri mikilvægum sviðum í lífi viðkomandi (American Psychiatric Association, 2000). Rannsóknir á húðkroppunaráráttu síðustu ára hafa sýnt fram á að áráttan eigi vel heima í greiningarkerfi DSM. Aftur á móti hefur ágreiningur verið meðal fræðimanna um hvar eigi að flokka húðkroppunaráráttu í DSM flokkunarkerfinu og eru ekki allir sammála um að áráttan eigi að vera flokkuð sem hvatvísiröskun (Stein o.fl., 2010). Fræðimenn hafa fært rök fyrir því að þrátt fyrir að áráttan standist almenn viðmið flokksins um örvun fyrir athöfn, spennulosun og sefjun á meðan á athöfninni stendur og vanhæfni einstaklingsins til að láta undan hvötinni, séu aðrar undirliggjandi orsakir fyrir kroppinu en hjá hinum hvatvísiröskununum (að undanskildri háreytiáráttu). Sumir fræðimenn vilja meina að ekki sé margt líkt með bráðri árásarhneigð og

húðkroppunaráráttu og þess vegna ekki hægt að setja þessi tvö fyrirbæri undir sama hatt (Arnold o.fl., 1999). Einnig má taka fram að meðferðarúrræði fyrir hvatvísisraskanir eru ólík meðferðarúrræðum fyrir húðkroppunaráráttu og hárreytiáráttu (Ívar Snorrason, 2008).

Fræðimenn sammælast um að það þurfi að gera fleiri rannsóknir á húðkroppunaráráttu hvort sem það er á klínísku úrtaki eða á almennu þýði (Teng o.fl., 2002; Odlaug o.fl., 2007; Ívar Snorrason, 2008). Samsláttur húðkroppunaráráttu við önnur vandamál af geðrænum toga geta gefið vísbendingar um hvar sé hentugast að flokka röskunina. Hingað til hafa rannsóknir gefið til kynna að einstaklingar sem þjást af húðkroppunaráráttu séu líklegri til að greinast með hárreytiáráttu, árátta- og þráhyggjurröskun og líkamslýtaröskun. Einnig séu meiri líkur á að þeir sem eru haldnir röskuninni hafi einhvern tímann á ævinni nagað neglur óhóflega og/eða nagað mikið innan úr kinnum og vörum. Hins vegar hafa fáar rannsóknir verið gerðar á þessum kvillum með það í huga að þær fullnægi greiningarmörkum DSM kerfisins, það er að segja að sýna fram á að röskunin sé klínískt mikilvægt geðrænt heilkenni sem leiði af sér vanlíðan eða hamli starfshæfni einstaklings og skerði lífsgæði á einu eða fleiri mikilvægum sviðum í lífi viðkomandi. Í framhaldi af þessari rannsókn væri athyglisvert að skoða nánar samslátt og tengsl þessara kvilla og skilgreina betur hvað gæti flokkast sem líkamsmiðuð árátta. Eigindlegar rannsóknaraðferðir eða opnari spurningalistar gætu varpað frekara ljósi á mismunandi birtingamyndir líkamsmiðaðra árátta.

Til þess að geta hjálpað einstaklingi með húðkroppunaráráttu er mikilvægt að fræðimenn komi sér saman um undir hvaða hatt eigi að setja árátta. Réttmætur greiningaflokkur er forsendan fyrir því að hægt sé að búa til greiningarviðmið og í framhaldi af því áreiðanlegt mælitæki fyrir meðferðaraðila (Teng o.fl., 2002). Eins og staðan er í dag er húðkroppunarárátta ennþá flokkuð undir hvatvísisraskanir í DSM-IV-TR en hugsanlegar breytingar gætu orðið þar á fyrir næstu útgáfu DSM V árið 2012.

Afleiðingar húðkroppunaráráttu og annarra líkamsmiðaðra árátta geta verið alvarlegar þegar einstaklingurinn er langt leiddur í sjúkdómsferlinu. Þess vegna er mikilvægt að fagfólk í heilbrigðisstéttum geri sér grein fyrir einkennum árátunnar og afleiðingum. Í ljósi þess að margir sem haldnir eru kvillum segjast ekki hljóta viðeigandi meðferð vegna síns eigin



þekkingarleysis eða þekkingarleysis sérfræðinga er mikilvægt að rannsóknir og umfjöllun um líkamsmiðaðar árættur séu þverfaglegar.

Félagsráðgjafar eiga að afla sér þekkingar og stunda rannsóknir og efla þannig þróunarstarf á sviði félagsráðgjafar. Niðurstaða þessarar rannsóknar sýnir að um fimmti hver háskólanemi er haldinn líkamsmiðaðri árættuþegðun sem hefur einhver truflandi áhrif á líf hans. Líkamsmiðuð árættuþegðun er því ekki sjaldgæf. Hún er það algeng að til að hafa heildarsýn á aðstæður fólks er skilningur og þekking á líkamsmiðuðum árættuþegðunum nauðsynleg. Það gæti verið að einstaklingurinn sem er haldinn árættunni geri sér illa grein fyrir vandanum og haldi að hann sé einn að kljást við vandamál af þessum toga. Það getur virkað valdeflandi fyrir hann að vita að vandamálið sé viðurkennd röskun og að það séu aðrir sem geta sagt frá svipaðri reynslu eða eru í svipuðum sporum. Hafa ber í huga að afleiðingar árættuþegðunar snerta einnig fjölskyldu og vini þess sem haldinn er árættunni. Félagráðgjafar beita heildarsýn á málefni og gera sér því grein fyrir að einstaklingur sem þjáist af árættuþegðun er ekki einn. Þá er þýðingarmikið að félagsráðgjafar upplýsi skjólstæðinga og fjölskyldu þeirra um eðli og framvindu árættunnar og ræði um meðferðarúrræði.

Eftir því sem greinarhöfundur veit best hafa félagsráðgjafar ekki rannsakað húðkroppunarárættu eða aðrar líkamsmiðaðar árættur og tengsl þeirra við tilhneigingu til einangrunar eða þátt í þunglyndi og öðrum félagslegum vandamálum. Það er mikilvægt að félagsráðgjafar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn hafi þetta í huga við vinnu sína með fólk sem á í tilfinningalegum eða félagslegum erfiðleikum. Hér getur verið um að ræða samverkandi áhrifaþátt einangrunar og tilfinningalegra erfiðleika. Með tilliti til sálfélagslegra afleiðinga húðkroppunarárættu og annarrar líkamsmiðaðrar árættuþegðunar væri spennandi verkefni fyrir félagsráðgjafa að kanna frekari tengsl slíkrar árættuþegðunar meðal félagslegra undirhópa. Framtíðarverkefni félagsráðgjafa er því að rannsaka húðkroppunarárættu og með því stuðla að þekkingarmiðaðri félagsráðgjöf á þessu sviði.

## Heimildaskrá

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útg.). Washington DC.
- Arnold, L., Auchenbach, M. og McElroy, S. (2001). Psychogenic Excoriation: Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS spectrums*, 15(5), 351-359.
- Arnold, L., McElroy, S., Mutasim, D., Dwight, M., Lamerson, C, og Morris, E. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic exoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 509-514.
- Ashton, W. og Feuhrer, A. (1993). Effects of gender and gender role identification of participants and type of social support resource on support seeking. *Sex roles*, 28, 461-476.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N., Baer, L., og Jenike, M. (2002). Skin picking in german students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification* 26, 320-339.
- Çalikuşu, C. og Tecer, Ö. (2010). Skin picking: Clinical aspects. Í Aboujaoude, E., Koran, L.M. (Ritstj.) *Impulse control disorders*. Cambridge University Press.
- Çalikuşu, C., Kucukgoncu, S, Tecer, Ö. og Bestepe, E. (2011, 21. september). Skin picking in turkish students: Prevalence, Characteristics and gender differences. *Behavior Modification* 36:49.
- Çalikuşu, C., Yucel, B., Polat, A. og Baykal, C. (2003). The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry* 44, 256-261.
- Dell'Osso, B., Altamura, A., Allen., Marazziti, D. og Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders:  
A critical review [rafræn útgáfa]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (8), 464.
- Duke, D., Keely, M., Ricketts, E., Geffken, G. og Storch, E. (2009). The phenomenology of hairpulling in college students. *Journal Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 2, 281-292.

- Flessner, C. og Woods, D., (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior Modification* 30, 944-963.
- Fruensgaard, K. og Hjortsjoej, A. (1982). Diagnosis of neurotic excoriations. *International Journal of Dermatology*, 21,148-151.
- Garner,J., Meehan, C., Famula, T. og Mench, J. (2006). Genetic, enviromental, and neighbor effects on the severity of stereotypies and feather picking in orange-winged amazon parrots (amazona amazonica): An epidemiological study. *Applied Animal Behavior Science*, 96, 153-168.
- Grant, J. E., Menard, W. og Phillips, K.A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *General Hospital Psychiatry*. Sótt 13. nóvember af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664624/>
- Griesemer, R. (1978). Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Adolescent Psychiatry: Phychiatric Annals*, 8(8) 49-56.
- Golomb, R., Franklin, F., Grant, F., Keuthen, N., Mansueto, C., Mouton-Odum, S., Novak, C., Woods, D. (2011). Expert Consensus: Treatment guidelines for trichotillomania, skinpicking and other body-focused repetitive behaviors. *A publication of the scientific advisory board of the trichotillomania learning center*.
- Gupta, M., Gupta, A. og Haberman, H. (1986). Neurotic excoriations: A review and some new perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 381-386.
- Hajcak. G., Franklin. M, Simons. R. og Keuthen. N. (2006). Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Sótt 14. nóvember af <http://www.springerlink.com/content/v21qr84146342216/fulltext.html>
- Hansen, D., Tishelman, A., Hawkins, R. Og Doepke, K. (1990). Habits with potential as disorders. Prevalence, severity, and other characteristics among college students. *Behavior Modification*, 14, 66-80.
- Hayes, S., Storch, E. og Berlanga., L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 314-319.

- Háskóli Íslands. (2009). Sótt 5. apríl 2009 af  
[http://www.hi.is/skolinn/skradir\\_nemendur\\_2008\\_2009\\_heildartolur\\_1](http://www.hi.is/skolinn/skradir_nemendur_2008_2009_heildartolur_1)
- Ívar Snorrason. (2008). Húðkroppunarárátta: Klínísk einkenni, tengsl við aðrar geðraskanir og flokkun í DMS. *Sálfræðiritið*, 13, 9-26.
- Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar Ólafsson. (2009). Húðkroppunarárátta: Klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. *Sálfræðiritið*, 14, 103-113.
- Ívar Snorrason, Jakob Smári, og Ragnar Ólafsson. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 3, 238-245. Sótt 3. mars af  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791610000194>
- Joubert, C. (1993). Relationship of self-esteem, manifest anxiety, and obsessive-compulsiveness to personal habits. *Psychological Reports*, 73, 579-583.
- Jones, K., Swearer, S. og Friman, P. (1997). Relax and try this instead: Abbreviated habit reversal fo maladaptive self-biting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 697-699. Sótt 5. mars af  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284085/pdf/9433793.pdf>
- Júlía Ocares og Katrín Magnúsdóttir. (2009). *Próffræðieiginleikar Emotion reactivity scale og Difficulties in emotion regulation scale og tengsl þeirra við húðkroppunaráráttu*. BA ritgerð, Sálfræðideild Háskóla Íslands.
- Keuthen, N., Koran, L., Aboujaoude, E., Large, M. og Serpe., R. (2010). The prevalence of pathological skin picking in u.s. adults. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 183-186. Sótt 5.mars af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X09000558>
- Keuthen, N., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., og Jenike, M. (2000). Repetive skin-picking in a student population and comparison eith a sample of self-injurious skin pickers. *Psychosomatics*, 41, 210-215.
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R.L., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C.R., Borgmann, A.S., o. fl. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and factor analyses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 131-145.
- Keuthen, N., Deckerbach, S., Wilhelm, E., Hale, C., Fraim, L., Baer, L., O'Sullivan, R. og Jenike, M. (2001). The skin picking impact scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics*, 42, 397-403.

- Keuthen, N., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I., Forker, A., Baer, L. o.fl. (2001). *The skin picking scale: Scale construction and psychometric analysis. Journal of Psychosomatic Research, 50*, 337-341.
- Keuthen, N., Wilhelm, S., Fraim, C. og O'Sullivan, R. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics, 41*, 210.
- Klatte, D. og Deardorff, P. (1981). Nail biting and manifest anxiety of adults. *Psychological reports, 48*, 82.
- Leonard, H., Lenane, M., Swedo, S., Rettew, D. og Rapoport, J. (1991). A double blind comparison of clomipramine and desioramine treatment of severe onychopahgia (nail biting). *Archives of General Psychiatry, 48*, 821-827.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. Og Stein, D. (2002). Trichotillomania and skin picking: a phenomenological comparison. *Depression and anxiety, 15.2*, 83-86.
- Min, K. og Park, C. (2009). Morsicatio labiorum/liguarum; Three cases report and a review of the literature. *The Korean Journal of Pathology, 43*, 174-176.
- Moritz, S., Treszl, A. Og Rufer, M. (2011). A randomized controlled trial of a novel Self-help technique for impulse control disorders: A study in nail-biting. *Behavior Modification, 35*, 468.
- O'Sullivan, R. L., Keuthen, N. J., Hayday, C.F., Ricciardi, J. N., Buttolph, M. L., Jenike, M. A., o. fl. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. Reliability and validity. *Psychotherapy and Psychosomatics, 64*, 146-148.
- Odlaug, B og Grant, J. (2007). Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking [rafræn útgáfa]. *General Hospital Psychiatry, 30*, 61-66. Sótt 5. mars 2012 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834307001399>
- Odlaug, B og Grant, J. (2008). Trichotillomania and pathological skin picking: Clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry, 20*, 57-63.
- Phillips, K. og Taub, S. (1995). Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 279-288.
- Przemyslaw, P., Grzesiak., Reich, A. og Szepietowski, J. (2009). Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder: Clinical Report. *Acta Derm Venereol 89*, 278-280

- Rapp, J., Miltenberger, G., Galensky, T., Ellingson, A. og Long, E. (1999). A functional analysis of hair pulling. *Journal of Applied behavior Analysis*, 32, 329-337.
- Rappaport, J. (1990). Treatment of behavioral disorders in animals. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1249 (Bréf til ritsjóra).
- Simeon, D., Stein, D., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J. og Hollander, E. (1997). A double blind trial of fluoxetine in pathological skin picking. *Journal of clinical psychiatry*, 58, 341-347.
- Singareddy, R., Moin, A., Spurlock, L., Merritt-Davis, O., og Uhde, T. (2003). Skin picking and sleep disturbances: relationship to anxiety and need for research. *Depression and anxiety*, 18(4): 228-32.
- Spiegel, D.R, og Finklea, L. (2009). The recognition and treatment of pathological skin picking: A potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry Edgemont*. Sótt 8. nóvember af <http://www.psychiatrymmc.com/the-recognition-and-treatment-of-pathological-skin-picking-a-potential-neurobiological-underpinning-of-the-efficacy-of-pharmacotherapy-in-impulse-control-disorders/>
- Stein, D., Grant. J., Franklin, M., Keuthen. N., Lochner. C., Singer. H. og Woods. D. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. *Depression and Anxiety* 27:611.
- Tanaka, O., Vitral, R., Tanaka, G., Guerrero, A. og Camargo. (2008). Nailbiting, or onychophagia: A special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134, 2, 305-308.
- Teng, E., Woods, D., Twohig, M. og Marcks, B. (2002). Body-focused repetitive behavior problems. Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behavior Modification*, 26, 340-360.
- Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Deckersbach, T., Engelhard, I., Forker, A., Baer, L., O'Sullivan, L. og Jenika, M. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 7.
- Woods, D. og Miltenberger, R. (1996). Are persons with nervous habits nervous? A preliminary examination of habit function in a nonreferred population. *Journal of applied behavior analysis*, 29, 259-261.

Woods, D., Murray, L., Fuqua, R., Seif, T., Boyer, L., og Siah, A. (1999). Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 289-300.

World Health Organization, 2011 . Sótt af  
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>