中国心理学前沿
2022 年 2 月第 4 卷第 2 期

拔毛癖的心理危害、形成机制与治疗

谢俊杰　王云强

南京师范大学，南京

摘　要 | 拔毛癖是一种使人衰弱的精神障碍，患有该疾病的个体会反复拔掉身体上的毛发，导致毛发减少、脱发，带来显著的心理危害。拔毛癖患者通常表现较低的自尊，伴随焦虑症、抑郁症等精神障碍，同时心理社会功能受到严重影响。然而该疾病的形成机制尚不清楚，研究者从遗传学、生物学、创伤、人格等方面进行了 探究和解释，提出了相关心理模型来理解拔毛癖的发生发展。习惯逆转训练、接纳承诺疗法、辨证行为疗法等认知行为疗法常作为心理治疗手段，但没有普遍接受的一线药物用于治疗。目前学界对拔毛癖的认识不足，未来的研究可从流行病学、共病、形成机制以及治疗等多方面展开。

关键词 | 拔毛癖；心理危害；形成机制；心理模型；治疗

Copyright © 2022 by author (s) and SciScan Publishing Limited
This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

1　引言

拔毛癖（trichotillomania，TTM），又称拔毛症、拔毛障碍（Hair-pulling Disorder），是一种精神障碍，其主要特征是患者反复牵拉、拔掉身体上的毛发，造成毛发减少、脱发，给患者带来显著的功能损害与痛苦（Baczynski and Sharma，2020；Grant and Chamberlain，2016）。拔毛癖属于以身体为中心的重复行为（Body-focused Repetitive Behavior）（Roberts et al.，2016），在美国《精神障碍诊断与统计手册》第五版（DSM-5）中，拔毛癖由“冲动控制障碍”被重新归类为“强迫及相关障碍”，其诊断标准为：（1）反复拔自己的毛发而导致脱发；（2）反复尝试减少或停止拔毛发；（3）拔毛发引起具有临床意义的痛苦，以及社交、职业或其他重要方面的损害；（4）拔毛发或脱发不能归因于其他躯体疾病；（5）不能用其他精神障碍来解释拔毛行为（American Psychiatric Association）。

目前拔毛癖大范围流行病学数据较为缺乏，估计拔毛癖的终生患病率在 1% ~ 3%（Torales et al.，2021）。最近一项研究使用 DSM-5 诊断标准调查了 10169 名美国成年民众（18 ~ 69 岁），结果显示拔毛癖的患病率为 1.7%，该调查因其样本量较大，涵盖了更广泛的年龄、种族，结果更具代表性（Grant

通讯作者：王云强，南京师范大学心理学院教授，研究方向：人格心理学、道德心理学，E-mail：wangyunqiang@njnu.edu.cn。
文章引用：谢俊杰，王云强. 拔毛癖的心理危害、形成机制与治疗［J］. 中国心理学前沿，2022，4（2）：105-120.
https://doi.org/10.35534/pc.0402014

et al.，2020）。需要注意，由于拔毛癖患者常对自己的状况感到羞愧、尴尬，通常会隐瞒自己的拔毛行为，因此调查结果可能会低估实际的患病率（Grant and Chamberlain，2016）。拔毛癖患病率是否存在性别差异目前存在争论（Bezerra et al.，2021；Grant et al.，2020；Odlaug and Grant，2010），在临床上一般发现女性患者多于男性（Duke et al.，2010）。拔毛癖一般在儿童晚期或青少年早期发病（Grant，2019），男性的发病年龄可能比女性更早（Snorrason et al.，2021）。

在拔毛癖中，头皮是主要的拔毛部位，眉毛、睫毛、阴毛等也可以成为拔毛对象（Dukeet al.，2010；Wetterneck et al.，2010）。患者通常在阅读、学习、看电视等环境下拔毛（Duke et al.，2010），拔毛后通常还会伴随仪式化行为，例如用手指卷头发、检查发根、将头发穿过嘴唇、用牙齿咀嚼等，当表现吞咽毛发时，则称之为食毛癖（Trichophagia）（Bottesi et al.，2016；Johnson and El-Alfy，2016）。

根据拔毛时有无意识参与，拔毛癖可分为自动型（Automatic Pulling）和意识型（Focused Pulling）。自动型患者并没有意识到自己的拔毛行为，直到拔毛已经进行一段时间或结束，常发生在个体专注于某一项任务时（例如，思考、阅读、打电话）；意识型患者在拔毛时有意识参与，其拔毛行为是目标导向的（例如，寻找特定类型的头发），或者是为了缓解焦虑、压力等消极的情感状态（Flessner et al.，2008；Siwiec and Mcbride，2016）。自动型和意识型在拔毛癖的严重程度以及功能损害方面呈现差异，并影响着治疗模式的选择，但二者并非是相互排斥的，大多数患者同时表现两种类型（Flessner et al.，2008）。

在许多人看来，拔毛癖似乎难以理解：既然拔毛发会导致严重的负面后果，为何患者仍然难以停止这一行为？目前学界对拔毛癖的认识仍然有限，国外研究者对拔毛癖进行了大量临床与实验研究，但国内对于拔毛癖的研究较少。本文重点对拔毛癖的心理危害、形成机制以及治疗方法进行概述，并对未来的研究进行展望。

2　拔毛癖的心理危害

2.1　拔毛癖与自尊

自尊（Self-esteem）是指个体对自己积极或消极的评价，涉及对自我价值的肯定与赞扬。自尊不仅是人格成熟的重要标志，而且是心理健康的重要指标（Olenik-Shemesh et al.，2018）。许多临床与调查研究表明，拔毛癖与自尊水平的异常存在关联，拔毛癖患者通常表现出较低的自尊（Bottesi et al.，2016；Diefenbach et al.，2005；Duke et al.，2009；Soriano et al.，1996；Stemberger et al.，2000）。在控制了年龄与性别等人口学因素后，迪芬巴赫（Diefenbach et al.，2005）发现拔毛癖患者相较于健康被试具有更低的自尊，并且脱发的严重程度显著预测自尊水平。

有学者聚焦于拔毛癖患者身体自尊（Body-esteem）的异常。身体自尊是指个体对自己身体或外表的评价，属于整体自尊的具体方面之一（Altenburger et al.，2014；Brennan et al.，2017；施国春 等，2021）。身体自尊不仅影响整体自尊的发展，而且影响人际关系、社会交往等诸多方面，进而影响个体幸福感（施国春 等，2021）。拔毛癖患者通常表现出脱发等外貌变化，从这一角度看，身体自尊与拔毛癖联系更加紧密。阿尔滕伯格（Altenburger et al.，2014）研究发现，与健康的同龄人相比，拔毛癖患者（13 ~ 18 岁）表现出更低的身体自尊，并且拔毛癖的严重程度及痛苦与身体自尊呈现负相关。

由于拔毛癖所致的脱发等外貌异常，患者可能承受来自他人和自身的消极评价，因此拔毛癖很可能是患者较低的身体自尊或整体自尊的因素之一。迪芬巴赫等（2005）对 28 名拔毛癖患者进行了访谈，几乎所有的患者（96.4%）自述在过去的一周内由于拔毛而产生消极的情感或自我评估。值得注意的是，除了外貌因素外，无法控制拔毛行为所带来的相关挫败感及消极的自我评价，可能也是影响自尊的因素。例如，患者常自述无法克制拔毛冲动，难以控制拔毛行为，认为自己非常无能、存在缺陷（Diefenbach et al.，2005；Duke et al.，2009）。

通过纵向比较，有学者对拔毛癖患者治疗前后自尊水平的变化进行了探究。结果发现随着症状的减轻，患者的自尊水平得到显著提升（Keuthen et al.，1998；Shareh，2018），这进一步说明拔毛癖可能是较低的身体自尊或整体自尊的原因之一。然而，拔毛癖是否与自尊存在双向因果关系，即个体较低的自尊水平同时也是拔毛癖的促成因素，目前尚不明确。

2.2 拔毛癖与焦虑症、抑郁症

拔毛癖患者通常可出现其它精神类疾病，例如焦虑症、抑郁症、强迫症、皮肤搔抓障碍等，其中焦虑症、抑郁症最为常见（Grant，2020；Lewin et al.，2009）。潘扎（Panza et al.，2013）对 62 名患有拔毛癖的儿童（8 ~ 17 岁）进行研究，发现 31% 的患儿报告抑郁症状，29% 的患儿报告焦虑症状。格兰特（Grant et al.，2020）对 175 名成年拔毛癖患者（18 ~ 69 岁）进行调查，其中 53% 的患者同时出现焦虑症，其次是抑郁症（45%）、多动症（29%）、强迫症（29%）、创伤性应激障碍（29%），以及皮肤搔抓障碍（24%）等。两项研究覆盖了 8 ~ 69 岁的年龄范围，说明对于各年龄段的拔毛癖患者，共病焦虑症、抑郁症等其它精神障碍是常见的。

有研究发现，拔毛癖的严重程度与焦虑得分呈正相关（Neal–Barnett et al.，2011）。然而，目前无法明确拔毛癖与焦虑两者关系的方向性，一方面，对于许多患者来说，由于拔毛所引发的脱发等外貌上的异样，导致他们难以面对社交场合及亲密关系，进而产生焦虑情绪；另一方面，拔毛行为似乎又是应对焦虑的一种反应，可以减轻不愉快或焦虑的感觉（Grant et al.，2017）。患有拔毛癖的成年人经常报告说，他们的拔毛行为在焦虑加剧时也变得更加严重（Neal–Barnett et al.，2011），当产生消极状态或面对压力时，拔毛可以提升情绪，产生成就感，进而减少焦虑（Grantet al.，2017）。拔毛癖与焦虑似乎是双向关系，拔毛癖带来的后果加重了焦虑症状，而加重的焦虑又通过拔毛来缓解（Woods et al.，2006），形成恶性循环。当然，我们也要注意并非所有拔毛癖患者同时表现焦虑症。

拔毛癖与抑郁似乎也呈现类似的双向关系。一方面拔毛的后果可能加剧患者的抑郁症状，另一方面抑郁可能引发病态的拔毛行为，以缓解、调节抑郁状态（Grant et al.，2017）。研究发现，焦虑不会加重拔毛行为，但并发的抑郁让患者放弃控制和停止拔毛行为（Grant et al，2017）。另外，格兰特、雷登（Redden）、梅代罗斯（Medeiros et al.，2017）探究了焦虑、抑郁与拔毛癖严重程度的关系，发现同时患有焦虑症、重度抑郁症的拔毛癖患者其拔毛症状更严重。一项研究使用聚类分析将 304 名拔毛症患者分为三类：仅患拔毛癖（20.7%），共病重度抑郁症（16.12%），共病多种精神疾病（63.16%），对各症状的发病时间进行分析，发现拔毛癖通常早发于重度抑郁症等其他精神疾病（Lochner et al.，2019）。据此可以推测，拔毛癖可能是抑郁症等其它精神疾病的发生的因素。

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

总之，拔毛癖与焦虑、抑郁之间具有复杂的相互关系。拔毛癖导致的生理后果，可能引发焦虑症、抑郁症，但由于缺乏纵向研究，现无法确定因果关系。即便如此，洛克纳（Lochner et al.，2019）认为，拔毛癖的治疗有助于降低患焦虑症、抑郁症的风险，早期未经治疗的拔毛癖也可能是这类精神障碍的预测指标。

2.3 拔毛癖与心理社会功能

大量调查研究表明，拔毛癖严重影响患者的心理社会功能，降低生活质量及幸福感，例如睡眠质量、人际关系、学业职业发展、社会活动等方面（Cavic et al.，2021；Diefenbach et al.，2005；Franklin et al.，2008；Santanu et al.，2016）。患者经常体验消极情绪，例如由于头发稀疏、脱发等外貌，患者通常感觉缺乏吸引力、羞愧；在拔毛后感到内疚、自责；在不断尝试停止拔毛失败后，产生挫败感（Diefenbach et al.，2005；Stemberger et al.，2000）。

拔毛癖通常不利于患者进行社会活动，并影响人际关系的建立与发展。韦特内克（Wetternecket al.，2010）对拔毛癖患者（N=381）的在线调查发现，约 72% 的被试认为亲密友谊的质量因拔毛癖而下降，对于亲密关系则达到 81% 的比例。由拔毛癖引起的回避与社会功能损害相关（Tung et al.，2015），患者通常会尽量隐瞒拔毛行为，并通过花费额外的时间精心装扮来隐藏脱发（例如，设计特殊的发型、戴假发），同时患者也会避免参与理发、游泳等可能暴露脱发的活动（Diefenbach et al.，2005；Stemberger et al.，2000）。福肯斯坦（Falkenstein）和哈加（Haaga，2016）通过网络调查发现，对于成年拔毛癖患者，更严重的症状与关系满意度、感知到的社会支持呈负相关，与感知到的亲密关系风险、社交焦虑呈正相关。库森（Keuthen et al.，2013）探究了青少年（13 ~ 18 岁）拔毛癖患者的家庭功能，尽管不能证明因果关系，但发现患者组（N=49）与对照组（N=23）相比，愤怒和冲突更高，家庭支持水平下降，报告更高水平的家庭功能障碍（Keuthen et al.，2013）。患者家庭成员可能缺乏对拔毛癖的认识，认为这只是一种“坏习惯”而非疾病，表现出消极反应（Bradley and Ecks，2018）。

研究发现，在学业方面，拔毛癖患者在学习上面临不同程度的困难，甚至出现逃课、辍学行为；在工作方面，拔毛癖患者的工作效率受到不同程度的影响，部分患者自述难以追求工作上的进步，逃避面试等（Franklin et al.，2008；Woods et al.，2006）。一方面，由拔毛癖引发的各种消极状态影响了学习与工作的效率，社交回避也可能导致失去学习或工作上的机会；另一方面，患者在拔毛以及克制拔毛的过程中，不断消耗时间与精力，间接减少了个人发展的机会（Wetterneck et al.，2010）。

3 拔毛癖的形成机制

目前关于拔毛癖的形成机制尚未达成一致看法，拔毛癖可能源于生理、心理以及社会等因素的复杂相互作用。研究者们从不同角度提出了各具特色的理论，这些理论并非相互排斥，也存在各自的解释范围（Duke et al.，2010）。

3.1 拔毛癖的影响因素

3.1.1 遗传与生物学因素

在遗传方面，临床上发现了家族性拔毛癖的案例，并且一些研究发现拔毛癖患者家族史的比例更高

（Alireza et al.，2013；Keuthen et al.，2014；Ramot et al.，2013），库森等（2014）研究发现，患有拔毛癖先证者的亲属具有较高的拔毛癖再现风险，显示出家族性。诺瓦克（Novak et al.，2009）发现拔毛癖在同卵双生子和异卵双生子的发病一致率上存在显著差异，表现出遗传性，遗传力约为 0.76 ~ 0.78，该研究为目前仅有的关于拔毛癖的双生子研究。另外，研究发现 HOXB8 基因，SAPAP3 基因，SLITRK1 基因可能与拔毛癖有关，例如研究发现小鼠 HOXB8 基因的突变与过度梳毛相关，类似于拔毛癖患者的行为（Johnson and El-Alfy，2016；Nagarajan et al.，2018）。

一些神经影像学研究显示，拔毛癖患者的左侧壳核（O'Sullivan et al.，1997）、小脑（Keuthen et al.，2007）、左侧纹状体、左杏仁核海马复合体以及多个皮层区域（Chamberlain et al.，2008）的结构出现异常，左侧海马旁回与右侧小脑的白质体积较大（Uhlmann et al.，2020）。伊索贝（Isobe et al.，2018）研究发现，拔毛癖患者右侧杏仁核和左侧硬核的体积显著减小，双侧伏隔核、双侧杏仁核、右侧尾状核、右侧壳核局部形状畸形，这些皮层下区域的结构异常似乎与情绪调节、抑制控制和习惯产生有关。除了神经影像学以外，一些研究者探索了激素与拔毛癖之间的关联。研究发现，女性在月经前会有更强烈的拔毛渴求，而克制拔毛的能力减弱（Keuthen et al.，1997）。近期，格兰特和张伯伦（Chamberlain，2018）对 11 名女性拔毛癖患者进行了研究，发现较低的孕酮激素与更严重的拔毛症状相关。

3.1.2 创伤经历

精神分析的观点认为，拔毛是无意识冲突的象征性表达，或者是由于糟糕的客体关系造成的，拔毛可以被看成应对客体丢失威胁的方法。一些精神分析理论家认为，童年创伤，特别是性虐待，对拔毛癖的发展发挥重大作用（Duke et al.，2010；Roberts et al.，2013）。精神分析的观点缺乏实验数据的检验与支持，但拔毛癖与创伤的关系引起了研究者的注意。

一些研究发现，童年创伤与拔毛癖存在关联，拔毛癖患者报告更多的创伤经历（Bezerra et al.，2021；Gershuny et al.，2006；Lochner et al.，2002）。但是这些研究均在横断层面，无法说明创伤与拔毛癖存在因果关系。两项研究发现，创伤后应激障碍（PTSD）与拔毛癖的严重程度呈负相关，因此拔毛可能是一种应对创伤的方式（Gershuny et al.，2006；Özten et al.，2015）。然而，霍顿（Houghton et al.，2016）研究表明，抑郁在创伤与拔毛癖整体严重程度之间起完全中介作用，创伤引起了抑郁症状，而拔毛癖则是为了调节由抑郁引发消极情绪。

3.1.3 人格因素

人格对于理解人类行为具有重要意义，对人格变量的研究有助于我们了解精神疾病的临床表现、发病机制，以及制定合适的治疗方案（Keuthen et al.，2015）。以往的研究很少关注人格因素与拔毛癖之间的联系，近几年一些研究者开始关注这一问题（Grant and Chamberlain，2021；Keuthen et al.，2015；Wetterneck，et al.，2016）。库森等（2015）使用大五人格量表简版（NEO-FFI）探讨了人格因素与拔毛癖之间的联系，研究发现神经质维度（Neuroticism）得分越高，患者拔毛癖症状更严重，也更少控制拔毛行为；更高的开放性（Openness）与更低的宜人性（Agreeableness）与更严重的拔毛癖症状相关。格兰特和张伯伦（2021）使用大五人格量表简版同样发现了神经质维度与拔毛癖严重程度呈正相关。但是上述研究均为横断设计，无法确定相关的人格特质与拔毛癖关系的方向性。例如，高神经质可能导致拔毛癖，而拔毛癖也可能导致高神经质，甚至二者也可能存在双向关系（Keuthen et al.，2015）。

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

3.2 拔毛癖的理论模型

3.2.1 综合行为模型（Comprehensive Behavioral Model）

曼苏埃托（Mansueto et al.，1997）在经典条件反射和操作性条件反射的框架下提出了综合行为模型，该理论模型包括四种成分：（1）引发拔毛冲动的各种内外部线索。外部线索包括工具和环境，内部线索包括感官、情感、认知等，见表 1。这些线索通过次级联想发展为触发拔毛冲动的线索，例如镊子原本用来帮助患者拔掉某些头发，但逐渐患者看到镊子就产生拔毛冲动。（2）促进或抑制拔毛行为的因素。促进因素有助于拔毛行为的发生（例如，父母不在场），抑制因素则相反。（3）与拔毛相关的一系列行为，包括准备与实施，以及拔毛后的各种仪式行为。（4）拔毛的结果强化或抑制拔毛行为的再发生。拔毛后产生的愉悦、满足感产生了正强化，负面情绪的缓解则产生了负强化，这些结果都加强了拔毛行为的发生概率。

表 1 拔毛行为的内外部诱发线索

Table 1 Internal and external cues of hair-pulling behavior

外部线索（External）	环境（Settings）	在卧室、浴室、客厅；在车内、图书馆、教室等
	工具（Implements）	镊子、镜子等
内部线索（Internal）	情感（Affective）	紧张、焦虑、无聊、挫折、抑郁、孤独、兴奋等
	感官（Sensations）	视觉：特定颜色、特定形状的毛发 触觉：头发质地（例如，粗糙、卷曲、分叉、打结） 生理：毛发生长部位瘙痒、刺痛等
	认知（Cognitions）	特定想法（例如，卷发不好看，头发、眉毛应该对称）

综合行为模型整合了拔毛行为的各种诱发线索、促进因素，以及强化结果，但是它无法解释最初的拔毛行为如何发生（Mansueto et al.，1997）。

3.2.2 刺激调节模型（Stimulus Regulation Model）

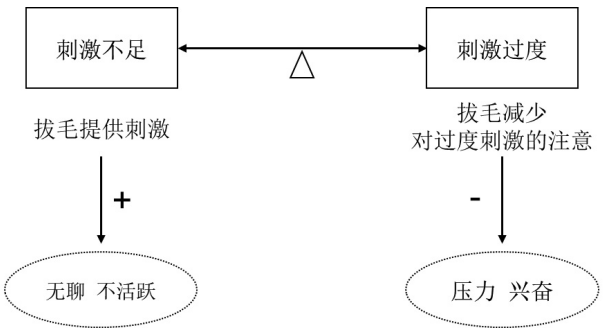


图 1 刺激调节模型

Figure 1 Stimulus Regulation Model

彭策尔（Penzel，2003）基于多年的临床工作，提出了刺激调节模型来解释拔毛癖的产生。该模型认为，

所有个体都不断地从环境中接受刺激，适当的刺激使机体处于平衡状态，而过高或过低的刺激都不利于机体保持最佳水平。健康个体的内部神经系统能够调节刺激水平，使得机体处于平衡状态。然而，拔毛癖患者的调节机制出现困难，所以被迫使用外部方式——“拔毛”来调节：当刺激缺乏时，通过一系列与拔毛有关的行为，引起触觉、视觉等生理感觉，进而增强刺激水平；而当刺激过高，拔毛可以分散、转移对高水平刺激的注意力，进而缓解刺激水平。

彭策尔（2003）同时提出六条理由来解释人们为什么通过拔毛来调整刺激水平：（1）头发较为丰富，随时可以触摸到；（2）头皮神经末梢丰富，是良好的刺激来源；（3）触摸、玩弄头发比较有趣；（4）拔毛行为可能具有遗传基础，梳理程序作为遗传倾向可以自动发生；（5）拔毛行为在提供和减少刺激方面很有效；（6）在独自一人或有他人在场时，拔毛都可以进行。尽管刺激调节模型解释了为何拔毛癖患者在压力或无聊时都可能出现拔毛行为，但是对患者的神经调节系统为何发生缺陷却难以说明。

3.2.3 情绪调节模型（Emotion Regulation Model）

情绪调节模型认为，拔毛癖患者情绪调节能力存在问题，拔毛行为可以缓解负面情绪，这种缓解通过负强化进一步加强了拔毛行为（Roberts et al.，2016）。也即是说，拔毛行为实际上是患者调节负面情绪的一种方式，但是产生了其它不良的后果。情绪调节模型也认同拔毛行为可以带来刺激或积极情绪，进而产生正强化，但是该模型更侧重负强化过程（Arabatzoudis et al.，2017；Roberts et al.，2013）。杜克（Duke et al.，2009）调查了拔毛癖患者在拔毛前后的情绪变化，发现紧张、焦虑、无聊等情绪减少，而平静和宽慰有所增加。舒斯特曼（Shusterman et al.，2009）调查发现，拔毛癖组（N=1162）对比健康对照组（N=175）更难调节情绪，且调节难度与拔毛严重程度相关；进一步分析发现患者越难调节某一情绪，越容易因该情绪引发拔毛行为。除此之外，与情绪调节相关的治疗方法，以及针对特定情绪的研究同样支持了情绪调节在拔毛癖发生中的作用（Curley et al.，2016；Lee et al.，2020）。

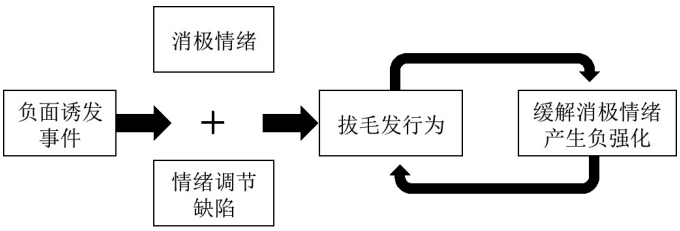


图 2　情绪调节模型

Figure 2　Emotion Regulation Model

然而，由于拔毛癖患者通常伴有焦虑症、抑郁症等，则存在一种潜在的可能，其他疾病也与情绪调节困难相关，而非拔毛癖独有（Shusterman et al.，2009）。对此，阿拉巴佐迪斯（Arabatzoudis et al.，2017）研究发现，在控制了抑郁变量后，拔毛癖患者（N=20）在情绪调节方面仍然比健康对照（N=43）更加困难，这进一步印证了情绪调节困难与拔毛癖的联系。最新一项研究发现，虽然拔毛癖组（N=56）在情绪调节困难得分上显著高于健康对照组（N=31），但拔毛癖严重程度与情绪调节困难得分的相关并不显著（Lochner et al.，2021）。除了样本容量、评估工具因素外，两组被试患者拔毛类型的不同也可能导致研究间的差异，因此需要更多的研究证明情绪调节模型对于理解拔毛癖的普遍性。

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

4 拔毛癖的治疗

4.1 药物治疗

目前没有普遍接受的用于治疗拔毛癖的药物，但研究者已经尝试对多种药物的有效性进行探究，例如奥氮平（Olanzapine）、N- 乙酰半胱氨酸（N-acetylcysteine）、氯丙咪嗪（Clomipramine）、选择性 5- 羟色胺再吸收抑制剂（SSRIs）等（Farhat et al.，2020）。奥氮平属于抗精神病药，一项小样本（N=25）双盲安慰剂对照试验发现，患者服用奥氮平 12 周，其拔毛癖症状得到显著改善（Van Ameringen et al.，2010）。格兰特等（2009）采用双盲安慰剂对照试验，研究了 N- 乙酰半胱氨酸治疗成年拔毛癖患者（18-65 岁）的效果。经过 12 周的持续治疗，治疗组（N=25）相比对照组（N=25）其拔毛癖症状得到显著改善。然而另一项针对儿童拔毛癖患者的研究（8 ~ 17 岁），采用相同的药物与试验方法，却未发现显著效果（Bloch et al.，2013）。这可能由于儿童与成年患者的拔毛癖类型存在差异（Farhat et al.，2020）。王敏建等（2015）评估了氟伏沙明（属于 SSRIs 类药物）用于治疗拔毛癖的效果，经过 12 周的治疗，治疗组（N=24）相对于对照组（N=17）焦虑、抑郁症状显著改善，并且头发缺失面积显著减少。

尽管相关试验初步证明了一些药物用于治疗拔毛癖的有效性，但是由于试验次数、样本量的限制，其有效性、安全性需要更多试验来评估（Farhat et al.，2020）。此外，拔毛癖患者可能同时患有抑郁症、强迫症等精神障碍，在选择药物治疗时，要对患者的拔毛癖严重程度以及其他精神障碍综合考虑，制定个人化的治疗方案（Baczynski and Sharma，2020）。

4.2 心理治疗

4.2.1 习惯逆转训练（habit reversal training，HRT）

HRT 是一种行为疗法，旨在逆转已经建立的拔毛行为模式。HRT 的核心思想是让患者提高对拔毛行为的意识，使用不影响生活的其它行为来替代拔毛行为，主要包括意识训练（Awareness Training）、刺激控制（Stimulus Control）、竞争反应训练（Competing Response Training）等组分（Morris et al.，2013）。

意识训练不仅是 HRT 的第一步，而且贯穿整个治疗过程，其主要通过自我监控技术（Self-monitoring）来提高患者对拔毛行为的意识程度，加深对拔毛行为的模式以及前因后果的理解（Morris et al.，2013）。患者可以填写自我监控表，记录自己的日常情绪以及拔毛诱发因素（Jafferany et al.，2020）。例如，在每次拔毛行为发生后，患者需要及时记录拔毛前后相关的生理状态、情绪、想法，以及时间、拔毛的数量和部位等（Morris et al.，2013）。自动型拔毛癖的患者往往难以自我监控，家庭成员、治疗师可以辅助进行记录，患者也可以借助外物（例如，手指系上小铃铛）来提醒拔毛行为的发生（Morris et al.，2013）。

刺激控制是指通过去除或减少各种引发拔毛行为的内外部线索（例如，拿走镊子、镜子，看电视时带上手套，阅读时双手拿书），来减少拔毛行为出现的机会（Morris et al.，2013；Rehm et al.，2015）。竞争反应训练是指当出现拔毛冲动时，使用其它良性行为替换拔毛行为。例如，当出现拔毛冲动时，可

以双手握紧拳头；对绘画感兴趣的孩子，可以使用涂鸦作为竞争反应。长时间进行竞争反应不仅可以取代拔毛行为，而且可以让患者意识到，他们不需要拔毛来缓解自己的不适（Morris et al.，2013）。

在整个治疗过程中，社会支持系统也非常重要，家属、朋友、治疗师要充分给予患者帮助和支持。例如，提醒患者记录没有意识到的拔毛行为；当患者出现进步，要给予适当赞扬；患者控制拔毛失败，要给予信任和鼓励（Jafferany et al.，2020）。

HRT 在治疗拔毛癖方面相对成熟、效果良好，经常作为拔毛癖的一线非药物治疗（Farhat et al.，2020；Grant and Chamberlain，2016）。HRT 重点关注患者的外显行为，但对相关的想法和感受缺乏关注，因此尽管 HRT 可以有效逆转自动型拔毛癖患者的习惯性拔毛，但面对患者所存在经验回避、情绪失调等问题，HRT 需要其他心理疗法作为强化治疗（Haaland et al.，2017；Keuthen et al.，2012）。

4.2.2 接纳与承诺疗法（acceptance and commitment therapy，ACT）

研究发现拔毛癖患者表现较高的经验回避（Experiential Avoidance），它是指个体无法忍受不愉快的想法、情绪或身体感觉，通过不适当的行为逃避这些内部体验（Angelakis and Pseftogianni，2021；Wetterneck et al.，2020；Wetterneck et al.，2016）。接纳与承诺疗法假定，拔毛行为之所以得以维持，部分原因在于患者表现出高度的经验回避，或不愿体验某些痛苦的想法、感受和冲动，拔毛作为经验回避的方式可以在短期内减少焦虑、压力等（Wetterneck et al.，2016）。针对患者的经验回避、认知和情感等问题，ACT 作为补充可以强化习惯逆转训练（Asplund et al.，2021；Lee et al.，2020）。

ACT 包括六条核心治疗过程，接纳（Acceptance）、认知去融合（Cognitive Defusion）、情境化自我（Self-as-context）、此时此刻（Being Present）、澄清价值观（Value）、承诺的行动（Committed Action）（曾祥龙 等，2011）。例如，接纳过程要求拔毛癖患者在不做出拔毛行为的条件下，体验并接受拔毛冲动，为消极情绪和拔毛冲动腾出心理空间，而不是刻意回避或压抑（Grant，2019；Jafferany et al.，2020）。

李（Lee et al.，2020）首次对 ACT 单独使用时的效果进行了探究，39 名拔毛癖患者被随机分配到治疗组（最终完成治疗并纳入分析 15 人）和对照组（最终纳入分析 10 人），治疗组接受为期 10 周的 10 个疗程的 ACT 治疗。结果发现，治疗组拔毛癖的症状相对于对照组显著改善，自我报告的每日拔毛次数显著减少，该研究初步证明了单独使用 ACT 对改善拔毛癖有效。

4.2.3 辨证行为疗法（dialectical behavior therapy，DBT）

拔毛癖患者通常出现情绪调节方面的困难，在情绪调节模型框架内，拔毛实际上是一种调节消极情绪的不适应行为。DBT 以解决患者不适应的情绪调节为中心，可以作为传统习惯逆转训练的强化手段（Crosby et al.，2012）。DBT 融合了行为科学、生物社会理论、辨证哲学和禅宗等多个方面，在辩证的框架内强调改变与接纳间的平衡，通过技能培训增加患者掌握情绪管理的技巧，进而提升患者情绪调节能力（MacPherson et al.，2013；谭梦鸽 等，2021）。

在将 DBT 融入习惯逆转训练过程中，主要纳入传统 DBT 所包含的正念训练（Mindfulness Training）、情绪调节训练（Emotion Regulation Training）、痛苦忍受训练（Distress Tolerance Training）。正念技能旨在提高患者对拔毛行为和拔毛冲动的意识，以及对可能触发拔毛行为的内外部线索的注意；情绪调节旨在增加对负面情绪的调节能力，学会使用拔毛以外的方式调节情绪；痛苦忍受技能旨在帮助患者在不拔毛的情况下忍受痛苦，包括忍受强烈的拔毛渴求（Keuthen et al.，2010）。

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

库森（2012）等考察了 DBT 用于治疗拔毛癖的效果。38 名拔毛癖患者被随机分配到治疗组（N=20）和对照组（N=18），经过 11 周（每周一次，每次 50 分钟）的 DBT 强化习惯逆转技术的治疗，患者的情绪调节能力以及拔毛癖严重程度发生显著改善，并在 6 个月的随访中基本保持，证明了 DBT 强化习惯逆转技术可以有效治疗拔毛癖。由于该研究中采用的治疗方法为 DBT 与 HRT 的结合，因此 DBT 单独使用是否有效需要进一步探究。

6　总结与展望

拔毛癖是一种慢性精神障碍，如果不经治疗，通常会导致严重的心理社会功能障碍，降低患者生活质量（Grant and Chamberlain，2016）。对于拔毛癖患者来说，尴尬、羞耻，困惑、沉默，以及对该疾病的污名化充斥着日常经历，一些患者会不遗余力地掩饰拔毛行为及其后果，并因此耽误治疗（Bradley and Ecks，2018）。人们需要迫切认识和了解拔毛癖，随着研究者的不断关注，大量研究涉及了该疾病的各个方面。美国 DSM–5 对拔毛癖的分类和诊断标准的修订，体现了人们对拔毛癖认识的加深。然而，目前对于该疾病的认识仍然不够充分，相关研究可以从以下几方面谋求突破。

首先，有关拔毛癖大规模流行病学的调查仍然不足。由于诊断标准、样本代表性等方面的原因，在拔毛癖的患病率、性别分布、发病年龄等方面，已有的研究之间存在差异。拔毛癖常在儿童期发病，然而针对儿童的大规模调查难以实施，因此缺乏相关的数据。拔毛癖患者通常隐瞒自己的情况，因此未来的调查需要考虑如何解决这一问题。目前普遍将拔毛癖划分为自动型、意识型，然而大多数患者表现为两种类型的混合，所以需要对拔毛癖进行更细致的划分。例如，最近一项研究将拔毛癖分为三种亚型：感觉敏感型，低意识拔毛型，以及“强迫性 / 完美主义拔毛型”（Grantet al.，2021）。对该疾病更细致的分类，不仅有助于探求形成机制，还能为临床个性化治疗提供依据。

其次，拔毛癖与相关变量的研究多为横断设计，其因果关系需要进一步探究。拔毛癖患者通常表现出较低自尊，但是早期较低的自尊是否为拔毛癖的诱因，需要进一步探讨。拔毛癖通常共病焦虑症、抑郁症等精神障碍，这些疾病之间的相互关系需要理清。虽然少量研究发现创伤与人格因素与拔毛癖有关，但是同样无法证明因果关系。未来可以开展纵向研究，关注拔毛癖早期的发展，以明确各变量间因果关系的方向性；此外，对比治疗前后患者在相关变量上的变化，也有利于明确因果关系。

再次，拔毛癖的形成机制还未得到充分认识，生理、心理、社会以及家庭等多方面因素需要进一步探索。目前来看，有关拔毛癖遗传与基因的证据不够充分，关于基因的研究多停留在非人类动物模型；认知神经、生理学等相关的研究尚难以证明因果关系；刺激调节模型虽然可以解释最初拔毛癖的成因，但需要更多实证支持，而综合行为模型、情绪调节模型更适合解释拔毛癖的维持过程。未来可以继续加强对拔毛癖遗传与脑机制等方面的研究，使用相关心理学范式评估拔毛癖患者的认知功能。虽然情绪调节与拔毛癖的研究相对较多，但情绪调节发生前必然涉及对情绪的识别，因此可加强对情绪意识、述情障碍等有关情绪识别方面的研究。与此同时，要注重各理论间的结合，例如将 HOXB8 基因突变等遗传因素与情绪调节模型相结合，或许可以解释为什么拔毛癖患者最初采用拔毛作为情绪调节的方式。除此之外，文献表明家庭环境因素在精神疾病的发生和维持中扮演重要角色（Keuthen et al.，2013），然而当前拔毛癖在该领域的研究仍存在较大空缺，家庭结构、家庭教养方式、家庭关系

可能与拔毛癖的发生有关。

最后，现有的治疗方法需要进一步评估和优化，更多的方法需要进行探索。目前 HRT、ACT、DBT 等认知行为疗法是良好的选择。但是心理治疗有其缺点，例如周期较长，治疗师需要具备专业技能，需要患者和家属的配合等。药物治疗的有效性是高度个体化的，并且可能存在一定副作用，未来需要进行更多对照试验来评估各种药物治疗的有效性（Johnson and El-Alfy，2016）。除此之外，更多的治疗方法需要进行探索，例如有研究者尝试并初步证明使用重复经颅磁刺激（rTMS）、元认知疗法的有效性（Kar et al.，2020；Shareh，2018）。

我国研究者对拔毛癖的关注度稍显不足，系统的研究也较为缺乏。例如，还尚未开展有关拔毛癖流行病学的大样本调查。另外，对于国外研究中普遍使用拔毛癖评估量表，尚未翻译成中文版并进行信效度的检验，不利于研究的开展以及各研究间标准的统一。由于拔毛癖与人们对头发等外貌特征的看法相关，具备一定的社会文化属性，所以本土化的研究十分必要。未来的研究需要充分借助临床与网络的力量，以便更好地对拔毛癖群体进行调查研究。

参考文献

[1] 施国春，赵东妍，范会勇．2004 至 2016 年中国大学生身体自尊的变迁：一项横断历史研究［J］．心理发展与教育，2021，37（5）：648-659.

[2] 谭梦鸽，任志洪，赵春晓，等．辩证行为疗法：理论背景、治疗效果及作用机制［J］．心理科学，2021，44（2）：481-488.

[3] 王敏建，倪思利，魏华，等．氟伏沙明治疗儿童拔毛癖的临床分析［J］．中华行为医学与脑科学杂志，2015，24（9）：816-819.

[4] 曾祥龙，刘翔平，于是．接纳与承诺疗法的理论背景、实证研究与未来发展［J］．心理科学进展，2011，19（7）：1020-1026.

[5] Alireza G N，Estilaee F，Sadeghi M．Familial trichotillomania：Role of genetic factors in the determination of subtypes［J］．Acta Neuropsychiatr，2013，25（3）：187-190.

[6] Altenburger E M，Tung E S，Keuthen N J．Body esteem in adolescent hair pullers［J］．Journal of Behavioral Addictions，2014，3（2）：124-127.

[7] American Psychiatric Association．Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：5th ed［M］．Washington，DC：American Psychiatric Association，2013.

[8] Angelakis I，Pseftogianni F．Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance：A systematic review and meta-analysis［J］．Journal of Psychiatric Research，2021（138）：228-239.

[9] Arabatzoudis T，Rehm I C，Nedeljkovic M．et al．Emotion regulation in individuals with and without trichotillomania［J］．Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders，2017（12）：87-94.

[10] Asplund M，R ü ck C，Lenhard F，et al．ACT-enhanced group behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder：A feasibility study［J］．Journal of Clinical Psychology，2021，77（7）：1537-1555.

[11] Baczynski C，Sharma V．Pharmacotherapy for trichotillomania in adults［J］．Expert Opinion on Pharmacotherapy，2020，21（12）：1455-1466.

[12] Bezerra A P，Machado M O，Maes M，et al．Trichotillomania-psychopathological correlates and associations

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

with health-related quality of life in a large sample [J]. CNS Spectrrums, 2021, 26(3): 282-289.

[13] Bloch M H, Panza K E, Grant J E, et al. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial [J]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2013, 52(3): 231-240.

[14] Bottesi G, Cerea S, Razzetti E, et al. Investigation of the phenomenological and psychopathological features of trichotillomania in an Italian sample [J]. Frontiers in Psychology, 2016(7): 256.

[15] Bradley B, Ecks S. Disentangling family life and hair pulling: Trichotillomania and relatedness [J]. Medical Anthropology, 2018, 37(7): 568-581.

[16] Brennan E, Woods D W, Franklin M E, et al. The role body-esteem plays in impairment associated with hair-pulling and skin picking in adolescents [J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2017(12): 46-51.

[17] Cavic E, Valle S, Chamberlain S R, et al. Sleep quality and its clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder [J]. Comprehensive Psychiatry, 2021(105): 152-221.

[18] Chamberlain S R, Menzies L A, Fineberg N A, et al. Grey matter abnormalities in trichotillomania: Morphometric magnetic resonance imaging study [J]. British Journal of Psychiatry, 2008, 193(3): 216-221.

[19] Crosby J M, Dehlin J P, Mitchell P R, et al. Acceptance and commitment therapy and habit reversal training for the treatment of trichotillomania [J]. Cognitive and Behavioral Practice, 2012, 19(4): 595-605.

[20] Curley E, Tung E S, Keuthen N J. Trait anger, anger expression, and anger control in trichotillomania: Evidence for the emotion regulation model[J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2016(9): 77-81.

[21] Diefenbach G J, Tolin D F, Hannan S, et al. Trichotillomania: Impact on psychosocial functioning and quality of life [J]. Behaviour Research and Therapy, 2005, 43(7): 869-884.

[22] Duke D C, Bodzin D K, Tavares P, et al. The phenomenology of hairpulling in a community sample [J]. Journal of Anxiety Disorders, 2009, 23(8): 1118-1125.

[23] Duke D C, Keeley M L, Geffken G R, et al. Trichotillomania: A current review [J]. Clinical Psychology Review, 2010, 30(2): 181-193.

[24] Duke D C, Keeley M L, Ricketts E J, et al. The Phenomenology of Hairpulling in College Students [J]. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2010, 32(2): 281-292.

[25] Falkenstein M J, Haaga D A. Symptom accommodation, trichotillomania-by-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder) [J]. Comprehensive Psychiatry, 2016(65): 88-97.

[26] Farhat L C, Olfson E, Nasir M, et al. Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis [J]. Depress and Anxiety, 2020, 37(8): 715-727.

[27] Flessner C A, Conelea CA, Woods D W, et al. Styles of pulling in trichotillomania: Exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact [J]. Behaviour Research and Therapy, 2008, 46(3): 345-357.

[28] Franklin M E, Flessner C A, Woods D W, et al. The child and adolescent trichotillomania impact project: Descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization [J]. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 2008, 29(6): 493-500.

[29] Gershuny B S, Keuthen N J, Gentes E L, et al. Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania [J]. Journal of Clinical Psychology, 2006, 62 (12): 1521-1529.

[30] Grant J E. Trichotillomania (hair pulling disorder) [J]. Indian Journal of Psychiatry, 2019, 61 (7): 136-139.

[31] Grant J E, Chamberlain S R. Trichotillomania [J]. American Journal of Psychiatry, 2016, 173 (9): 868-874.

[32] Grant J E, Chamberlain S R. Salivary sex hormones in adolescent females with trichotillomania [J]. Psychiatry Research, 2018 (265): 221-223.

[33] Grant J E, Chamberlain S R. Personality traits and their clinical associations in trichotillomania and skin picking disorder [J]. BMC Psychiatry, 2021, 21 (1): 203.

[34] Grant J E, Dougherty D D, Chamberlain S R. Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania [J]. Psychiatry Research, 2020 (288): 112948.

[35] Grant J E, Odlaug B L, Kim S W. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: A double-blind, placebo-controlled study [J]. Archives of General Psychiatry, 2009, 66 (7): 756-763.

[36] Grant J E, Peris T S, Ricketts E J, et al. Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample [J]. Joural of Psychiatric Research, 2021 (137): 603-612.

[37] Grant J E, Redden S A, Leppink E W, et al. Trichotillomania and co-occurring anxiety [J]. Comprehensive Psychiatry, 2017 (72): 1-5.

[38] Grant J E, Redden S A, Medeiros G C, et al. Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety [J]. International Journal Psychiatry Clinical Practice, 2017, 21 (4): 302-306.

[39] Houghton D C, Mathew A S, Twohig M P, et al. Trauma and trichotillomania: A tenuous relationship [J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2016 (11): 91-95.

[40] Haaland T, Eskeland S O, Moen E M, et al. ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: An effectiveness study [J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2017 (12): 109-116.

[41] Isobe M, Redden S A, Keuthen N J, et al. Striatal abnormalities in trichotillomania: a multi-site MRI analysis [J]. Neuroimage Clinical, 2018 (17): 893-898.

[42] Jafferany M, Mkhoyan R, Stamu-O'Brien C, et al. Nonpharmacological treatment approach in trichotillomania (hair-pulling disorder) [J]. Dermatologic Therapy, 2020, 33 (4): e13622.

[43] Johnson J, El-Alfy A T. Review of available studies of the neurobiology and pharmacotherapeutic management of trichotillomania [J]. Journal of Advanced Research, 2016, 7 (2): 169-184.

[44] Kar S K, Dixit S, AgarwalV, et al. Successful treatment of trichotillomania with repetitive transcranial magnetic stimulation: A report of two cases with review of literature [J]. Asian Journal of Psychiatry, 2020 (49): 101987.

[45] Keuthen N J, Altenburger E M, Pauls D. A family study of trichotillomania and chronic hair pulling [J]. American Journal Medical Genetics B-Neuropsychiatric Genetics, 2014, 165b (2): 167-174.

[46] Keuthen N J, Fama J, Altenburger E M, et al. Family environment in adolescent trichotillomania [J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2013, 2 (4): 366-374.

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

[47] Keuthen N J, Makris N, Schlerf J E, et al. Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania [J]. Biological Psychiatry, 2007, 61 (3): 374–381.

[48] Keuthen N J, O'Sullivan R L, Goodchild P, et al. Retrospective review of treatment outcome for 63 patients with trichotillomania [J]. American Journal of Psychiatry, 1998, 155 (4): 560–561.

[49] Keuthen N J, O'Sullivan R L, Hayday C F, et al. The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive hairpulling [J]. Psychotherapy and Psychosomatics, 1997, 66 (1): 33–37.

[50] KeuthenN J, Rothbaum B O, Fama J, et al. DBT–enhanced cognitive–behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial [J]. Journal of Behavioral Addictions, 2012, 1 (3): 106–114.

[51] Keuthen N J, Rothbaum B O, Welch S S, et al. Pilot trial of dialectical behavior therapy–enhanced habit reversal for trichotillomania [J]. Depress and Anxiety, 2010, 27 (10): 953–959.

[52] Keuthen N J, Tung E S, Altenburger E M, et al. Trichotillomania and personality traits from the five–factor model [J]. Revista Brasileira De Psiquiatria, 2015, 37 (4): 317–324.

[53] Lee E B, Homan K J, Morrison K L, et al. Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents [J]. Behavior Modification, 2020, 44 (1): 70–91.

[54] Lewin A B, Piacentini J, Flessner C A, et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania [J]. Depress and Anxiety, 2009, 26 (6): 521–527.

[55] Lochner C, Demetriou S, Kidd M, et al. Hair–Pulling does not necessarily serve an emotion regulation function in adults with trichotillomania [J]. Frontiers in Psychology, 2021 (12).

[56] Lochner C, du Toit P L, Zungu–Dirwayi N, et al. Childhood trauma in obsessive–compulsive disorder, trichotillomania, and controls [J]. Depress and Anxiety, 2002, 15 (2): 66–68.

[57] Lochner C, Keuthen N J, Curley E E, et al. Comorbidity in trichotillomania (hair–pulling disorder): A cluster analytical approach [J]. Brain and Behavior, 2019, 9 (12): e01456.

[58] MacPherson H A, Cheavens J S, Fristad M A. Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes [J]. Clinical Child and Family Psychology Review, 2013, 16 (1): 59–80.

[59] Mansueto C S, Stemberger R M, Thomas A M, et al. Trichotillomania: A comprehensive behavioral model [J]. Clinical Psychology Review, 1997, 17 (5): 567–577.

[60] Morris S H, Zickgraf H F, Dingfelder H E, et al. Habit reversal training in trichotillomania: Guide for the clinician [J]. Expert Review of Neurotherapeutics, 2013, 13 (9): 1069–1077.

[61] Nagarajan N, Jones B W, West P J, et al. Corticostriatal circuit defects in Hoxb8 mutant mice [J]. Molecular Psychiatry, 2018, 23 (9): 1868–1877.

[62] Neal–Barnett A, Statom D, Stadulis R. Trichotillomania symptoms in African American women: Are they related to anxiety and culture? [J]. CNS Neuroscience and Therapeutics, 2011, 17 (4): 207–213.

[63] Novak C E, Keuthen N J, Stewart S E, et al. A twin concordance study of trichotillomania [J]. American Journal Medical Genetics part B–Neuropsychiatric Genetics, 2009, 150b (7): 944–949.

[64] O'Sulliva R L, Rauch S L, Breiter H C, et al. Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging [J]. Biological Psychiatry, 1997, 42 (1): 39–45.

[65] Odlaug B L, Grant J E. Impulse–control disorders in a college sample: Results from the self–administered minnesota impulse disorders interview (MIDI) [J]. Primary Care Companion to the Journal of Clinical

Psychiatry，2010，12（2）.

[66] Olenik-Shemesh D，Heiman T，Keshet N S. The role of career aspiration，self-esteem，body esteem，and gender in predicting sense of well-being among emerging adults[J]. Journal of Genetic Psychology，1018，179(6)：343-356.

[67] Özten E，Sayar G H，Eryılmaz G，et al. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking [J]. Neuropsychiatric Disease Treatment，2015（11）：1203-1210.

[68] Panza K E，Pittenger C，Bloch M H. Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania [J]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry，2013，52（3）：241-249.

[69] Penzel F. The hair-pulling problem：A complete guide to trichotillomania [J]. New York：Oxford University Press，2003.

[70] Ramot Y，Maly A，Horev L，et al. Familial trichotillomania in three generations [J]. International Journal of Trichology，2013，5（2）：86-87.

[71] Rehm I，Moulding R，Nedeljkovic M. Psychological treatments for trichotillomania：Update and future directions [J]. Australas Psychiatry，2015，23（4）：365-368.

[72] Roberts S，O'Connor K，AardemaF，et al. The role of emotion regulation in body-focused repetitive behaviours [J]. The Cognitive Behaviour Therapist，2016，9（e7）：1-17.

[73] Roberts S，O'Connor K，B é langer C. Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors [J]. Clinical Psychology Review，2014，33（6）：745-762.

[74] Santanu，Gautam，Surajit，et al. Correlation of perceived stress with symptom severity and quality of life in trichotillomania patients [J]. Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences，2016，5（30）：1518-1521.

[75] Shareh H. A preliminary investigation of metacognitive therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania [J]. Behavioural and Cognitive Psychotherapy，2018，46（1）：1-20.

[76] Shusterman A，Feld L，Baer L，et al. Affective regulation in trichotillomania：Evidence from a large-scale internet survey [J]. Behaviour Research and Therapy，2009，47（8）：637-644.

[77] Siwiec S，Mcbride D L. Emotional regulation cycles in trichotillomania（Hair-Pulling Disorder）across subtypes [J]. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders，2016（10）：84-90.

[78] Snorrason I，Ricketts E J，Stein A T，et al. Sex differences in age at onset and presentation of trichotillomania and trichobezoar：A 120-year systematic review of cases [J]. Child Psychiatry and Human Development.

[79] Soriano J L，O'Sullivan R L，Baer L，et al. Trichotillomania and self-esteem：A survey of 62 female hair pullers [J]. The Journal of Clinical Psychiatry，1996，57（2）：77-82.

[80] Stemberger R M，Thomas A M，Mansueto C S，et al. Personal toll of trichotillomania：behavioral and interpersonal sequelae [J]. Journal of Anxiety Disorders，2000，14（1）：97-104.

[81] Torales J，Ruiz Díaz N，Ventriglio A，et al. Hair-pulling disorder（Trichotillomania）：Etiopathogenesis，diagnosis and treatment in a nutshell [J]. Dermatologic Therapy，2021，34（1）：e13466.

[82] Tung E S，Flessner C A，Grant J E，et al. Predictors of life disability in trichotillomania [J]. Comprehensive Psychiatry，2015（56）：239-244.

[83] Uhlmann A，Dias A，Taljaard L，et al. White matter volume alterations in hair-pulling disorder（trichotillomania）[J]. Brain Imaging and Behavior，2020，14（6）：2202-2209.

[84] Van Ameringen M，Mancini C，Patterson B，et al. A randomized，double-blind，placebo-controlled trial of

https://doi.org/10.35534/pc.0402014

olanzapine in the treatment of trichotillomania［J］. Journal of Clinical Psychiatry，2010，71（10）：1336–1343.

［85］Wetterneck C，Singh R S，Woods D W. Hair pulling antecedents in trichotillomania：Their relationship with experiential avoidance［J］. Bulletin of The Menninger Clinic，2020，84（1）：35–52.

［86］Wetterneck C T，Lee E B，F Lessner C A，et al. Personality characteristics and experiential avoidance in trichotillomania：Results from an age and gender matched sample［J］. Journal of Obsessive–Compulsive and Related Disorders，2016（8）：64–69.

［87］Wetterneck C T，Woods D W，Norberg M M，et al. The social and economic impact of trichotillomania：Results from two nonreferred samples［J］. Behavioral Interventions，2010（21）.

［88］WoodsD W，Flessner C A，Franklin M E，et al. The Trichotillomania Impact Project（TIP）：exploring phenomenology，functional impairment，and treatment utilization［J］. Journal of Clinical Psychiatry，2006，67（12）：1877–1888.

Psychological Impairment, Formation Mechanism and Treatment in Trichotillomania

Xie Junjie　Wang Yunqiang

Nanjing Normal University, Nanjing

Abstract: Trichotillomania (TTM) is a debilitating mental disorder. Patient's behavior is characterized by the repetitive pulling out of own hair, resulting in hair loss and marked psychological impairment. Patients with TTM usually show lower self-esteem, suffer from mental disorders such as anxiety and depression, and their psychosocial function is seriously affected. However, the formation mechanism of TTM is not clear. Researchers have explored and explained it from the aspects of genetics, biology, trauma and personality. Relevant psychological models have been proposed to understand the occurrence and development of TTM. Cognitive behavioral therapy such as habit reversal training, acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy are often used as psychotherapy, but there are no first-line medications that would be generally accepted for treatment. At present, the academic circles lack of understanding of TTM. Future research can be carried out from many aspects, such as epidemiology, comorbid symptoms, formation mechanism, treatment and so on.

Key words: Trichotillomania; Psychological impairment; Formation mechanism; Psychological model; Treatment