

The Diagnosis and Treatment for Dermatillomania

Jianzheng Du, Zhuxiao Feng

Department of Psychology, Guangzhou University, Guangzhou
Email: dujzh@126.com, 1066697929@qq.com

Received: Apr. 28th, 2013; revised: May 16th, 2013; accepted: Jun. 1st, 2013

Copyright © 2013 Jianzheng Du, Zhuxiao Feng. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: Dermatillomania is an impulse control disorder characterized by the repeated urge to pick at one's own skin, often to the extent that damage is caused. Dermatillomania will be written into DSM-V. Dermatillomania can cause feeling of guilt, shame, and embarrassment in individuals, and this increases the risk of self-harm. Some theories regarding the causes of dermatillomania have been proposed. The two main methods for treating dermatillomania are pharmacological and behavioral intervention.

Keywords: Dermatillomania; Obsessive-Compulsive Disorder

抓搔症的诊断与干预

杜建政, 冯朱晓

广州大学心理学系, 广州
Email: dujzh@126.com, 1066697929@qq.com

收稿日期: 2013年4月28日; 修回日期: 2013年5月16日; 录用日期: 2013年6月1日

摘要: 抓搔症首次写入 DSM-5, 被纳入强迫性障碍和相关障碍章节。抓搔症主要表现为重复性和强迫性的抓搔, 并导致皮肤损伤。虽然与强迫性障碍和相关障碍有诸多联系, 但抓搔症的临床表现、诊断标准和治疗方法, 都与其他精神疾病有很大区别。抓搔症患者往往对自己的行为感到尴尬和羞愧, 并因而失于治疗。目前, 对抓搔症的治疗, 主要从药物治疗和行为干预两个方面着手。

关键词: 抓搔症; 强迫症

1. 引言

抓搔皮肤是广泛存在于人类和某些动物(如灵长类的猩猩)中的常见行为。蚊叮虫咬、偶尔的体表不适等, 都能引起皮肤抓搔行为。但如果有人表现出无临床皮肤疾病源的、不受控制的、重复性的皮肤抓搔行为, 甚至皮肤组织受损仍不停手, 则应考虑其是否罹患抓搔症(Dermatillomania)。

抓搔症指非皮肤病引起的皮肤抓搔, 伴随以迫切的抓搔需求和难以控制的、重复的、过度的抓搔行为, 并导致皮肤组织损伤以及永久的疤痕(Willhelm et al.,

1999)。抓搔症的核心特征在于“不可控”(Jentsch & Taylor, 1999)。

“抓搔症”的首次提出, 是在 1898 年。法国皮肤科医生 Brocq 描述了一些少女不受控制地抓搔痤疮(引自 Odlaug & Grant, 2010)。较之于其他障碍, 如拔毛癖(Trichotillomania, TTM)和刻板运动障碍(Stereotyped Movement Disorder, SMD), 人们对抓搔症的研究和临床关注更少。但近年来有关抓搔症的流行病学调查发现, 患抓搔症的人并不在少数。为了评估一般社区样本的患病率, 一些学者在美国进行了一项电话

调查, 结果发现, 16.6%的受访者($n = 2511$)曾将自己的皮肤抓搔到出现明显组织损伤的程度, 其中 1.4%的受访者的痛苦或损伤程度符合皮肤抓搔障碍的诊断标准(Keuthen, Koran, Aboujaoude, Large, & Serpe, 2010)。另一项对美国社区样本($n = 354$)进行的调查发现, 皮肤抓搔障碍的患病率是 5.4%(Hayes, Storch, & Berlanga, 2009)。

抓搔症不仅具有高患病率, 而且与其他精神疾病具有高共病率。如果病情严重, 甚至可能导致患者死亡。这使得抓搔症成为一个值得关注的公共健康问题(Arnold, Auchenbach, & McElroy, 2001; Flessner & Woods, 2006; Grant & Odlaug, 2009; Wilhelm et al., 1999)。近期, 抓搔症首次写入美国精神疾病诊断和统计手册第五版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, DSM-5), 被纳入强迫症和相关障碍章节(American Psychiatric Association, 2012)。

但值得一提的是, 是否应该在 DSM-5 中为抓搔症创建一个单独的类别, 目前学界对此尚存争议。反对把抓搔症列入 DSM-5 的原因主要有两个: 1) 抓搔症可能只是诸如强迫症或恐畸症(Body Dysmorphic Disorder)等障碍中的一个潜在症状; 2) 抓搔症只是一个不良行为习惯, 如果把这一不良行为习惯列入 DSM-5, 作为一个独立的精神障碍, 那么, 啃指甲、挖鼻孔之类的癖好, 似乎也应当列入 DSM(引自 Stein et al., 2010)。

Stein 等(2010)坚持认为, 抓搔症应当被列为独立的精神障碍, 原因如下: 1) 抓搔症是作为主要障碍出现的, 而不是某一精神障碍中的子症状; 2) 抓搔症具有明确的临床特征; 3) 对抓搔症的临床特征和诊断标准的研究日益深入; 4) 为抓搔症建立一个独立的分类, 已有足够的证据支持; 5) 抓搔症具有高患病率; 6) 抓搔症的诊断标准已经有学者提出; 7) 将抓搔症列为一个独立的分类, 可以促进有关研究, 开发更为有效的疗法; 8) 把抓搔症列为一个独立的分类, 可以鼓励更多的患者接受治疗。

2. 抓搔症的诊断标准

以往的文献, 对抓搔症有多种命名, 除 Dermatillomania 之外, 还有 Skin Picking Disorder、Pathologic Skin Picking (PSP)、Neurotic Excoriation、Compulsive Skin

Picking (CSP)、Psychogenic Excoriation 等, 不一而足。

2001 年, Arnold、Auchenbach 和 McElroy 曾提出精神病性皮肤抓搔(psychogenic excoriation)的诊断标准。近几年, 随着对抓搔症研究的逐步深入, 许多学者相继提出了抓搔症的诊断标准(Stein et al., 2010)。

最具代表性的, 是 Stein 等(2010)提出的皮肤抓搔症(Skin Picking Disorder, SPD)的诊断标准: 1) 复发性的皮肤抓搔造成皮肤损伤; 2) 心理困扰使其痛苦, 使其在社会、职业, 或其他重要生活领域受到损害; 3) 此皮肤抓搔不是由药物的直接生理效应(如安非他命中毒), 或其他疾病(如皮肤病)引起的; 4) 此皮肤抓搔不属其他精神疾病的症状, 如妄想症患者坚信皮肤感染, 恐畸症患者专注于外表。

Odlaug 和 Grant(2010)提出病理性皮肤抓搔(Pathological Skin Picking, PSP)的诊断标准: 1) 复发性的皮肤抓搔导致明显的组织损伤; 2) 感觉有东西入侵皮肤, 迫切需要抓搔; 3) 抓搔前有紧张、焦虑或激动情绪; 4) 抓搔过程中感觉愉悦, 轻松或满足; 5) 抓搔不是由另一种生理疾病或精神障碍而引起的, 如疥疮、湿疹、滥用可卡因和安非他命; 6) 患者因为抓搔症而遭受巨大的压力, 社会机能或职业发展受到损害。

另外, 还有简单的诊断标准: 1) 复发性的皮肤抓搔, 导致明显的组织损伤; 2) 患者因抓搔症而承受巨大的心理困扰, 影响社会机能或职业的发展。这一标准常见于有关文献中(Keuthen et al., 2000)。

皮肤抓搔症和病理性皮肤抓搔的诊断标准, 其相同之处在于, 都包含因抓搔而引起的生理损伤和情感痛苦、对生活的影响, 其抓搔有别于其他皮肤疾病或精神疾病; 其不同之处在于, 病理性皮肤抓搔诊断标准包含抓搔行为前后的情绪变化。

3. 抓搔症的主要表现与临床鉴别

抓搔症具有一系列典型的临床特征, 经常始发于皮肤病, 如痤疮。

虽然任何年龄段都有可能出现抓搔症, 但抓搔症似乎有两个高发年龄段: 青少年期和 30~45 岁之间(Arnold et al., 1998)。也有报告指出, 在 40 例抓搔症患者中, 10 岁之前儿童就占 47.5%(Odlaug & Grant, 2007)。

抓搔症更常见于女性(Arnold et al., 1998; Keuthen et al., 2000; Odlaug & Grant, 2008)。

抓搔症患者经常花费大量时间来抓搔皮肤,甚至每天达数小时(Odlaug & Grant, 2008)。头部和脸部是最常见的抓搔部位,其他部位如手、手指、躯干、手臂、腿、背、和腹部也是较常见的抓搔部位(Odlaug & Grant, 2010)。大多数患者报告他们的抓搔行为会针对某一个主要部位。许多病人还报告,为使经常抓搔而受损的部位痊愈,他们会暂时选择其他部位(Bohne et al., 2002)。少数患者使用镊子或其他物件进行抓搔(Grant & Odlaug, 2009b)。

严重的抓搔症还可能导致患者出现生理问题,甚至危及生命。严重的医疗后果,也会导致患者需要神经外科的介入,如在多种药物尝试和皮肤移植失败后,需要使用伽玛刀放射治疗(Kondziolka & Hudak, 2008)。

抓搔症患者常常会并发其他精神疾病。Odlaug 和 Grant(2008)的研究对象为 60 名抓搔症患者,其中 56.7% 出现 DSM-IV 轴 I 中的障碍。最常见的抓搔症共病是强迫症(16.7%~68.0%)、拔毛癖(38.3%)、毒品依赖(38%)、重度抑郁症(31.7%~58.1%)、焦虑症(23%~56%)、恐畸症(26.8%~44.9%) (Arnold et al., 1998; Grant, Menard, & Phillips, 2006; Lochner, Simeon, Niehaus, & Stein, 2002; Odlaug & Grant, 2008; Wilhelm et al., 1999)。

从另一角度看,其他精神疾病患者中,抓搔症的出现率也很高,恐畸症患者($n = 176$)中,曾罹患抓搔症者占 44.9%;强迫症患者($n = 293$)中,占 8.9%;拔毛癖患者($n = 24$)中,占 8.3% (Grant, Mancebo, Pinto, Eisen, & Rasmussen, 2006)。

一些药物影响和皮肤病,包括湿疹、牛皮癣、糖尿病、肝脏或肾脏疾病、霍奇金病、真性红细胞增多、全身性红斑等,也有可能引起皮肤瘙痒和抓搔皮肤。

皮肤抓搔也可能是普拉德·威利综合征(Prader-Willi Syndrome)的一个症状。普拉德-威利综合征是一种遗传性疾病,其特点是肌张力减退、身材矮小、智障、性腺机能减退、食欲过盛和肥胖(Arnold, Auchenbach, & McElroy, 2001)。普拉德·威利综合征患者中,大约 97% 表现出抓搔行为(Odlaug & Grant, 2010)。

因此,对抓搔症进行诊断之前,应先进行全面的精神病鉴别诊断,以及身体检查。

抓搔症和强迫症常有明显的临床重叠。强迫症患者常报告说,他们的抓搔行为是对污点的强迫反应。抓搔症的自发性症状和强迫性抓搔行为,也往往是其他疾病的表现之一,如抽动秽语综合征或强迫症,这两种疾病都属于强迫型人格障碍(Obsessive-Compulsive, OC)(Stein, Chamberlain, & Fineberg, 2006)。值得注意的是,抓搔症患者中,患有拔毛癖或强迫症的比例远高于正常人群(Cullen et al., 2001; Odlaug & Grant, 2008; Wilhelm et al., 1999)。还有报告称,强迫症患者和他们的直系亲属中,抓搔症的患病率较高(Cullen et al., 2001)。另外,一些学者采用认知神经科学的研究方法,评估强迫症和抓搔症的自发性症状和认知功能,结果表明,强迫症和抓搔症之间存在神经生物学的相似性(Chamberlain, Fineberg, Blackwell, Robbins, & Sahakian, 2006; Odlaug, Grant, & Chamberlain, 2010)。以上研究表明,抓搔症、强迫症和拔毛癖之间,可能是有关联的。

有诸多不同来源的数据支持把抓搔症归类到强迫症和相关障碍章节,因而有人提出,抓搔症应该属于 OC 范畴(Bienvenu et al., 2000)。Ferrão、Miguel 和 Stein(2009)也曾就 DSM-V 中关于强迫性障碍的范围,提出类似观点。

然而,抓搔症和强迫症之间也存在着很大差异(Grant, Odlaug, Chamberlain, & Kim, 2010),特别是在临床特征上:强迫症患者性别分布相当(转自 Odlaug & Grant, 2010),而抓搔症中,女性占绝大多数(Arnold et al., 1998; Keuthen et al., 2000; Odlaug & Grant, 2008);还有,相同的疗法(如高剂量摄取抑制剂),通常对强迫症更有效,而对抓搔症疗效较差(Bloch, Elliott, Thompson, & Koran, 2001; Arbabi et al., 2008);此外,与强迫症不同,抓搔行为很少受强迫思维影响(Odlaug & Grant, 2010)。

4. 抓搔症的测量评定

目前,抓搔症的评定量表为数不多。Keuthen 和 Wilhelm 等(2001)编制了一个包含 6 个项目的评定量表(Skin Picking Scale, SPS)。量表要求被试报告自己过去一周的情况:1) 迫切需要抓搔皮肤的频率;2) 迫

切需要抓搔皮肤的强度；3) 抓搔皮肤花费的时间；4) 抓搔症带来的困扰；5) 抓搔症引起的痛苦感受/被阻止抓搔皮肤时的痛苦感受；6) 抓搔症引起的回避行为。每条项目得分从 0 分(无)到 4 分(强烈)，总分为 24 分。根据敏感性和特异性得分分析，总分在 7 分或以上的，属于自损性皮肤抓搔行为，以此区分患者与非患者。Keuthen 和 Wilhelm 等(2001)的研究对象包括 28 名抓搔症患者和 77 名非抓搔症患者(如承认偶尔有抓搔行为的大学生)。结果显示，该量表有很好的内部一致性信度(Cronbach's $\alpha = 0.80$)和量表项目相关系数($r = 0.49$)。

但是，该量表也存在诸多不足。首先，量表未检测抓搔行为的因素构成，比如，抓搔时间和严重程度之间几无关联，应分属不同的因素(Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer, & Jenike, 2002; Keuthen et al., 2000)；其次，项目内容不全，比如，未包括见于诸多文献的不可控行为(Arnold et al., 1998; Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins, & Sahakian, 2005; Snorrason, Smari, & Olafsson, 2011; Wilhelm et al., 1999)，也未包括抓搔行为引起的损伤程度(Arnold, Auchenbach, & McElroy, 2001; Stein et al., 2010; Keuthen et al., 2000)；再者，测量情绪的项目，用词模棱两可。

Snorrason 等(2012)在 SPS 的基础上编制了皮肤抓搔量表的修订版(Skin Picking Scale-Revised, SPS-R)。此版本包括 8 个项目，新增的 2 个项目是有关抓搔症的冲动控制程度和损伤程度的。检验结果显示，其内部一致性信度、区分效度都较好。

另外，Keuthen 和 Deckersbach 等(2001)编制了一个评定皮肤抓搔的心理-社会影响的量表(Skin Picking Impact Scale, SPIS)。SPIS 是包含 10 个项目的自我评定量表，要求患者报告过去一周的抓搔行为对社会、行为和情绪的影响结果。每个项目得分从 0 分(无)到 5 分(严重)，总分为 0~50 分。检验结果显示，该量表有很好的内部一致性信度(Cronbach's $\alpha = 0.91$)，量表项目相关系数 r 为 0.42。

Schuck, Keijsers 和 Rinck(2011)用自我控制认知问卷(Self-Control Cognition Questionnaire, SCCQ)来测评抓搔症引起的认知功能紊乱。SCCQ 是包含 11 个项目的自评量表，测量行为习惯带来的影响(如，当我感觉悲伤，我希望抓搔皮肤能让我好过些)，以及改掉不

良习惯的信念(如，我认为我不能控制自己不去抓搔皮肤)。每个项目得分从 1 分(一点儿也不符合)到 5 分(非常符合)，总分从 11 分到 55 分。已有的研究表明，SCCQ 的所有项目都适用于测评抓搔症。高得分者患抓搔症的可能性更高，也更容易形成抓搔皮肤的行为习惯。检验结果显示 SCCQ 的内部一致性信度良好(Cronbach's $\alpha = 0.75$)。

5. 抓搔症的病理研究

学者就抓搔症提出了不同的病因学理论。

心理动力学说，通过自我毁灭的抓搔行为(和抓搔引起的创伤)，向父母显示自己的权力，是对专制型父母压抑愤怒的表现。婚姻冲突、早期经历、或最亲近的人死亡、意外怀孕都会触发患病(转自 Odlaug & Grant, 2010)。

也有心理学家提出，随着抓搔行为的增多，抓搔症患者容忍压力、应对压力的能力下降(Doran, Roy, & Wolkowitz, 1985)。许多抓搔症患者报告，抓搔行为开始于诸如痤疮之类的皮肤病(Wilhelm et al., 1999)，但皮肤病痊愈之后，抓搔行为依然保留。

近年来，随着有关抓搔症患病率、发病因素、和伴随疾病的研究增多，也有一些有关的神经生理学研究越来越多的控制干预实验开始出现(Grant & Odlaug, 2009; Simeon et al., 1997)。

多巴胺受体兴奋剂(Dopaminergic agonists)可以增加抓搔症的症状(Goodman et al., 1990)，或许是因为药物(如可卡因和甲基苯丙胺)通过相同的机制，使腹侧纹状体(Ventral Striatum)的多巴胺增加，导致没有抓搔症的人也出现抓搔行为。滥用可卡因和甲基苯丙胺的人经常报告说，无法控制的抓搔皮肤导致明显的组织损伤(Bergstrom, 2008)。

此外，调节腹侧纹状体多巴胺的阿片拮抗剂，如纳曲酮，有助于对无法控制行为和抓搔症的治疗(Lienemann & Walker, 1989)。已有实证研究结果支持用阿片拮抗剂治疗成瘾(O'Brien & McKay, 2007)。另外，还需要进行阿片拮抗剂的双盲安慰剂对照研究，来全面验证这个结论。

近期的一项研究调查了 20 个抓搔症患者与 20 个健康个体对照组的认知功能(Odlaug, Grant, & Chamberlain, 2010)。与健康对照组相比，抓搔症患者的运

动抑制监控(Motor Inhibitory Control)明显较低,但是认知灵活性并无显著差异(Odlaug, Grant, & Chamberlain, 2010)。抑制监控任务依赖于包括额右下回(Right inferior Frontal)和双侧前扣带皮层(Bilateral Anterior Cingulate Cortices)在内的额右纹状体神经网络(Right Lateralized Fronto-Striatal Neural Network) (Aron, Fletcher, Bullmore, Sahakian, & Robbins, 2003)。

虽然学界对搔痒和抓挠的神经生物学研究越来越多(Darsow et al., 2006, Leknes et al., 2007; Yosipovitch et al., 2008; Cullen et al., 2001; Frecska & Arato, 2002; Grant & Odlaug, 2009),但人们对抓搔症的神经生物学基础的认识仍然非常有限。目前还没有关于抓搔症的神经影像学研究。

6. 抓搔症的药物与行为干预

抓搔症患者常常因自己的行为而感到尴尬和羞愧(Grant, Odlaug, & Kim, 2007; Wilhelm et al., 1999),或坚信自己的疾病无法治愈(Regier et al., 1990),因而很少寻求皮肤病或精神病的治疗,并常因拖延治疗导致病情加重(Regier et al., 1990)。有报告称,抓搔症患者中,12%的有自杀意念者、11.5%的有自杀企图者、以及15%的入精神病院治疗者,都是由于病情严重,加上患者强烈的内疚、羞耻和尴尬导致的(Arnold et al., 1998; Odlaug & Grant, 2008)。

6.1. 药物治疗

药物治疗强迫症首选5-羟色胺(又名血清素)再摄取抑制剂(SRI),但SRI用于治疗抓搔症,其功效尚不能令人信服。一项研究对氟西汀治疗抓搔症的效果进行了检验,结果发现,其中17名全程服用者(6人服用氟西汀,11人服用安慰剂,平均55毫克/天),在10周的疗程后,氟西汀组较安慰剂组有明显的症状改善(Simeon et al., 1997)。

在另一项氟西汀治疗的研究中,15名抓搔症患者进行为期6周的氟西汀治疗,之后,择出服用效果较好(比基线值提高了30%)的8名患者,再进行为期6周的后续试验。4人被随机分到实验组,继续服用氟西汀,保持了改善效果;而安慰剂组的4人则回到了基线水平(Bloch, Elliott, Thompson, & Koran, 2001)。

在一项以45名抓搔症患者为被试的双盲研究中,

实验组接受为期4周、20毫克/天的西酞普兰治疗后,被试在耶鲁-布朗强迫性量表的得分明显降低,而安慰剂组被试的得分则没有降低(Arbabi et al., 2008)。

6.2. 行为干预

抓搔症的行为干预包括去除致病的行为习惯(Teng, Woods, & Twohig, 2006)、接受-提高行为疗法(Flessner, Busch, Heideman, & Woods, 2008)。

近期, Schuck等(2011)对抓搔症患者进行了一项简单的认知-行为治疗研究。34名患有抓搔症的大学被随机分成两组,其中17人接受共4阶段的认知-行为治疗,另外17人作为对照。在治疗前、后、及2个月后的跟踪评估都测量如下指标:皮肤抓搔的严重性、皮肤抓搔引起的心理-社会影响及认知功能紊乱程度、皮肤损伤的程度。

4个阶段的认知-行为治疗历时5周。

第一阶段,患者接受关于不良习惯的发展的心理健康教育,阅读有详细治疗信息的袖珍手册。

第二阶段,进行认知干预,使患者用理性认知代替错误认知,比如,用“我相信抓搔冲动很快就会消失”代替“我无法抵抗抓搔皮肤的冲动”。

第三阶段,用行为干预强化自我控制能力。如,用手套或绷带来隔离手指与皮肤;通过注意力转移(打扫房间或外出散步)来降低和延迟抓搔皮肤的冲动。

第四阶段,预防复发。强化自我效能感,辨别病情是否复发。

每阶段完成后,都要求患者完成家庭作业,如,记录抓搔花费的时间。

结果表明,与对照组患者相比,接受治疗的患者病情得到明显改善;随后的跟踪评估结果显示,治疗效果仍然保持。由此, Schuck等(2011)认为,即便是简单的认知行为疗法,都能给抓搔症患者带来有效帮助。

6.3. 医疗并发症

抓搔导致组织损伤,常引起并发症,如局部感染和败血症(Odlaug & Grant, 2008; Neziroglu, Rabinowitz, Breytman, & Jacofsky, 2008)。因感觉尴尬,抓搔症患者很少寻求医疗救助(Flessner & Woods, 2006; Regier et al., 1990)。在一项研究中,31名抓搔症患者,

只有 14 人(45%)曾寻求治疗; 31 人中只有 6 人曾找皮肤科大夫治疗(Wilhelm et al., 1999)。另一项研究表明, 有 6%的抓搔症患者, 其抓搔行为造成的组织损伤需要矫正手术, 但只有其中的 30% 曾经寻求治疗(Neziroglu et al., 2008)。

抓搔症患者的抓搔行为可以导致痛苦, 甚至留下后遗症和残疾。虽然皮肤移植可以修复抓搔引起的皮肤损伤(Arnold et al., 1998; Neziroglu et al., 2008; Odlaug & Grant, 2008), 但在严重的情况下, 抓搔还可能导致硬膜外脓肿(Epidural Abscess)和瘫痪(Weintraub, Robinson, & Newmeyer, 2000)。抓搔行为甚至可以危及生命。最典型的病例报告是, 一个 48 岁妇女由于抓搔她脖子的真皮、皮下组织、和肌肉组织, 最终暴露颈动脉(O'Sullivan, Phillips, Keuthen, & Wilhelm, 1999)。

7. 展望

LeBeau 等(2013)认为, 未来关于抓搔症研究, 需要多样化的样本, 来进行以下内容的评估: 1) 设定一个明确的指标界线, 以分辨某样本可否作为抓搔症临床样本; 2) 通过评估抓搔症和与强迫症状相关的(Obsessive Compulsive Related Disorders, OCRDs)非典型症状, 来进一步建立区分效度; 3) 评估量表的重测信度。

未来的研究可能会对抓搔症进行更加全面深入的流行病学调查。首先评估一个足够大的抓搔症患者的样本, 以更好地描述抓搔症的临床亚型。随着临床亚型的定义更加清晰, 神经认知评估和神经影像学研究也将跟进, 就这些临床亚型与强迫症等的病理生理特征进行比较分析。

已有研究表明, 抓搔行为不止一个构成因素(Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer, & Jenike, 2002; Keuthen et al., 2000), 研究者可以通过查阅文献和早期的记录, 进行因素分析, 找出抓搔症临床症状的特点、早期征兆等, 再进一步确定有效的项目, 来制订抓搔症的最佳诊断标准。另外, Stein 等(2010)建议, 根据临床意义上的抓搔症的标准, 而不是皮肤抓搔的明显程度或皮肤病学的后遗症, 来制订诊断阈值。随着对抓搔症的认识愈加深入, 人们将开发出更好的预防措施和治疗方法。

参考文献 (References)

- American Psychiatric Association. (2012). DSM-5: The future of psychiatric diagnosis. Retrieved February 16, 2013. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Arbabi, M., Farnia, V., Balighi, K., Mohammadi, M. R., Nejati-Safai, A. A., Yazdchi, K., et al. (2008). Efficacy of citalopram in treatment of pathological skin picking, a randomized double blind placebo controlled trial. *Acta Medical Iranica*, *46*, 367-372.
- Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L. (2001). Psychogenic excoriation: Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*, *15*, 351-359.
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 509-514.
- Aron, A. R., Fletcher, P. C., Bullmore, E. T., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2003). Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nature Neuroscience*, *6*, 115-116.
- Bergstrom, K. G. (2008). Cutaneous clues to drug addiction. *Journal of Drugs Dermatology*, *7*, 303-305.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A. M., et al. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Society of Biological Psychiatry*, *48*, 287-293.
- Bloch, M. R., Elliott, M., Thompson, H., & Koran, L. M. (2001). Fluoxetine in pathologic skin-picking: Open-label and double-blind results. *Psychosomatics*, *42*, 314-319.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, *26*, 320-339.
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *29*, 399-419.
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1282-1284.
- Cullen, B. A., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M., Hoehn-Saric, R., Hahn, J., et al. (2001). The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *189*, 193-195.
- Darsow, U., Valet, M., Pfab, F., Behrendt, H., Toelle, T. R., & Ring, J. (2006). The cerebral processing of itch—An investigation with functional magnetic resonance Tomography. *Journal of Allergy Clinical Immunology*, *117*, 499.
- Doran, A. R., Roy, A., & Wolkowitz, O. M. (1985). Self-destructive dermatoses. *Psychiatry Clinical North American*, *8*, 291-298.
- Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related? *Psychiatry Research*, *170*, 32-42.
- Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior Modification*, *30*, 944-963.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, *32*, 579-594.
- Frecska, E., & Arato, M. (2002). Opiate sensitivity test in patients with stereotypic movement disorder and trichotillomania. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *26*, 909-912.
- Goodman, W. K., McDougle, C. J., Price, L. H., Riddle, M. A., Pauls, D. L., & Leckman, J. F. (1990). Beyond the serotonin hypothesis: A role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 36-43.

- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2009a). Update on pathological skin picking. *Current Psychiatry Reports*, *11*, 283-288.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2009b). The obsessive-compulsive spectrum and disorders of the skin: A review. *Expert Review Dermatology*, *4*, 523-532.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2006). Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 494-501.
- Grant, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *General Hospital Psychiatry*, *28*, 487-493.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: An open-label study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 1384-1391.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: Treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *The Journal of Clinical Psychopharmacology*, *30*, 396-403.
- Hayes, S. L., Storch, E. A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 314-319.
- Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: Implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology (BERL)*, *146*, 373-390.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., et al. (2001). The skin picking impact scale: Scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics*, *42*, 397-403.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., et al. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin pickers. *Psychosomatics*, *41*, 210-215.
- Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2010). The prevalence of pathological skin picking in US adults. *Comprehensive Psychiatry*, *51*, 183-186.
- Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., et al. (2001). The skin picking scale: scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 337-341.
- Kondziolka, D., & Hudak, R. (2008). Management of obsessive-compulsive disorder-related skin picking with gamma knife radiosurgical anterior capsulotomies: A case report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 1337-1340.
- LeBeau, R. T., Mischel, E. R., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Phillips, K. A., Stein, D. J., et al. (2013). Preliminary assessment of obsessive-compulsive spectrum disorder scales for DSM-5. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*, 114-118.
- Leknes, S. G., Bantick, S., Willis, C. M., Wilkinson, J. D., Wise, R. G., & Tracey, I. (2007). Itch and motivation to scratch: An investigation of the central and peripheral correlates of allergen- and histamine-induced itch in humans. *Journal of Neurophysiology*, *97*, 415-422.
- Lienemann, J., & Walker, F. D. (1989). Reversal of self-abusive behavior with naltrexone. *The Journal of Clinical Psychopharmacology*, *9*, 448-449.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depress and Anxiety*, *15*, 83-86.
- Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breymann, A., & Jacofsky, M. (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *10*, 306-312.
- O'Brien, C. P., & McKay, J. (2007). Psychopharmacological treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 148-178). New York: Oxford University Press.
- O'Sullivan, R. L., Phillips, K. A., Keuthen, N. J., & Wilhelm, S. (1999). Near-fatal skin picking from delusional body dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine. *Psychosomatics*, *40*, 79-81.
- Odlaug, B. L., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2010). Motor inhibition and cognitive flexibility in pathological skin picking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *34*, 208-211.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2007). Childhood-onset pathologic skin picking: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 388-393.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 61-66.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2010). Pathologic skin picking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*, 296-303.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *The Journal of the American Medical Association*, *264*, 2511-2518.
- Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 11-17.
- Simeon, D., Stein, D. J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *58*, 341-347.
- Snorrason, I., O'lafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., & Woods, D. W. (2012). The skin picking scale-revised: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 133-137.
- Snorrason, I., Smari, J., & Olafsson, R. P. (2011). Motor inhibition, reflection impulsivity and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behavior Therapy*, *42*, 521-532.
- Stein, D. J., Chamberlain, S. R., & Fineberg, N. (2006). An A-B-C model of habit disorders: Hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectrum*, *11*, 824-827.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., et al. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: Toward DSM-V. *Depression and Anxiety*, *27*, 611-626.
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: A pilot investigation. *Behavior Modification*, *30*, 411-422.
- Weintraub, E., Robinson, C., & Newmeyer, M. (2000). Catastrophic medical complication in psychogenic excoriation. *Southern Medical Journal*, *93*, 1099-1101.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., et al. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *60*, 454-459.
- Yosipovitch, G., Ishiujji, Y., Patel, T. S., Hicks, M. I., Oshiro, Y., Kraft, P. A., et al. (2008). The brain processing of scratching. *Journal of Invest Dermatol*, *128*, 1806-1811.