

Antje Bohne

Trichotillomanie

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Trichotillomanie

Fortschritte der Psychotherapie

Band 37

Trichotillomanie

von Dr. Antje Bohne

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Trichotillomanie

von Antje Bohne

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. Antje Bohne, geb. 1972. 1992–1998 Studium der Psychologie in Marburg. 1999–2002 Visiting Research Fellow an der Harvard Medical School/Massachusetts General Hospital (Klinik für Zwangsstörungen und Trichotillomanie), Boston, USA. 2003 Promotion; 2002–2006 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Schwerpunkt Verhaltenstherapie). 2006 Approbation. Seit 2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Münster und freie Mitarbeiterin an der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Münster.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1996-8

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Störung	1
1.1	Störungsbild	1
1.1.1	Auslösebedingungen	1
1.1.2	Verhaltensmerkmale	6
1.1.3	Konsequenzen	9
1.2	Bezeichnungen	13
1.3	Definition	14
1.4	Epidemiologische Daten	17
1.5	Verlauf und Prognose	19
1.6	Differenzialdiagnose	20
1.7	Komorbidität	28
1.8	Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	29
2	Störungsmodell	31
2.1	Prädisponierende Faktoren	33
2.2	Begünstigende Faktoren	36
2.3	Aufrechterhaltende Faktoren	38
3	Hinweise zur Diagnostik	42
3.1	Diagnosestellung	42
3.2	Erfassung des Schweregrades	44
3.3	Funktionale Verhaltensanalyse	48
4	Behandlung	50
4.1	Darstellung der Therapiephasen und -methoden	50
4.1.1	Therapievorbereitung	51
4.1.2	Aufbau von Verhaltenskontrolle	60
4.1.3	Bearbeitung grundlegender Bedingungen	75
4.1.4	Rückfallprophylaxe	82
4.2	Weitere Anmerkungen zur Behandlung	87
4.2.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen	87
4.2.2	Pharmakotherapie	89
4.3	Effektivität und Prognose	90
5	Fallbeispiel	93
6	Weiterführende Literatur	99

7	Literatur	99
8	Anhang	104
	Informative Webseiten	104
	Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale ..	105
	Beobachtungsprotokoll	108

1 Beschreibung der Störung

Merke:

Trichotillomanie beschreibt das wiederholte Ausreißen von Haaren aufgrund eines unwiderstehlichen Drangs, was zu einem merklichen Haarverlust führt und bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in wesentlichen Lebensbereichen verursacht.

Das ist der gemeinsame Nenner aller Betroffenen. Darüber hinaus ist Trichotillomanie durch eine bemerkenswerte Heterogenität gekennzeichnet. Sowohl das Haarausreißen selbst als auch seine Auslösebedingungen und Konsequenzen können bei verschiedenen Betroffenen unterschiedlich sein und innerhalb einer Person im Zeitverlauf fluktuieren.

Heterogene
Phänomeno-
logie

1.1 Störungsbild

Im Folgenden sollen die wesentlichen phänomenologischen Merkmale der Störung mit ihren Variationsmöglichkeiten beschrieben werden (vgl. z. B. Christenson, Mackenzie & Mitchell, 1991; Cohen et al., 1995; Diefenbach, Reitman & Williamson, 2000; du Toit, Kradenburg, Niehaus & Stein, 2001; einen generellen Überblick geben Christenson & Mansueto, 1999). Die Darstellung folgt dabei dem Modell einer Verhaltensanalyse (z. B. Hautzinger, 2008c; speziell für Trichotillomanie: Mansueto, Townsley Stemberger, McCombs Thomas & Goldfinger Golomb, 1997), eingeteilt in Auslösebedingungen, Verhaltensmerkmale und Konsequenzen. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Komponenten bei Trichotillomanie.

1.1.1 Auslösebedingungen

Die Auftretenswahrscheinlichkeit des Haarausreißen wird in aller Regel sowohl durch internale als auch externale Bedingungen beeinflusst.

Internale Bedingungen. Gemäß der Störungsdefinition sind internale Faktoren die entscheidenden Auslöser für das Haarausreißen (vgl. Kapitel 1.3).

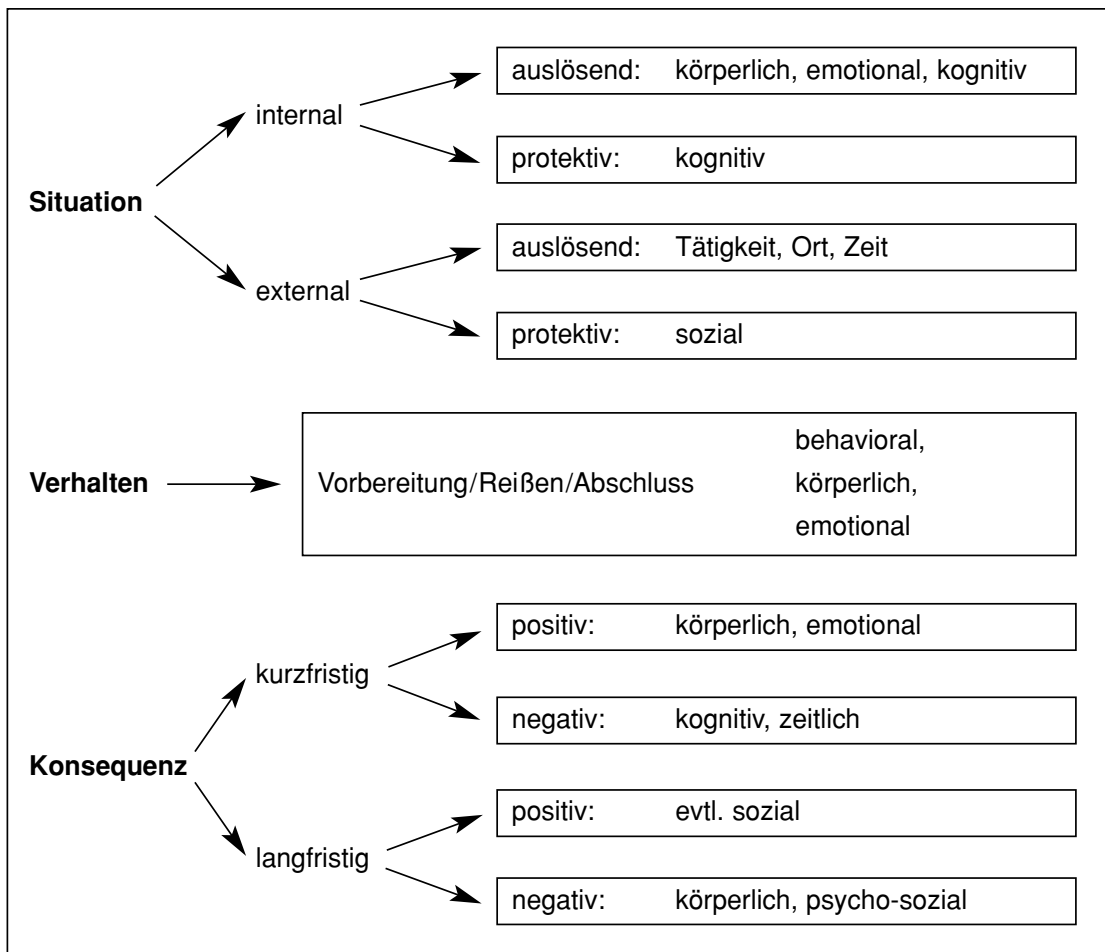


Abbildung 1: Wesentliche Komponenten einer Verhaltensanalyse bei Trichotillomanie

Per definitionem geht dem Haarausreißen ein unwiderstehlicher Impuls oder Drang voraus. Diesen können die Betroffenen auf der körperlichen oder emotionalen Ebene wahrnehmen. Im Allgemeinen wird ein Gefühl der Spannung, entweder im Sinne einer erhöhten Muskelspannung oder im Sinne eines emotionalen Stresszustandes berichtet.

Auf körperlicher Ebene können außerdem ein leichter Juckreiz oder ein Kribbelgefühl auf der Haut den Drang zum Haarausreißen auslösen. Solche Körpersensationen treten meist an einer Körperstelle auf, von der in der Vergangenheit bereits gerissen wurde und von der wahrscheinlich wiederum gerissen wird. Zusätzlich wirken häufig spezifische Wahrnehmungsreize als Auslöser für das Haarausreißen. Für manche Betroffene ist z. B. ein Blick in den Spiegel und das Sehen bestimmter Haare (graue Haare, Haare mit Spliss etc.) oder der Anblick einer Pinzette ein visueller Trigger. Andere werden durch taktile Reize, wie das Fühlen von bestimmten Haaren (z. B. krause oder besonders dicke Haare) zum Reißen animiert. Auch propriozeptive Reize können das Haarausreißen wahrscheinlicher

**Körper-
wahrneh-
mungen**

machen, v. a. durch Bewegungen oder Körperhaltungen, die denen während des Haarausreißens ähneln.

Emotionen können ebenfalls den Beginn einer Episode des Haarausreißens begünstigen, beispielsweise Angst, Trauer, Wut und Enttäuschung (negative Valenz) oder aber Erregung, Freude und Neugier (positive Valenz). In vielen Fällen kann auch das Gefühl einer emotionalen Leere, Langeweile oder Teilnahmslosigkeit das Haarausreißern wahrscheinlicher machen, was man im Sinne einer nicht ausreichenden Stimulierung begreifen kann. Die Intensität eines Gefühls ist entscheidend dafür, ob es zum Trigger für das Haarausreißern wird.

Gefühle

Merke:

Internale Zustände, die eine Form von Stress auslösen (sei es aufgrund von Unter- oder Überstimulation bzw. Überforderung), stellen Auslöser für eine Episode des Haarausreißens dar. Welche emotionalen oder körperlichen Zustände als Stress wahrgenommen werden hängt vom Individuum und den jeweiligen äußeren Umständen ab.

Kognitionen können ebenfalls die Wahrscheinlichkeit des Haarausreißens beeinflussen. Zum einen kann Grübeln ganz allgemein (möglicherweise assoziiert mit einem aversiven Gefühlszustand) das Haarausreißern wahrscheinlicher machen, zum anderen können auch ganz konkrete Gedanken oder Annahmen das Haarausreißern begünstigen. Zu denken ist dabei einerseits an eher pauschale dysfunktionale Vorstellungen, die die Bedeutung des Haarausreißens und seine Konsequenzen betreffen, also z. B. „Ohne Haarausreißern werde ich mich nicht wohl fühlen können“ oder „Wenn ich jetzt nicht reiße, wird der Drang immer stärker werden, und ich werde letztendlich viel mehr Haare ausreißern.“ Andererseits können auch sehr spezifische Gedanken eine Rolle spielen, wie z. B. „Meine Augenbrauen sollten genau symmetrisch sein“, oftmals verbunden mit einer perfektionistischen Grundhaltung. Insgesamt spielen Gedanken bei der konkreten Auslösung einer Episode des Haarausreißens in der Regel aber eher eine untergeordnete Rolle. Ausnahmen bestehen oftmals bei Betroffenen, die komorbide (z. B. zwanghafte oder depressive) Symptome aufweisen, bzw. bei Betroffenen, bei denen das Haarausreißern Ausdruck einer anderen psychischen Störung ist (vgl. Kapitel 1.6 und 1.7).

Gedanken

Gedanken mit protektivem Charakter lassen sich bei vielen Betroffenen ebenfalls identifizieren, wie z. B. „Es wäre zu peinlich jetzt zu reißen“ oder „Ich schaffe das jetzt auch, ohne Haare auszureißern.“ Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten und die Wirksamkeit solcher protektiven Gedanken hängt sowohl von individuellen (persönlichen) als auch situativen Bedingungen ab.

Protektive Kognitionen

Tabelle 1: Typische internale Bedingungen des Haarausreißen

auslösend	<ul style="list-style-type: none"> – Hyperarousal (innere Anspannung/Erregung) – Hypoarousal (Langeweile/innere Leere) – visuelle, taktile oder propriozeptive Reize
protektiv	<ul style="list-style-type: none"> – Gedanken an negative Konsequenzen – Selbstkontrollüberzeugung

Externale Bedingungen. Bedingungen außerhalb der eigenen Person, die den Beginn einer Episode des Haarausreißen begünstigen oder hemmen, lassen sich grob gliedern in die Aspekte Tätigkeit, Ort, Zeit sowie soziale Umwelt. In der Regel lassen sich spezifische situative Konstellationen identifizieren, in denen das Haarausreißen im individuellen Fall besonders wahrscheinlich ist.

**Begleitende
Tätigkeiten**

Tätigkeiten spielen als externale Bedingung eine zentrale Rolle, da die Handlung des Haarausreißen häufig nicht völlig isoliert auftritt, sondern im Rahmen bzw. während einer anderen Tätigkeit ausgeführt wird. Oft kommt es zum Haarausreißen, wenn die Betroffenen eigentlich einer nachdenklich-besinnlichen Tätigkeit (engl.: contemplative behavior) oder einer sitzenden bzw. Ruhetätigkeit (engl.: sedentary behavior) nachgehen (Christenson, Mackenzie et al., 1991).

Tabelle 2: Beispiele für Tätigkeiten, die dem Haarausreißen vorausgehen bzw. parallel ausgeübt werden

(angestregtes) Nachdenken	<ul style="list-style-type: none"> – lernen/studieren – Fachliteratur lesen – eine schwierige Aufgabe bearbeiten – wichtigen Schriftkram erledigen – Probleme lösen
Ruhetätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitschriften/leichte Literatur lesen – fernsehen – telefonieren – warten – bei Kleinkindern häufig: Daumen lutschen o. Ä.
Belastungssituationen	<ul style="list-style-type: none"> – Höchstleistungen erbringen wollen – sich streiten oder etwas durchsetzen – Tätigkeiten unter Zeitdruck ausüben – schwierige Entscheidungen treffen

Internale Faktoren können mit diesen Tätigkeiten kovariieren. Damit ist gemeint, dass möglicherweise nicht die Tätigkeit selbst entscheidender

Auslöser für das Haarausreißen ist, sondern die hiermit einhergehenden Körpersensationen, Gefühle und Gedanken. Bei bestimmten Tätigkeiten, wie z. B. beim Lesen oder Fernsehen, können propriozeptive Reize von entscheidender Bedeutung sein. Beispielsweise können die propriozeptiven Reize einer Körperhaltung, die typischerweise beim Lesen oder Arbeiten eingenommen wird (etwa den Kopf auf eine Hand stützen), den propriozeptiven Reizen der typischen Reißbewegung ähneln bzw. gleichen. Darüber hinaus können Ruhetätigkeiten (z. B. fernsehen oder auf etwas warten) mit einer Unterstimulation einhergehen, während nachdenklich-besinnliche Tätigkeiten (z. B. eine schwierige Aufgabe lösen) mit einem Gefühl der Überforderung verbunden sein können. Auch soziale Konflikt- und Leistungssituationen sowie Situationen, in denen ein besonderer Zeit- oder Entscheidungsdruck besteht, stellen typische situative Bedingungen dar, in bzw. nach denen es vermehrt zum Haarausreißen kommt. Auch hier ist wiederum die Kovariation mit einer negativen emotionalen Befindlichkeit zu beachten.

Zusammenwirken mit internalen Bedingungen

Orte, an denen das Haarausreißen besonders häufig auftritt, sind das Schlaf-, Bade-, Wohn- und Arbeitszimmer sowie das eigene Auto. An diesen Orten sind meist insbesondere das Bett, Sofa/Sessel oder der Schreibtisch mit dem Haarausreißen assoziiert. Diese Orte kovariieren wiederum mit den Tätigkeiten, bei denen bevorzugt gerissen wird. So sind zum Beispiel gerade Bett und Sofa typische Orte für Ruhetätigkeiten (und damit möglicherweise assoziierter Unterstimulation). Der Schreibtisch ist ein typischer Ort, an dem nachdenklich-besinnliche Tätigkeiten (möglicherweise mit einhergehender Überforderung) ausgeübt werden. Auch Orte, an denen Hilfsmittel zum Haarausreißen zur Verfügung stehen (wie z. B. Spiegel und Pinzette im Badezimmer), stellen ein erhöhtes Risiko für das Haarausreißen dar.

Orte

Zeitliche Schwankungen können ebenfalls häufig identifiziert werden, wobei sich das Haarausreißen oftmals auf die Zeit abends (vor dem Zubettgehen oder Einschlafen) oder früh morgens konzentriert. Auch diese Schwankungen sind möglicherweise weniger durch die Tageszeit per se bedingt als durch die damit assoziierten internalen Zustände (z. B. Müdigkeit), Tätigkeiten (z. B. Ausruhen), Aufenthaltsorte (z. B. Bett) sowie die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln. Entscheidend mag auch sein, dass die o. g. Tageszeiten im normalen Tagesablauf zur Körperpflege genutzt werden, was wiederum eine visuelle und taktile Beschäftigung mit den Haaren (auch assoziiert mit entsprechenden propriozeptiven Reizen) einschließt und damit den Drang zum Haarausreißen und dessen Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht. Einzelne Frauen berichten darüber hinaus von einem gehäuften Auftreten des Haarausreißen zu bestimmten Zeiten ihres Menstruationszyklus (z. B. prämenstruell), was wiederum mit körperlichen und emotionalen Faktoren kovariieren könnte.

Zeitliche Schwankungen

**Kombination
von Auslöse-
bedingungen
u. U. entschei-
dend**

Spezifische Bedingungskonstellationen aus Tätigkeit, Ort und Zeit, in denen es typischerweise zu einer Episode des Haarausreißen kommt, sind in der Regel für den individuellen Fall identifizierbar. So kann das Haarausreißen möglicherweise nur dann beim Telefonieren auftreten, wenn das Telefonat im Sitzen geführt wird (nicht aber im Stehen). Oder aber das Haarausreißen tritt am Schreibtisch beim Lesen (nicht aber bei der Computerarbeit) auf, oder aber nur beim Lesen auf dem Sofa (nicht aber beim Lesen auf dem Küchenstuhl). Die externalen Faktoren interagieren sowohl untereinander als auch mit internalen Faktoren. Beispielsweise kommt es häufig nur dann beim Fernsehen zum Haarausreißen, wenn die Betroffenen den Film als besonders spannend (Hyperarousal) oder langweilig (Hypoarousal) erleben. Das Sehen bzw. Fühlen von bestimmten Haaren löst möglicherweise vor allem dann eine Episode des Haarausreißen aus, wenn gleichzeitig großer Zeitdruck bei der Arbeit besteht und/oder sich die Betroffenen allein im Zimmer aufhalten.

**Soziale
Umwelt als
protektiver
Faktor**

Situative Reizkonstellationen mit protektivem Charakter lassen sich aus diesen Beispielen im Umkehrschluss ableiten. Für die meisten Betroffenen ist insbesondere die soziale Situation ein ganz entscheidender protektiver bzw. hemmender externaler Faktor (Ausnahme: Kleinkinder). In den allermeisten Fällen werden keine Haare ausgerissen, wenn andere Personen anwesend sind bzw. wenn das Haarausreißen von anderen beobachtet werden könnte. Die Ausübung einer Tätigkeit, die beide Hände beansprucht, ist ebenfalls ein entscheidender protektiver Faktor.

Tabelle 3: Typische externalen Bedingungen des Haarausreißen

auslösend	<ul style="list-style-type: none"> – nachdenkliche, ruhende oder belastende Tätigkeiten – vertraute Orte mit Privatsphäre – Verfügbarkeit von Hilfsmitteln – Körperpflege
protektiv	<ul style="list-style-type: none"> – Beobachtung durch andere – Ausübung einer Tätigkeit, die beide Hände beansprucht

1.1.2 Verhaltensmerkmale

Auch wenn das Haarausreißen das Gemeinsame aller Betroffenen mit Trichotillomanie ist, so heißt das nicht, dass das Haarausreißen in allen Fällen gleich wäre. Es lassen sich im Ausmaß und in der genauen Ausführung des Problemverhaltens Unterschiede sowohl zwischen einzelnen Betroffenen als auch im zeitlichen Verlauf feststellen.

Merke:

Der Akt des Haarausreißen lässt sich in den folgenden Aspekten genauer charakterisieren:

- Frequenz, Dauer und Menge ausgerissener Haare,
- bevorzugter Haartyp,
- Reißbewegung,
- zusätzlich stimulierende Verhaltensweisen,
- Ritualisierung und Automatisierung,
- Veränderungen auf körperlicher bzw. emotionaler Ebene.

Die Frequenz, Dauer und Menge ausgerissener Haare können beträchtlichen inter- und intraindividuellen Schwankungen unterliegen. Haare können nur gelegentlich oder aber mehrmals pro Tag ausgerissen werden, wobei eine einzelne Episode des Haarausreißen wenige Minuten oder aber mehrere Stunden andauern kann. Zeiten intensiven Haarausreißen können mit symptomfreien Phasen abwechseln, wobei in den meisten Fällen ein Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Stresslevel und dem Ausmaß des Haarausreißen besteht: je mehr Stress im Alltag desto größer der Drang zum Haarausreißen. Die Anzahl der ausgerissenen Haare während einer Episode bzw. pro Tag kann beträchtlich fluktuieren. In besonders intensiven Phasen können bis mehrere hundert Haare pro Tag bzw. pro Episode ausgerissen werden.

**Frequenz,
Dauer und
Menge**

Der bevorzugte Haartyp ist vor allem das Kopfhaar, das in die Regionen Schädelparte, Hinterkopf, Schläfen, Ohrenpartie (oberhalb bzw. hinter den Ohren) und Ponypartie genauer eingeteilt werden kann. Wimpern und Augenbrauen werden ebenfalls häufig ausgerissen. Aber auch alle anderen Körperhaare können betroffen sein, also Bart-, Nasen- und Ohrhaare, Schamhaare, Achsel- und Anushaare, Bein- und Arm- sowie Rumpf- behaarung. Viele reißen von mehr als einer Körperregion oder haben in der Vergangenheit schon von anderen Körperstellen gerissen. Ein Wechsel der betroffenen Körperregion kann ganz gezielt erfolgen (z. B. bessere Verfügbarkeit). In anderen Fällen hat sich das Haarausreißen im Sinne einer zunehmenden Generalisierung im Lauf der Zeit auf verschiedene Körperregionen ausgebreitet. Manche Betroffene reißen bevorzugt Haare nur von einer Körperseite (z. T. in Abhängigkeit von der Reißhand, s. u.). Oftmals werden abgesehen von der Körperregion bestimmte Haartypen bevorzugt gerissen, wobei die Farbe (z. B. weiß oder grau), die Struktur (z. B. dick, kraus, borstig, drahtig, ölig oder stumpf) oder die Länge des Haares (z. B. kurze Stoppeln oder Haare mit einer bestimmten Mindestlänge) entscheidend sein können. Einzelne Betroffene (Kleinkinder häufiger) reißen nicht nur eigene Haare aus, sondern auch die von anderen Personen, Puppen, Stoff- oder Haustieren.

**Bevorzugter
Haartyp**

Reißbewegung

Die Reißbewegung kann allein mit den Fingern, Hand und Arm ausgeführt werden. Dabei werden typischerweise Zeigefinger und Daumen evtl. zusätzlich der Mittelfinger verwendet, um ein oder mehrere Haare zu greifen und in einem kräftigen Ruck auszureißen. In manchen Fällen wird zusätzlich eine Pinzette o. Ä. zur Hilfe genommen. Einige Betroffene reißen ihre Haare nur mit der rechten oder mit der linken Hand aus (wobei es sich dabei z. B. bei Rechtshändern nicht unbedingt um die rechte Hand handeln muss). In anderen Fällen wechselt die Reißhand in Abhängigkeit von der Körperseite und -region, von der im jeweiligen Moment gerissen wird, bzw. in Abhängigkeit von der parallel ausgeübten Tätigkeit (z. B. Auto fahren, Buch lesen, am Computer arbeiten), je nachdem welche Hand zur Weiterführung der eigentlichen Tätigkeit benötigt wird.

Merke:

In den meisten Fällen werden vor und/oder nach dem Haarausreißen zusätzlich stimulierende Tätigkeiten mit den Haaren durchgeführt, die einen großen Stellenwert einnehmen.

Zusätzliche Stimulierung

Vor dem Ausreißen spielen viele Betroffene zunächst einige Zeit mit ihren Haaren, z. B. indem sie sich über die Haare streichen, einzelne Haare oder Haarsträhnen durch die Finger gleiten lassen, sie um die Finger herumwickeln oder daran ziehen, ohne sie tatsächlich auszureißen. Einige verbringen Zeit damit, ein bestimmtes Haar auszuwählen, das sie ausreißen wollen. Manche bemühen sich, einzelne Haare zu isolieren, um immer eins nach dem anderen auszureißen, andere haben die Angewohnheit, mehrere Haare auf einmal auszureißen. Nach dem tatsächlichen Ausreißen der Haare werden diese eher selten einfach auf den Boden oder in den Müll geworfen. Die meisten Betroffenen stimulieren sich zusätzlich einige Zeit mit dem ausgerissenen Haar, indem sie es z. B. genau betrachten, um die Finger wickeln, verknoten, sich damit über die eigene Haut streicheln (z. B. im Gesicht oder über die Arme), es durchreißen bzw. durchbeißen oder daran lutschen. In einigen Fällen werden Haare anschließend verschluckt (Trichophagie), was lebensbedrohliche Konsequenzen haben kann (vgl. Kapitel 1.1.3).

Ritualisierung und Automatisierung

Ritualisierung und Automatisierung können beim Akt des Haarausreißen auftreten. Einem persönlichen Ritual gleicht das Haarausreißen etwa dann, wenn es fest in den Alltag eingeplant wird (z. B. Tageszeiten extra dafür freigehalten werden) und/oder wenn es einem typischen Ablauf folgt (z. B. die ausgerissenen Haare jeweils in der Mitte durchgebissen werden). In diesen Fällen erfolgt das Haarausreißen voll bewusst. In anderen Fällen kann das Haarausreißen automatisiert erscheinen. Die Betroffenen nehmen das Haarausreißen dann nicht voll bewusst wahr und realisieren u. U. erst beim Anblick des Häufchens Haare auf dem Fußboden oder beim Blick in den Spiegel, was sie während der letzten Minuten gemacht haben.

Diese Personen beschreiben häufig eine Art geistige Abwesenheit oder Trance-Gefühl während des Haarausreißens, oder sie üben parallel eine andere Tätigkeit (wie z. B. Lesen oder Fernsehen) aus, die im Fokus ihrer Aufmerksamkeit steht. Viele Betroffene kennen beides, sowohl Phasen, in denen ihre Aufmerksamkeit vollständig auf den Akt des Haarausreißens fokussiert ist (engl.: focused pulling), als auch Phasen, in denen das Haarausreißen ohne volles Bewusstsein, quasi automatisiert bzw. gewohnheitsmäßig, auftritt (engl.: automatic/habitual pulling; Christenson, Mackenzie et al., 1991).

Merke:

Während einer Episode des Haarausreißens treten typischerweise charakteristische Veränderungen in der Intensität von Gefühlen und Körperwahrnehmungen auf, die einem Spannungsabfall entsprechen.

Veränderungen auf körperlicher bzw. emotionaler Ebene im Zusammenhang mit dem Haarausreißen sind ebenfalls entscheidender Bestandteil der Störungsdefinition (vgl. Kapitel 1.3). Bei Betroffenen geht das Haarausreißen mit einer Abnahme von Anspannung bzw. Stress oder ganz allgemein einer wohltuenden Beruhigung intensiver Emotionen einher. Außerdem wird oft ein positiv erlebtes Nachlassen von Juckreiz oder Kribbelgefühlen berichtet. Bei vorherigem Gefühl der Leere oder Langeweile empfinden die Betroffenen das Haarausreißen als angenehme Stimulierung bzw. Aktivierung. Schmerz erleben eher wenige Betroffene während des Haarausreißens und wenn, dann wird er meist als wenig intensiv, angenehm oder willkommen beschrieben. Man könnte zusammenfassend festhalten, dass sich die Betroffenen durch das Haarausreißen einem inneren Gleichgewichtszustand annähern: Hyperarousal wird reduziert, Hypoarousal durch Stimulierung aufgewogen (Streben nach Homöostase).

**Beruhigung
von Körper-
empfindungen
und Emotionen**

1.1.3 Konsequenzen

Die Konsequenzen des Haarausreißens sind vielseitig, sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene.

Merke:

Zu Beginn der Störung sind die negativen Folgen des Haarausreißens in der Regel eher oberflächlich bzw. unbedeutend und es überwiegen kurzfristig positive Konsequenzen. Mit zunehmender Dauer und Intensität der Störung wird signifikantes Leiden und Beeinträchtigung immer wahrscheinlicher, weil langfristig negative Konsequenzen stärker ins Gewicht fallen.

Kurzfristige Konsequenzen. Die kurzfristigen Konsequenzen des Haareausreißen sind vor allem positiv und liegen auf der körperlichen und emotionalen Ebene. Nach Beendigung einer Episode hat der unwiderstehliche Drang zum Haareausreißen soweit nachgelassen, dass er entweder nicht mehr wahrnehmbar oder aber so schwach ausgeprägt ist, dass er von den Betroffenen nicht mehr als handlungsbestimmend erlebt wird. Die während der Episode wahrgenommenen positiven Veränderungen auf emotionaler Ebene halten in der Regel noch eine gewisse Zeit an. Statt dem im Vorfeld festgestellten Zuviel oder Zuwenig an Emotionen bzw. Aktivierung wird jetzt eine größere Ausgeglichenheit empfunden. Allerdings stehen diese positiv erlebten Veränderungen nur kurzfristig im Vordergrund.

Als kurzfristige negative Konsequenz berichten viele Betroffene selbst-abwertende Gedanken, wie z. B. „Wie verrückt muss man sein, dass man sich die eigenen Haare ausreißt!“ oder „Jetzt habe ich mich schon wieder nicht unter Kontrolle gehabt!“, die bald nach Abschluss der Episode einsetzen und in der Regel eine emotional-negative Nachschwankung bedingen. Dabei scheinen selbstbezogener Ärger, Wut, Enttäuschung und Traurigkeit im Vordergrund zu stehen.

Tabelle 4: Typische kurzfristige Konsequenzen des Haareausreißen

positiv	<ul style="list-style-type: none"> – Entspannung – Kick-Erleben – Nachlassen von Juckreiz
negativ	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitaufwand – selbstabwertende Gedanken

Langfristige Konsequenzen. Die langfristigen Konsequenzen sind fast ausnahmslos negativ und können in körperliche und psycho-soziale Folgen unterteilt werden.

Haarverlust

Als körperliche Konsequenz steht der zunehmende Haarverlust im Vordergrund, der als ausgedünntes Haar, ausgelichtete Stelle(n) oder aber völlige Kahlheit sichtbar werden kann. Für Außenstehende kann dieser Haarverlust, in Abhängigkeit von der/den betroffenen Körperregion(en), mehr oder weniger offensichtlich sein, da z. B. Kopf und Augen exponierter sind als Rumpf oder Schambereich.

Merke:

Die meisten Betroffenen bemühen sich darum, den Haarverlust vor anderen zu verbergen.

Wenn das Haupthaar betroffen ist, werden Frisuren ausgewählt, die den Haarverlust verdecken, aber zumeist zeitaufwendig mit Haarspray und/

oder Spangen wind- und wetterfest gemacht werden müssen. Alternativ werden Perücken, Haarteile oder Kopfbedeckungen (Hüte, Baseballkappen, Tücher oder Bänder) zum Kaschieren verwendet. Manche dieser Kaschiermethoden können unangenehm und unbequem zu tragen sein. Vor allem Männer nutzen auch die Möglichkeit, die Hinweise auf eine Episode des Haarausreißens durch eine Rasur zu beseitigen. Wenn Augenbrauen oder Wimpern betroffen sind, werden oftmals entweder künstliche Haare angeklebt oder mit Kosmetikstiften aufgemalt bzw. als permanentes Make-up eintätowiert. Haarverlust an anderen Körperstellen (Rumpf, Extremitäten und Schambereich) ist v. a. im Winter durch die Wahl der Kleidung gut zu verdecken und wird häufig erst im intimen Kontakt oder bei bestimmten Freizeitaktivitäten (Schwimmen, Saunabesuch) offensichtlich.

Mit dem wiederkehrenden Haarausreißens können schwerwiegende körperliche Folgeschäden einhergehen. In den meisten Fällen sind bereits mittelfristig Rötungen, Entzündungen, Verschorfung und Narbenbildung in den betroffenen Hautregionen festzustellen. Bei längerfristigem Ausreißen der Haare droht eine Schädigung der Haarfollikel, die eine veränderte Struktur der nachwachsenden Haare (z. B. Kräuseln, Drahtigkeit oder Farbveränderung) bis hin zu einem nachhaltig verzögerten Wachstum der Haare bedeuten kann. Außerdem können durch den wiederkehrenden, gleichförmigen Bewegungsablauf beim Haarausreißens langfristig Nerven-, Muskel- und Gelenkschäden auftreten, z. B. das Karpaltunnelsyndrom, eine Schädigung der Handnerven infolge des repetitiven Greifens einzelner Haare und der gleichförmigen Ausreibbewegung (einem sog. „Tennisarm“ ähnlich). Durch wiederholtes Zerbeißen von Haaren oder durch das Ziehen der Haare durch Zahnzwischenräume können als mögliche Schäden im Dentalbereich die Erosion des Zahnschmelzes und Zahnfleischentzündungen auftreten. Bei Trichophagie (Essen der Haare) können sich außerdem die verschluckten Haare, da sie nicht verdaulich sind, im Magen-Darmtrakt zu einem Knäuel zusammenballen (Trichobezoar genannt), was Koliken,

**Körperliche
Schäden**

Tabelle 5: Mögliche körperliche Folgeschäden einer Trichotillomanie

dermatologisch	<ul style="list-style-type: none"> – Entzündungen und Vernarbungen – nachhaltige Schädigung der Haarfollikel
orthopädisch	<ul style="list-style-type: none"> – Nerven-, Muskel- und Gelenkschäden
dental	<ul style="list-style-type: none"> – Erosion des Zahnschmelzes – Zahnfleischentzündungen
gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> – Knäuelbildung aus Haaren (Trichobezoar) – Knäuelbildung aus Haaren und Speiseresten (Trichophytobezoar) – Koliken – Darmverschluss – Magendurchbruch

einen lebensbedrohlichen Darmverschluss oder eine Magen-Darm-Perforation (Durchbruch) zur Folge haben und chirurgische Maßnahmen erforderlich machen kann (Bouwer & Stein, 1998).

Zu bedenken ist über diese unmittelbaren körperlichen Folgeschäden hinaus, dass manche Betroffene aus Scham und Angst vor Entdeckung Arztbesuche vermeiden. Die Behandlung von Krankheiten, die unabhängig von der Trichotillomanie bestehen, wird dadurch verzögert oder unterbleibt ganz, was wiederum ernstzunehmende körperliche Konsequenzen haben kann.

Psychosoziale Konsequenzen

Psychosoziale Konsequenzen spielen langfristig die entscheidende Rolle für die Betroffenen, um eine Behandlung aufzusuchen, da diese signifikantes Leiden und Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen hervorrufen. Die Betroffenen leiden aufgrund des Haarausreißen meist unter starken Scham- und Schuldgefühlen bis hin zu Selbstablehnung und Selbsthass. Ihr schlechtes Selbstbild basiert zum einen auf der beeinträchtigten physischen Attraktivität in Folge des Haarverlusts. Zum anderen wirkt sich die wahrgenommene Unfähigkeit zur Kontrolle des – nach eigener Ansicht – „unsinnigen“ oder „verrückten“ Haarausreißen zusätzlich negativ auf ihr Selbstbild aus.

Soziale Kontakte können wegen des Haarausreißen bzw. seiner Konsequenzen eingeschränkt werden oder sich signifikant verschlechtern. Einerseits ziehen sich viele Betroffene aus Angst vor Entdeckung des Haarverlusts zurück und meiden enge oder intime Sozialkontakte. Andererseits wirken sich Vorbehalte, Unverständnis und Kritik anderer bzgl. des Haarausreißen negativ auf die sozialen Beziehungen aus.

Vermeidung und Beein- trächtigung

Darüber hinaus werden oftmals Freizeitaktivitäten eingeschränkt. Zum einen bleibt Betroffenen aufgrund des Haarausreißen und des Kaschierens des Haarverlusts z. T. deutlich weniger Zeit für solche Aktivitäten. Darüber hinaus werden häufig solche Aktivitäten gezielt vermieden, bei denen kahle Haarstellen zum Vorschein kommen könnten, wie z. B. öffentliche Veranstaltungen (v. a. in vorderen Reihen oder in einer hell erleuchteten Umgebung zu sitzen), Sport (u. a. sich in einer Sammelumkleidekabine umzuziehen oder Gruppenduschen zu benutzen). Auch Friseurbesuche werden oft vermieden, was insofern problematisch ist, da die „ausgefrans-ten“ Frisuren – neben den Einbußen in der Attraktivität – neue Trigger zum Haarausreißen darstellen können. Außerdem können Betroffene Freizeitaktivitäten auch deshalb vermeiden oder Hobbies einschränken, weil sie das Haarausreißen wahrscheinlicher machen (z. B. Fernsehen, Lesen oder Telefonieren). Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigungen können sich auch auf den beruflichen Bereich auswirken (z. B. in Form von Konzentrationsschwierigkeiten, Verspätungen aufgrund des Haarausreißen bzw. Kaschierens, Angst vor Entdeckung am Arbeitsplatz, Selbstbild eines „schwachen Charakters“ und damit auch fachlicher Unfähigkeit).