

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

TRICHOTILLOMANIE (KRANKHAFTES HAARE-AUSREISSEN)

Kann sich ein vernünftiger Mensch seine eigenen Haare ausreißen, bis die kahlen Stellen bluten? Die Antwort in der Allgemeinheit dürfte einheitlich sein. Und doch ist dieses Phänomen nicht so selten, heißt wissenschaftlich Trichotillomanie = krankhaftes Haare-Ausreißen und weist bestimmte Charakteristika auf, was Geschlecht, Alter, innerseelische und äußere Auslösefaktoren, psychosoziale Bedingungen nach Tätigkeit, Ort, Zeit und soziales Umfeld anbelangt. Was muss man also wissen, was Häufigkeit, Dauer und Menge der ausgerissenen Haare, den bevorzugten Haar-Typ, der Art der Ausreiß-Bewegung anbelangt, wie stimulierende oder auch ausreiß-bremsende Verhaltensweisen einzuschätzen sind, ob es schon zu Ritualisierung und Automatisierung gekommen ist und welche Ursachen und Motive auf körperlicher, seelischer und psychosozialer Ebene eine Rolle spielen. Außerdem ist zu klären, ob es sich um ein eigenständiges Leidensbild oder andere seelische, ja sogar körperliche Krankheiten handelt, bei denen das Ausreißen der eigenen Haare vorkommen kann. Und zuletzt die Frage: was kann man tun, psychotherapeutisch oder sogar pharmakotherapeutisch? Dazu ein komprimierter Beitrag, denn so selten ist die Trichotillomanie nicht, sie wird höchstens selten erkennbar bzw. noch seltener als natürlich ungewöhnliche Belastung beklagt.

Erwähnte Fachbegriffe:

Trichotillomanie – krankhaftes Haare-Ausreißen – pathologisches Haare-Ausreißen – zwanghaftes Haare-Ausreißen – chronisches Haare-Ausreißen – repetitives Haare-Ausreißen – körper-fokussierte Verhaltensweise – repetitive Verhaltensweise – übermäßiges pathologisches Körper-Pflegeverhalten – selbstschädigendes Verhaltensweise – „nervöse“ Verhaltensweise – Nägelkauen – Onychophagie – Dermatotillomanie – acné excoriée – skin picking – Trichophagie – Verschlucken der Haare – Trichoteiromanie – Abbrechen der Haare – Scheuern der Haare – Reiben der Haare – Kratzen der Haare – Trichotemnomanie – vorsätzliches Abschneiden der Haare zur Erkrankungs-Vortäuschung – Störung der Impulskontrolle: Intermittierende

Explosible Störung, Pyromanie, Pathologisches Spielen, Kleptomanie, Trichotillomanie u. a. – stereotype Bewegungsstörung mit Haare-Zupfen, Zwangsstörung mit Haare-Ausreißen – Alopecia areata – innerseelische Auslöse-Faktoren von Haare-Ausreißen – äußere Auslöse-Faktoren von Haare-Ausreißen – seelische und psychosoziale Ursachen von Haare-Ausreißen – körperliche Ursachen von Haare-Ausreißen – Tätigkeit, Ort, Zeit und soziales Umfeld beim Haare-Ausreißen – Schwerpunkte beim Haare-Ausreißen: Häufigkeit, Dauer, Menge, Haar-Typ, Art der Ausreiß-Bewegung, stimulierende Verhaltensweisen, Ritualisierung und Automatisierung, Veränderungen auf körperlicher bzw. emotionaler Ebene u. a. – bevorzugter Haar-Typ beim Haare-Ausreißen: Kopfhair, Wimpern, Augenbrauen, Bart-Haare, Nasen-Haare, Ohr-Haare, Scham-Haare, Achsel-Haare, After-Haare, Bein-Haare, Arm-Haare, Rumpf-Haare usw. – Reiß-Bewegungen beim Haare-Ausreißen – zusätzliche Stimulierungen beim Haare-Ausreißen – Ritualisierung und Automatisierung bei Haare-Ausreißen – Schmerzen während des Haare-Ausreißens – seelische, psychosoziale und körperliche Konsequenzen beim Haare-Ausreißen – Häufigkeit beim Haare-Ausreißen – Geschlecht beim Haare-Ausreißen – Alter beim Haare-Ausreißen – Verlauf beim Haare-Ausreißen – Differentialdiagnose des Haare-Ausreißens – körperliche Erkrankungen mit Haar-Verlust – Tic-Störungen mit Haare-Ausreißen – Zwangsstörungen mit Haare-Ausreißen – körperdysmorphe Störungen mit Haare-Ausreißen – psychotische Störungen mit Haare-Ausreißen – vorge-täuschte Störungen mit Haare-Ausreißen – prädisponierende Faktoren zum Haare-Ausreißen: biologische Vulnerabilität, veränderte Schmerz-Empfindlichkeit, Lern-Erfahrungen u. a. – Behandlung der Trichotillomanie: Psychotherapie, Pharmakotherapie – u.a.m.

„Das gibt es doch nicht, dass sich ein vernünftiger Mensch seine eigenen Haare ausreißt, bis die kahlen Stellen bluten“. Diese Zweifel sind berechtigt – und falsch. Man sollte sich überhaupt mit dem Gedanken vertraut machen, dass es nichts gibt, was es nicht gibt ...

Das ist eine Erkenntnis, die ist so alt wie die Menschheit. Und sie betrifft sowohl die alte „Seelenheilkunde“, als auch die moderne Psychiatrie. Die Welt ist bunt und die Menschheit zu vielem fähig. Das Schlimmste ist wahrscheinlich das, was gesunde Menschen willentlich Ungewöhnliches oder gar Unfassbares anzurichten in der Lage sind. Nach außen weniger dramatisch und folgenreich, nach innen aber sehr wohl eine fast nicht mehr zu bewältigende Bürde, wenn nicht gar Qual, sind seelische Krankheiten.

Einige sind seit jeher bekannt (z. B. Alkoholismus, „Alters-Schwachsinn“, Schizophrenie), andere – obwohl genauso alt – erst in letzter Zeit vermehrt zum Thema geworden (z. B. Depressionen, Angststörungen, Rauschdrogenkonsum). Wieder andere noch jüngeren Datums, zumindest im Bewusstsein der

Allgemeinheit (z. B. Burnout, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS, Internet-Sucht).

Doch allen ist eines gemeinsam: Sie bedrücken, belasten, martern und zerstören das Leben ihrer Opfer, ob bekannt oder verheimlicht. Ein Unterschied zu früher ist allerdings nicht zu übersehen, erfreulicherweise: Heute beschäftigt man sich ungleich häufiger, gezielt und vor allem erfolgreich mit den Themen Erkennen – Verstehen – Verhüten – Behandeln. Eine andere Frage ist, ob die verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ausreichen, vor allem außerhalb der westlichen Welt (in der es – auch seelisch und psychosozial – nicht weniger belastend zugeht). Und ob die Betroffenen selber ihren Arzt oder Psychologen aufsuchen, zur Diagnose beitragen und die empfohlene Therapie beginnen und durchhalten. Ein weites Feld, die kranke Seele.

Trichotillomanie – was ist das?

Von dem Fachbegriff *Trichotillomanie* haben sicher nur wenige gehört. Dass sich jemand seine Haare selber ausreißt, gehört vielleicht nicht zum Kenntnis-Alltag, erscheint aber zumindest theoretisch möglich. Dass es sich dabei um ein seelisches Krankheitsbild handelt, gleichsam offiziell von den tonangebenden Gesundheits-Institutionen (s. später) bestätigt, dokumentiert und klassifiziert, mag ebenfalls verwundern. Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung des Phänomens. Sie basiert auf dem empfehlenswerten Fach(!)-Buch über Trichotillomanie der Psychologin Dr. Antje Bohne, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität und freie Mitarbeiterin an der Psychotherapie-Ambulanz der Universität Münster.

Antje Bohne:

TRICHOTILLOMANIE

Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Wien u. a. 2009, 108 S., € 19,95.

ISBN 978-3-8017-1996-8

BEGRIFF

Der Begriff *Trichotillomanie* setzt sich aus drei griechischen Bezeichnungen zusammen: 1. tricho = haar, 2. tillo = rupfen, 3. mania = vielfältig von Trieb oder gar Sucht bis zur leidenschaftlichen Liebhaberei u. a.

So umschreibt der Fachbegriff das zentrale Merkmal der Störung: den subjektiv unwiderstehlichen Drang zum Ausreißen des eigenen Haares.

Damit ist eigentlich schon alles gesagt. Doch die Trichotillomanie zeichnet sich – so die Experten – durch eine bemerkenswerte Heterogenität aus, d. h. wir finden hier eine Vielzahl von Auslösebedingungen, Ursachen und Motiven (Krankheitsbild, Bewegungsgrund), ja sogar nach Art der Störung.

Da das Phänomen natürlich schon früher bekannt war und auch heute nur schwer auf einen Nenner zu bringen ist, hört man auch Begriffe wie pathologisches (krankhaftes) Haare-Ausreißen, zwanghaftes Haare-Ausreißen, chronisches (dauerhaftes) Haare-Ausreißen, repetitives (immer wieder auftretendes) Haare-Ausreißen u. a. Außerdem finden sich Ober- oder Über-Begriffe, die mehrere Störungs-Bilder umfassen. Sie lauten dann beispielsweise körperfokussierte (auf den Körper zentrierte), repetitive (immer wieder auftretende) Verhaltensweisen, Übermäßiges Pathologisches Körper-Pflegeverhalten sowie Selbstschädigende Verhaltensweise.

Auf jeden Fall fällt die Trichotillomanie mit anderen „nervösen“ Verhaltensweisen zusammen, beispielsweise Nägelkauen (Onychophagie) und Dermatitillomanie (früher *acné excoriée*, später *skin picking* genannt), bei denen ein unwiderstehlicher Drang verspürt wird, an den Nägeln zu kauen bzw. seine Haut zu kratzen, zu reiben oder zu scheuern, bis man die Folgen nicht mehr übersehen kann.

Nicht als Synonyme (bedeutungsgleiche Begriffe), wengleich in einer ähnlichen Kategorie stehend, sind die Begriffe bzw. Krankheitsbilder Trichophagie (Verschlucken der Haare) und Trichoteiromanie (Abbrechen der Haare durch Scheuern, Reiben oder Kratzen). Sie können allerdings mit der Trichotillomanie zusammen auftreten. Das gleiche gilt für die Trichotemnomanie, das vorsätzliche Abschneiden der Haare zur Vortäuschung einer Erkrankung.

Wer diese ersten Zeilen noch einmal durchgeht, reibt sich wahrscheinlich verwundert die Augen, was allein in diesem, scheinbar engen (Selbst-Zer-) Störungs-Bereich mit dem Schwerpunkt Haut und Haut-Anhangsgebilde alles möglich ist – krankhafterweise. Da wünscht man sich eine exakte Definition, die aber auch ihre Probleme hat, man ahnt es schon.

DEFINITION

Die schon erwähnten beiden ton-angebenden Gesundheits-Institutionen sind die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 sowie die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. In beiden Klassifikations-Systemen (die sich zwar noch immer mitunter durchaus hinderlich, aber zunehmend weniger unterscheiden, man arbeitet konstruktiv aufeinander zu, in beiden Systemen wird

die Trichotillomanie den so genannten Impuls-Kontrollstörungen zugeordnet. Einzelheiten dazu siehe nachfolgender Kasten.

Störungen der Impulskontrolle

Unter einer Störung der Impulskontrolle versteht man das Versagen, dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist.

Bei den meisten der nachfolgenden Störungen fühlt der Betroffene zunehmende Spannung oder Erregung, bevor er die Handlung durchführt; und er erlebt dann Vergnügen, Befriedigung oder ein Gefühl der Entspannung während der Durchführung der Handlung. Danach können Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten – oder auch nicht.

Störungen der Impuls-Kontrolle können bei verschiedenen Krankheitsbildern vorkommen. Beispiele: Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Affektive Störungen (manisch-depressive Erkrankungen), psychotrope Substanzen wie Rauschdrogen, Alkohol oder Medikamente mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem u. a.

Störungen der Impulskontrolle, die nicht Bestandteil anderer Krankheitsbilder sind, werden vom DSM-IV-TR der APA wie folgt zusammengefasst:

- *Intermittierende Explosible Störung*: umschriebene Episoden des Versagens, aggressiven Impulsen zu widerstehen, die zu schweren Gewalttätigkeiten oder zur Zerstörung von Eigentum führen.
- *Pyromanie*: wiederholtes Legen von Feuer zum Vergnügen, zur Befriedigung oder zur Entspannung.
- *Pathologisches Spielen*: wiederholtes und andauernd fehl-angepasstes Glücksspiel-Verhalten.
- *Trichotillomanie*: wiederholtes Ausreißen des eigenen Haares zum Vergnügen, zur Befriedigung oder zur Entspannung, was zu einem merklichen Haarausfall führt.

Und entscheidend für vorliegenden Beitrag:

- *Kleptomanie*: wiederholtes Versagen, Impulsen zu widerstehen, Gegenstände zu stehlen, die nicht für den persönlichen Bedarf oder wegen ihres Geldwertes benötigt werden.

Nach Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der APA, 2003

Die Diagnose-Kriterien (kennzeichnenden Merkmale zum Erkennen des Krankheitsbildes) der Trichotillomanie nach ICD-10 lauten:

1. Sichtbarer Haarverlust auf Grund der anhaltenden und wiederholten Unfähigkeit, Impulsen des Haare-Ausreißen zu widerstehen.
2. Die Betroffenen beschreiben einen intensiven Drang, die Haare auszureißen mit einer zunehmenden Spannung vorher und einem Gefühl von Erleichterung nachher.
3. Fehlen einer vorbestehenden Hautentzündung; nicht im Zusammenhang mit einem Wahn oder mit Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen).

Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR lauten ähnlich, nämlich:

- A. Wiederholtes Ausreißen des eigenen Haares, was zu deutlichem Haarverlust führt.
- B. Ein zunehmendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Haare-Ausreißen oder beim Versuch, der Handlung zu widerstehen.
- C. Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung während des Haare-Ausreißen.
- D. Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. eine dermatologische (Haut-)Erkrankung) erklärt werden).
- E. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

In beiden Klassifikationen gibt es Ausschluss-Kriterien, d. h. Störungen, die nicht damit verwechselt werden dürfen. Beispiele in der ICD-10: stereotype Bewegungsstörungen mit Haare-Zupfen. Oder im DSM-IV-TR: Zwangs-, vorgetäuschte oder stereotype Bewegungs-Störungen sowie eine Reihe körperlicher Krankheiten aus dem Fachbereich der Dermatologie wie Alopecia areata, männliche Glatzenbildung u. a. Und im Kindesalter die gar nicht so seltene, aber dafür vorübergehende „Angewohnheit“, sich gelegentlich die Haare herauszuzwirbeln.

Schon in diesem Zusammenhang weisen die Experten darauf hin, dass es auch einen „unsichtbaren Haar-Verlust“ gibt, da die Betroffenen in der Regel kreative Mittel und Wege finden, die peinlichen kahlen und oft auch noch unterbluteten Stellen zu kaschieren (d. h. zu verbergen, hier vor allem zu verdecken). Es geht also nicht nur um den „sichtbaren Haarverlust“.

Viel wichtiger und derzeit wieder vermehrt in der wissenschaftlichen Diskussion stehend, ist ein anderes Phänomen aus den erwähnten Diagnose-Kriterien beider Institutionen. Gemeint ist das zuvor bestehende Gefühl wachsender Spannung und dem anschließenden Gefühl von Erleichterung und Befriedigung. Dieses Kriterium wird inzwischen von einigen Seiten als zu streng, zu einengend erachtet. Es zählt natürlich als Grundlage für alle Impuls-Kontrollstörungen, nämlich der charakteristische Spannungsbogen, bestehend aus 1. einer Spannungszunahme vor Ausübung des Problem-Verhaltens bzw. beim Versuch zu widerstehen und 2. einer Spannungsreduktion während bzw. nach Ausübung des Problemverhaltens (was also auch bei Kleptomanie, Pyromanie usf. registriert bzw. wissenschaftlich und dann auch klinisch gefordert wird). Weitere Einzelheiten dazu siehe unten.

INNERE UND ÄUSSERE AUSLÖSE-FAKTOREN?

Wie in vielen Fällen seelischer Störung spielen auch bei der Trichotillomanie zwei Bereiche bzw. Bedingungen eine Rolle, nämlich innere und äußere (Fachbegriffe: internale bzw. externale).

Internale Faktoren sind die entscheidenden Auslöser für das Haare-Ausreißen. Wie erwähnt und per definitionem geht dem Haare-Ausreißen ein unwiderstehlicher Impuls oder Drang voraus. Diesen können die Betroffenen auf der körperlichen oder emotionalen (Gefühls- bzw. Gemüts-)Ebene wahrnehmen.

- Im Allgemeinen wird dabei von einem Gefühl der Spannung berichtet, entweder im Sinne einer erhöhten Muskel-Spannung oder eines emotionalen Stress-Zustandes.
- *Auf körperlicher Ebene* können außerdem ein leichter Juckreiz oder ein Kribbel-Gefühl auf der Haut den Drang zum Haare-Ausreißen auslösen. Solche so genannten Körpersensationen treten meist an einer Körperstelle auf, von der in der Vergangenheit bereits Haare ausgerissen wurden und von der wahrscheinlich erneut ausgerissen wird.

Zusätzlich wirken häufig spezifische Wahrnehmungs-Reize als Auslöser für das Haare-Ausreißen, wie Frau Dr. A. Bohne in ihrem Fachbuch erläutert: Das ist für manche ein Blick in den Spiegel bzw. der Blick auf bestimmte Haare, z. B. graue Haare, Haare mit Spliss u. a. Oder der Anblick einer Pinzette als so genannter visueller Trigger (optischer Auslöse-Mechanismus). Andere wer-

den durch taktile (Berührungs-)Reize animiert, z. B. das Fühlen von bestimmten Haaren (wie krause oder besonders dicke Haare). Selbst propriozeptive (also Tiefen-Sensibilität und Körperlage) Reize können das Haare-Ausreißen bahnen, vor allem durch Bewegungen oder Körperhaltungen, die denen während des Haare-Ausreißens ähneln.

INTERNALE BEDINGUNGEN: EMOTIONEN UND KOGNITIONEN

Zu den *internalen Bedingungen*, die also „innerhalb“ der eigenen Person liegen und das Haare-Ausreißen begünstigen bzw. verhindern können, gehören vor allem Emotionen und Kognitionen. Was heißt das?

- *Emotionen (Gefühle)* können den Beginn einer Episode des Haare Ausreißen bahnen. Dazu zählen beispielsweise Angst, Trauer, Wut und Enttäuschung in negativer Hinsicht. Aber auch positive Erregung, Freude und Neugier. Manchmal ist es auch das Gefühl einer emotionalen Leere, Langeweile oder Teilnahmslosigkeit. Das wäre dann im Sinne einer nicht ausreichenden Stimulierung. Oder kurz: ein Zuviel oder Zuwenig in dieser Hinsicht als Reiz zum Drang des Haare-Ausreißen. Offenbar ist die Intensität eines Gefühls entscheidend, ob es zum Trigger (Auslöser) für das Haare-Ausreißen wird – oder nicht. Welche dieser emotionalen oder körperlichen Zustände als Stress wahrgenommen werden, hängt einerseits vom Betroffenen und andererseits von den jeweiligen äußeren Umständen ab.
- Selbst so genannte *Kognitionen* (vom lat.: cognoscere = erkennen, wissenschaftlich und klinisch heute für jeden Vorgang von Wahrnehmung, Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern und Urteilen gebraucht), selbst solche Kognitionen im weitesten Sinne können die Wahrscheinlichkeit des Haare-Ausreißen beeinflussen. Beispiele: Grübeln ganz allgemein, aber auch Problem-Grübeln bzw. konkrete Gedanken oder Annahmen irgendwelcher Art.

Hier spielen laut Frau Dr. A. Böhne auch so genannte pauschale dysfunktionale Vorstellungen eine Rolle, die aber die Bedeutung des Haare-Ausreißen und seiner Konsequenzen betreffen. Wiederum als Beispiele: „Ohne Haare-Ausreißen werde ich mich nicht wohlfühlen können“ oder „Wenn ich jetzt nicht reiße, wird der Drang immer stärker und ich werde letztendlich viel mehr Haare ausreißen“. Andererseits können aber auch sehr spezielle Gedanken eine Rolle spielen, wie beispielsweise „Meine Augenbrauen sollten genau symmetrisch sein“ u. ä., was häufig noch von einer perfektionistischen Grundhaltung verstärkt wird.

Insgesamt gesehen sollen solche Kognitionen bei der konkreten Auslösung eine eher untergeordnete Rolle spielen. Ausnahmen finden sich allerdings bei so genannten ko-morbiden Leidensbildern, d. h. wenn eine Krankheit oder Störung zu anderen kommt. Das wäre in diesem Fall Trichotillomanie plus Zwangsstörungen oder Depression. Weitere Einzelheiten dazu siehe später.

Umgekehrt gibt es übrigens nicht nur Gedanken, die das Haare-Ausreißen stimulieren oder induzieren, sondern die auch einen so genannten protektiven (Schutz-)Charakter haben. Das wären beispielsweise Überlegungen wie: „Es wäre zu peinlich jetzt zu reißen“ oder „Ich schaffe das jetzt auch ohne Ausreißen“. Auch hier geht es sowohl um individuelle als auch situative Bedingungen.

Wenn man diese Überlegungen noch einmal kurz zusammenfasst, dann gehören zu den

- *auslösenden internalen Bedingungen des Haare-Ausreißens* innere Anspannung/Erregung (Fachbegriff Hyperarousal) bzw. Langeweile/innere Leere (Hypoarousal) oder visuelle (optische), taktile (Berührungs-) bzw. propriozeptive (vom Körperinneren kommende) Reize.
- Bei den *protektiven internalen (Schutz-)Bedingungen* sind es vor allem Gedanken an negative Konsequenzen und so genannte Selbst-Kontrollüberzeugungen.

EXTERNALE BEDINGUNGEN: TÄTIGKEIT, ORT, ZEIT UND SOZIALES UMFELD

Externale Bedingungen, die also außerhalb der eigenen Person liegen und das Haare-Ausreißen begünstigen bzw. verhindern können, sind beispielsweise: Tätigkeit, Ort, Zeit sowie soziales Umfeld. Dabei entscheiden nicht zuletzt individuelle, vor allem innerseelische Aspekte bzw. situative Konstellationen darüber, ob es zum Haare-Ausreißen kommt oder nicht. Im Einzelnen:

- **Tätigkeiten** spielen hier eine zentrale Rolle. Denn die Handlung des Haare-Ausreißens tritt ja häufig nicht völlig isoliert auf, sondern im Rahmen einer anderen, z. B. nachdenklich-besinnlichen auf geistiger Ebene oder sitzenden bzw. Ruhe-Tätigkeit im körperlichen Bereich.

Auslöser sind oft Körper-Sensationen (Empfindungen), Gefühle und Gedanken. Beispiele: Lesen oder Fernsehen, bei denen die erwähnten propriozeptiven Reize von entscheidender Bedeutung sind (wir erinnern uns: propriozeptiv = Empfindungs-Qualitäten, die sich aus der so genannten Tiefen-Sensibilität und der Empfindung der Körperlage im Raum, d.h. Körperstellung zusammensetzt). Dazu gehört beispielsweise eine bestimmte Körperhaltung, die beim Lesen oder Arbeiten eingenommen wird (etwa den Kopf auf eine Hand stützen), weil sie den typischen Bewegungen beim Haare-Ausreißen ähneln oder gleichen.

Ähnliches gilt für konkrete Ruhe-Tätigkeiten, wie das erwähnte Fernsehen oder auf etwas warten. Das geht dann mit einer Unter-Stimulation einher, was ja – wie erwähnt – ebenfalls das Haare-Ausreißen auslösen kann. Umgekehrt können nachdenklich-besinnliche Tätigkeiten wie beispielsweise eine schwierige Aufgabe lösen u. ä. mit einem Gefühl der Überforderung verbunden sein – und dem gleichen Ergebnis.

Auch soziale Konflikt- und Leistungs-Situationen sowie solche, in denen ein besonderer Zeit- oder Entscheidungs-Druck besteht, sind typische situative Auslöse-Bedingungen, in denen es vermehrt zum Haare-Ausreißen kommt. Natürlich muss man auch hier eine möglicherweise zusätzliche negative emotionale Befindlichkeit mit einrechnen, d.h. äußerlich und innerliche Auslöse-Faktoren.

- **Orte**, an denen das Haare-Ausreißen besonders häufig auftritt, sind nach Frau Dr. Bohne vor allem Schlaf-, Bade-, Wohn-, und Arbeitszimmer sowie das eigene Auto.

Und an diesen Orten sind es insbesondere Bett, Sofa, Sessel und Schreibtisch.

Diese Orte hängen natürlich mit der erwähnten Ruhe-Tätigkeit (und damit ggf. Unter-Stimulation, also Bett und Sofa) oder einer nachdenklich-besinnlichen Tätigkeit mit möglicherweise einhergehender Überforderung zusammen (also der Schreibtisch).

Und schließlich gibt es Orte, an denen die Hilfsmittel zum Haare-Ausreißen zur Verfügung stehen, vor allem Spiegel und Pinzette im Badezimmer.

- Schließlich gibt es auch den **zeitlichen Aspekt**: Hier häuft sich offenbar das Haare-Ausreißen abends (vor dem Zubettgehen oder Einschlafen) oder Fröhorgens. Solche zeitlichen Schwankungen bzw. Schwerpunkte sind möglicherweise weniger durch die Tages-Zeit an sich, eher durch die damit verbundenen internalen Zustände erklärbar. Beispiele: Müdigkeit, tätig oder nicht (z. B. Ausruhen), Aufenthaltsorte (z. B. Bett) sowie die erwähnten Hilfsmittel. Entscheidend – so die Expertin – mag auch sein, dass diese Tageszeiten im normalen Tagesablauf zur Körperpflege genutzt werden. Das wiederum bedingt eine visuelle und taktile Beschäftigung mit den Haaren – und damit den Drang zum Haare-Ausreißen.

Manche Patientinnen mit Trichotillomanie berichten auch von einem gehäuften Auftreten des Haare-Ausreißen zu bestimmten Zeiten ihrer Monatsblutung (z. B. prämenstruell, also vor der Menstruation). Hier sind es dann wahrscheinlich körperliche und emotionale Faktoren, die gemeinsam das Haare-Ausreißen induzieren.

- **Individuelle Auslöse-Faktoren** gehen auf spezifische Bedingungen zurück, was Tätigkeit, Ort, Zeit und inner-seelische Ursachen anbelangt. Dazu gehören beispielsweise Situationen beim Telefonieren (Telefonat im Sitzen oder Stehen). Oder der Schreibtisch beim Lesen (nicht aber bei der Computer-Arbeit). Oder aber das Lesen auf dem Sofa, nicht aber beim Lesen auf dem Küchenstuhl usf.

Solche äußeren Faktoren verbinden sich dann ganz offensichtlich mit den inneren – und führen zum Haare-Ausreißen oder nicht. So kann ein spannender Fernseh-Film (das erwähnte Hyperarousal) das Haare-Ausreißen auslösen; ein langweiliger hingegen (Hypoarousal) ebenso, je nach individuellen Auslöse-Bedingungen.

Das Sehen bzw. Fühlen von bestimmten Haaren löst möglicherweise vor allem dann eine Episode des Haare-Ausreißen aus, wenn gleichzeitig großer Zeitdruck bei der Arbeit besteht und/oder der Betroffene sich alleine im Zimmer aufhält, so die Psychologin A. Bohne.

- **Situative Reiz-Konstellationen mit protektivem (Schutz-)Charakter**, also kurz: was schützt vor Haare-Ausreißen? sind natürlich im Umkehrschluss ableitbar. Für die meisten sind es die spezifisch empfundenen sozialen Situationen, die darüber entscheiden. Zumeist werden keine Haare ausgerissen, wenn andere Personen anwesend sind bzw. wenn das Haare-Ausreißen von anderen beobachtet werden könnte. Ein weiterer Faktor fällt auf: Wenn beide Hände gemeinsam beansprucht sind, kann man sich ebenfalls nicht die Haare ausreißen.

Typische externe Bedingungen des Haare-Ausreißen sind also noch einmal zusammengefasst

- als *Auslöser*: nachdenkliche, ruhende oder belastende Tätigkeiten, vertraute Orte mit Privatsphäre, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln sowie Körperpflege.
- Und als *Schutz*: Beobachtung durch andere sowie Ausübung einer Tätigkeit, die beide Hände zugleich beansprucht.

Nachfolgend noch einmal eine kurz gefasste Übersicht im Kasten:

Tätigkeiten, die dem Haare-Ausreißen vorausgehen bzw. parallel ausgeübt werden

- (*Angestregtes*) *Nachdenken*: Lernen/Studieren, Fachliteratur lesen, eine schwierige Aufgabe bearbeiten, wichtigen Schriftkram erledigen, Probleme lösen

- *Ruhetätigkeiten*: Zeitschriften/leichte Literatur lesen, fernsehen, telefonieren, warten, bei Kleinkindern häufig Daumen lutschen u. ä.
- *Belastungs-Situationen*: Höchstleistungen erbringen wollen, sich streiten oder etwas durchsetzen, Tätigkeiten unter Zeitdruck ausüben, schwierige Entscheidungen treffen

nach A. Bohne, 2009

CHARAKTERISTISCHE SCHWERPUNKTE BEIM HAARE-AUSREISSEN?

Haare-Ausreißen ist nicht gleich Haare-Ausreißen, auch wenn die Handlung an sich immer gleich erscheint. So lassen sich – laut der Psychologin A. Bohne – nach Ausmaß und Ausführung dieses Problem-Verhaltens durchaus Unterschiede feststellen, und zwar

- nach Häufigkeit, Dauer und Menge der ausgerissenen Haare
- dem bevorzugten Haar-Typ
- der Art der Ausreiß-Bewegung
- nach zusätzlich stimulierenden Verhaltensweisen
- in Bezug auf Ritualisierung und Automatisierung sowie
- je nach Veränderungen auf körperlicher bzw. emotionaler Ebene.

Im Einzelnen:

- Die **Häufigkeit, Dauer und Menge** ausgerissener Haare kann beträchtlichen Schwankungen unterliegen, und zwar nicht nur je nach Betroffenem, sondern auch beim Einzelnen in Abhängigkeit von innerseelischen und äußeren Aspekten.

So können Haare nur gelegentlich oder aber mehrmals pro Tag ausgerissen werden. Die Dauer dieser Episoden reicht von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden. Zeiten intensiven Haare-Ausreißen können mit ruhigen Phasen (Fachbegriff: symptom-frei) abwechseln. Dabei besteht in den meisten Fällen ein Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Stress-Niveau und dem Ausmaß des Haare-Ausreißen: Je mehr Stress im Alltag desto größer der Drang zum Haare-Ausreißen.

Die *Anzahl der ausgerissenen Haare* während einer Episode bzw. pro Tag kann beträchtlich variieren. In besonders intensiven Phasen kann es bis zu mehreren hundert Haaren pro Tag kosten. Der Mensch hat zwar viele Haare, mehr als er glaubt, aber das ist dann doch ein beträchtlicher, oftmals nicht mehr übersehbarer Haar-Verlust, besonders an bestimmten ausreiß-geeigneten bzw. typischen Stellen.

- Der bevorzugte **Haar-Typ** ist vor allem das Kopfhaar. Hier unterscheiden die Experten verschiedene Regionen: Schädel-Platte, Hinterkopf, Schläfen, Ohren-Partie (oberhalb bzw. hinter den Ohren) und Pony-Partie.

Auch Wimpern und Augenbrauen werden häufig ausgerissen. Doch es können praktisch auch alle anderen Haar-Regionen des Körpers betroffen sein, also Bart-, Nasen- und Ohr-Haare, ja sogar Scham-Haare, Achsel-Haare und die Haare am After; desgleichen die – zumindest bei der Frau in der Regel kaum greifbare – Bein- und Arm- sowie Rumpf-Behaarung.

Viele Betroffene reißen ihre Haare von mehr als einer Körper-Region aus, zumindest im Verlauf ihres Leidens. Ein Wechsel der betroffenen Körper-Region kann unterschiedliche Gründe haben, aber auch ganz gezielt erfolgen, z. B. durch die bessere Erreichbarkeit.

In manchen Fällen kann sich das Haare-Ausreißen im Laufe der Zeit auf verschiedene Körper-Regionen ausbreiten. Manche reißen bevorzugt Haare nur von einer Körperseite (z. B. in Abhängigkeit von der Reiß-Hand) heraus. Oftmals werden – abgesehen von der Körper-Region – bestimmte Haar-Typen bevorzugt. Das kann die Farbe betreffen (z. B. weiß oder grau), die Struktur (z. B. dick, kraus, borstig, drahtig, ölig oder stumpf) oder die Länge des Haares (z. B. kurze Bart-Stoppeln ab einer bestimmten Mindestlänge).

In Einzelfällen, wobei kleine Kinder nachvollziehbarer Weise häufiger betroffen sind, reißen die Betroffenen nicht nur eigene Haare, sondern auch die von anderen Personen, Puppen, Stoff- oder gar Haustieren aus.

- Die **Reiß-Bewegung** kann allein mit den Fingern, aber auch mit Hand und Arm ausgeführt werden. Bei den Fingern werden typischerweise Zeigefinger und Daumen, eventuell zusätzlich der Mittelfinger verwendet, um ein oder mehrere Haare zu greifen und mit einem kräftigen Ruck auszureißen. Bisweilen wird auch zusätzlich eine Pinzette u. ä. zu Hilfe genommen.

Manche reißen ihre Haare nur mit der rechten oder mit der linken Hand aus (wobei es sich bei Rechts-Händern nicht unbedingt um die rechte Hand handeln muss). Bei anderen wechselt die Reiß-Hand in Abhängigkeit von Körperseite und -Region bzw. von der parallel ausübten Tätigkeit (z. B. Auto fahren, Buch lesen, am Computer arbeiten). D. h. welche Hand „besetzt“ und welche „verfügbar“ ist.

- Ein wichtiger, wenngleich dem Laien und den Betroffenen oftmals ebenfalls nicht gegenwärtiger Aspekt sind **zusätzliche Stimulierungen** vor und/oder nach dem Haare-Ausreißen. So spielen viele vor dem Ausreißen zunächst einige Zeit „ganz harmlos“ mit ihren Haaren: über die Haare streichen, einzelne Haare oder Haarsträhnen durch die Finger

gleiten lassen, um die Finger herum wickeln, daran ziehen u. a. – ohne sie tatsächlich auszureißen. Einige verbringen einige Zeit damit, ein bestimmtes Haar auszuwählen, das schließlich ausgerissen wird. Manche bemühen sich, einzelne Haare zu isolieren, um eins nach dem anderen auszureißen. Andere haben die Angewohnheit, mehrere Haare auf einmal vorzunehmen.

Nach dem Ausreißen der Haare werden diese nur selten einfach auf den Boden oder in den Müll geworfen. Die meisten 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. Gesicht oder Arme), das Haar durchreißen bzw. durchbeißen oder daran kauen oder lutschen.

In einigen Fällen werden die Haare anschließend verschluckt (Fachbegriff: Trichophagie), was sogar lebens-bedrohliche Konsequenzen haben kann (siehe das entsprechende Kapitel über *Pica: Krankhafte Essgelüste* in dieser Serie).

- Auch können beim Haare-Ausreißen **Ritualisierung** und **Automatisierung** auftreten:

Einem persönlichen Ritual gleicht das Haare-Ausreißen dann, wenn es fest in den Alltag eingeplant wird, ja, wenn sogar bestimmte Tageszeiten extra dafür freigehalten werden. Oder wenn es einem typischen Ablauf folgt, z. B. die ausgerissenen Haare jeweils in der Mitte durchgebissen werden.

In diesen Fällen erfolgt das Haare-Ausreißen bewusst. In anderen erscheint es eher automatisiert, d.h. die Betroffenen nehmen das Haare-Ausreißen dann nicht voll bewusst wahr und realisieren u. U. erst beim Anblick des Häufchens Haar auf dem Fußboden oder beim Blick in den Spiegel, was sie während der letzten Minuten gemacht haben.

Hier wird häufig eine Art geistige Abwesenheit oder ein Trance-Gefühl während des Haare-Ausreißens beschrieben. Oder die Betroffenen üben parallel dazu eine andere Tätigkeit aus (z. B. Lesen oder Fernsehen), was sie völlig in Beschlag nimmt bzw. zu nehmen scheint. Nicht wenige kennen beides: d.h. volle Aufmerksamkeit bzw. ohne volles Bewusstsein, quasi automatisiert bzw. gewohnheitsmäßig, was den Akt des Haare-Ausreißens anbelangt.

- Bei der Einführung zu diesem Kapitel wurde auch von **Veränderungen auf körperlicher bzw. emotionaler (Gemüts-)Ebene** gesprochen. Was versteht man darunter?

Während einer Episode des Haare-Ausreißens treten typischerweise charakteristische Veränderungen auf, was die Intensität von Gefühlen und Körper-Wahrnehmungen betrifft. Dabei geht es vor allem um eine Abnahme von An-

spannung bzw. Stress oder ganz allgemein um eine wohltuende Beruhigung intensiver Gefühle.

Außerdem wird oft ein positiv erlebtes Nachlassen von Juckreiz oder Kribbel-Gefühlen berichtet. Sollte zuvor ein Gefühl der Leere oder Langeweile empfunden worden sein, so führt das Haare-Ausreißen zu einer angenehmen Stimulierung bzw. Aktivierung.

Schmerz während des Haare-Ausreißens erleben dabei eher weniger Betroffene, versichert die Psychologin A. Bohne. Und wenn, dann wird er meist als nicht so intensiv, wenn nicht gar angenehm und damit willkommen beschrieben.

Kurz: Mit dem Haare-Ausreißen scheinen sich die Betroffenen einem inneren Gleichgewichtszustand zu nähern.

Das kennzeichnende Merkmal der *Spannungslösung* in der Diskussion

In diesem Zusammenhang soll noch einmal kurz auf das diagnostische bzw. differentialdiagnostische Kriterium der Trichotillomanie eingegangen werden, von dem immer wieder die Rede war: gemeint ist die Lösung einer inneren Anspannung. Denn, so der „Lehrbuch“-Hinweis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer ICD-10: „Das Ausreißen der Haare ist häufig zuvor mit dem Gefühl wachsender Spannung und einem anschließenden Gefühl von Erleichterung und Befriedigung verbunden“.

Häufig, das mag angehen, so eine wachsende Zahl von Experten. Doch etwa jeder Fünfte der Betroffenen empfindet dies nicht so, jedenfalls berichtet er nicht davon. Manche erleben also keine Spannungs-Zunahme vorher und andere beschreiben keine Erleichterung danach. Einzelne können weder eine vorausgehende Spannungs-Zunahme noch eine anschließende Spannungs-Reduktion empfinden. Kurz: Ein bedeutsamer Prozentsatz von Betroffenen scheint den für die Diagnose einer „Störung der Impulskontrolle“ typischen Spannungsbogen gar nicht oder nur unvollständig zu erleben.

Das kann seine Gründe haben, zumindest zwei: Einerseits eine gewisse Heterogenität (Verschiedenheit) im Störungsbild der Trichotillomanie, andererseits eine unzureichende Introspektionsfähigkeit (seelische Innenschau) der Betroffenen. In der Tat scheint für nicht wenige eine zuverlässige Erkenntnis, was ihre innere Spannung und/oder Gemütslage anbelangt kaum voraussetzbar, wenn man ihnen nicht zuvor ein gezieltes Aufmerksamkeits-Training dafür anbieten vermag. Dies gilt vor allem für Menschen mit automatisiertem Haare-Ausreißen (s. o.) sowie für Kinder und Jugendliche mit Trichotillomanie.

Nun könnte man dies Problem den Experten überlassen, sollen sie sich in wissenschaftlich kontroversen Diskussionen erst einmal darüber klar werden, was

real ist, wirklich zum Leiden gehört und schließlich den Lehrbüchern und Leitlinien empfohlen werden soll. Doch hier – wie so oft in der Medizin, vor allem in der Psychiatrie ohne spektakuläre Außen-Wirkung – geht es eben nicht nur um wissenschaftliche Dispute, sondern Betroffene, Opfer ihrer Störung mit nicht unerheblichem Leidensdruck. Deshalb mag auch die Expertin Frau Dr. A. Bohne anmerken, dass manche diagnostischen Kriterien tatsächlich in einem zu engen Rahmen stecken, jedenfalls bisher. Damit erhöht sich das Risiko einer so genannten falsch-negativen Diagnose („nicht betroffen und schon gar nicht krank“). Das heißt aber auch: Wer nicht entsprechend diagnostiziert wird, bekommt auch keine entsprechende Behandlung. Und dies, obwohl das Haare-Ausreißen mit bedeutsamen Beeinträchtigungen und Leiden verbunden ist.

Deshalb fordern nicht wenige Fachleute, dass in diesem Fall das (mit)entscheidende Spannungs-Kriterium bei einer zukünftigen Überarbeitung der Klassifikations-Systeme aus der Trichotillomanie-Diagnose herausgenommen oder zumindest in seiner Bedeutung relativiert wird. Ob dann dieses Krankheitsbild weiterhin bei den Impulskontroll-Störungen unterkommt, ist eine andere Frage, mit der sich allerdings die eher um Formalien bemühten Experten beschäftigen. Für die „diagnostische und therapeutische Front“ aber scheint es in der Tat bedeutsam, hier eine korrigierte Überarbeitung voranzutreiben.

Ein Leiden mit erheblicher Beeinträchtigung?

Und ein zweiter Diskussions-Punkt soll hier ebenfalls gleich noch angeschlossen werden. Erneut das gleiche Problem, diesmal mit der Frage: Ist es zur Diagnose einer Trichotillomanie unerlässlich, ein „signifikantes Leiden oder eine entsprechende Beeinträchtigung auf Grund des Haare-Ausreißen“ anzunehmen? Oder kurz: Muss ein derart Betroffener unter seinem Haare-Ausreißen wirklich leiden, um die Diagnose Trichotillomanie und eine entsprechende Behandlung zu begründen?

Auch hier wieder der Einwand mancher Experten: Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen kommt es des Öfteren vor, dass der subjektive Leidensdruck eher gering ist bzw. als gering beschrieben wird. Dies selbst dann, wenn sogar die Eltern deutlich leiden, weil auch die realen Beeinträchtigungen ihres Kindes auf Grund des Haare-Ausreißen immer augenscheinlicher werden, zumindest muss man dies befürchten (weitere Einzelheiten dazu siehe später).

Man sieht: Ein relativ seltenes, scheinbar unbedeutendes und von den Betroffenen sogar bewusst oder unbewusst verheimlichtes Phänomen entwickelt viele Facetten der Betrachtungsweise, Einordnung, Diagnose- und Therapie-Wertigkeit. Wenn man auch manchmal den Eindruck hat, die Experten würden sich hier zu ihrer eigenen Bestätigung wissenschaftliche Diskussionen leisten, die im Alltag kaum von Bedeutung sein dürften, so zeigt sich dann bei

näherer Betrachtung doch das Gegenteil. In wirtschaftlicher Hinsicht wird das schon längst akzeptiert; im seelischen Bereich müssen wir erst lernen, dass der vor allem leidende Mensch das gleiche Anrecht auf eine umfassende Überprüfung, Beurteilung und damit diagnostische und therapeutische Konsequenzen hat.

DIE SEELISCHEN, PSYCHOSOZIALEN UND KÖRPERLICHEN KONSEQUENZEN

Um aber bei dem Begriff „Konsequenzen“ zu bleiben, sollen nun die wichtigsten Folgen auf seelischem, zwischenmenschlichem und körperlichem Gebiet aufgeführt werden, so wie es Frau Dr. A. Bohne in ihrem Fachbuch zusammenfasst:

Bei den Folgen muss man die erst einmal positiv empfundenen Konsequenzen von den schließlich negativen abgrenzen. Das hat vor allem etwas mit der Zeit zu tun, d. h. kurzfristig versus langfristig.

- Zu Beginn der Störung sind die **kurzfristigen Konsequenzen** des Haare-Ausreißens auf der körperlichen und emotionalen Ebene vor allem positiv. Bei den meisten hat nach Beendigung einer solchen Episode der unwiderstehliche Drang 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, wie das die Fachleute ausdrücken. Noch länger, d.h. nachhaltiger werden die positiven Veränderungen auf emotionaler Ebene wahrgenommen, vor allem die größere Ausgeglichenheit. Allerdings ist der angenehme Zeitrahmen relativ begrenzt.

Als negative, wenn auch kurzfristige Konsequenzen sei an die selbst-abwertenden Gedanken erinnert 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“. Mit solchen negativen oder gar (selbst-)entwertenden Überlegungen ist fast immer zu rechnen. Das schließt dann ggf. auch so genannte emotional-negative Nachschwankungen ein, d. h. eine mittel- oder gar längerfristige Verstimmung aus eigener „Schuld“. Dabei stehen vor allem Enttäuschung, Resignation, Verärgerung oder gar Wut im Vordergrund.

- Die **langfristigen Konsequenzen** sind fast ausnahmslos negativ. Man unterteilt sie in körperliche und psycho-soziale Folgen.

Als **körperliche Konsequenzen** steht nachvollziehbar der zunehmende Haar-Verlust im Vordergrund. Das geht von ausgedünnten Haar-Regionen über ausgelichtete Stelle(n), wenn nicht gar völlige Kahlheit. Letzteres mag ja durchaus selten registriert werden, doch sollte man nicht vergessen, dass der mögliche Haar-Verlust nicht nur den Kopf, sondern auch andere, nicht einsehbare Körper-Regionen betrifft (z. B. Rumpf oder Schambereich). Außerdem werden

die meisten Betroffenen sich darum bemühen, den Haar-Verlust zu verbergen, wie und mit welcher Technik auch immer (s. u.).

Ist das *Haupt-Haar* betroffen, werden Frisuren gewählt, die den Haar-Verlust verdecken, zumindest zeitweise bzw. je nach vorangegangenem Verlust. Das aber setzt ggf. umständliche, vor allem zeitaufwändige Maßnahmen voraus, die vor allem eine gewisse Wetterfestigkeit garantieren sollen (z. B. durch Haarspray und/oder Spangen). Muss noch mehr abgedeckt oder ersetzt werden, bieten sich Haarteile oder gar Perücken zum Kaschieren an. Außerdem entsprechende Hüte, Tücher oder Bänder, Baseball-Kappen u. a. Das alles ist aber nicht nur zeitaufwändig, sondern ggf. lästig, unangenehm, unbequem bis ernsthaft belastend.

Männer nutzen die in letzter Zeit modische Möglichkeit, die verräterischen Spuren des Haare-Ausreißens durch eine (Voll-)Rasur zu beseitigen. Sind Augenbrauen oder Wimpern betroffen, können entweder künstliche Haare oder Wimpern angeklebt oder mit Kosmetik-Stiften aufgemalt werden; manchmal wird auch ein permanentes Make-up eintätowiert.

Haarverlust an anderen Körperstellen wie Rumpf, Arme und Beine sowie Schambereich sind die meiste Zeit des Jahres gut verdeckbar und werden erst bei intimeren Kontakten oder bestimmten Freizeit-Aktivitäten wie Schwimmen oder Sauna-Besuch offensichtlich. Das allerdings lässt sich am besten einrichten.

Neben den mehr ästhetischen Aspekten müssen aber auch die *körperlichen Folgeschäden* diskutiert werden, und die können mittel- bis langfristig durchaus schwerwiegend ausfallen. In den meisten Fällen hält sich die organische Beeinträchtigung in Grenzen, d. h. Rötungen, Entzündungen, Verschorfungen und Narbenbildungen. Doch bei längerfristigem Ausreißen der Haare droht eine Schädigung der Haar-Follikel. Das bedingt eine veränderte Struktur der nachwachsenden Haare. Es beginnt mit Kräuseln oder Drahtigkeit bzw. Farb-Veränderungen und kann zu nachhaltig verzögertem Wachstum der Haare führen.

Außerdem können durch den permanenten und gleichförmigen Bewegungsablauf beim Haare-Ausreißen sogar indirekte Folgeschäden drohen, z. B. langfristige Muskel- und Gelenkschäden, ja sogar Nerven-Läsionen. Bekannt ist das so genannte Carpal tunnel-Syndrom, eine Schädigung bestimmter Nerven im Handgelenks- und Hand-Bereich durch das ständige Greifen einzelner Haare und die gleichförmigen Ausreiß-Bewegungen. Sogar Zähne und Zahnfleisch können beeinträchtigt werden. Warum? Durch das wiederholte Zerbeißen von Haaren oder das Durchziehen der Haare durch die Zahn-Zwischenräume mit möglichen Schäden im Dentalbereich (Erosion des Zahnschmelzes) und Zahnfleisch-Entzündungen.

Ganz extrem können die Folgen der *Trichophagie*, des Kauens und Verschluckens von Haaren sein, wie in dem entsprechenden Pica-Kapitel in dieser Serie ausführlich beschrieben wird. Denn Haare sind nicht verdaulich, können sich im Magen-Darmtrakt zu einem Knäuel zusammenballen (Bezoar genannt) und damit zu Koliken, wenn nicht einem lebensbedrohlichen Darmverschluss führen. Manchmal droht sogar eine Magen-Darm-Perforation, also ein Durchbruch, der eine chirurgische Sofort-Maßnahme erfordert.

Schließlich ist an eine Konsequenz zu denken, auf die man nicht sofort kommt. Gemeint ist die Neigung dieser Patienten, aus Scham und Angst vor Entdeckung jeglichen Arztbesuch zu vermeiden, ob Vorsorge oder unabdingbare Konsultation. Oder kurz: Die Behandlung von Krankheiten, die unabhängig von der Trichotillomanie bestehen, kann dadurch verzögert werden oder ganz unterbleiben. Das wiederum hat eigene Konsequenzen, die durchaus besorgniserregend und folgenschwer ausfallen können.

- Entscheidend aber sind die **langfristigen psychosozialen Konsequenzen**. Sie spielen nach außen keine Rolle – scheinbar. Doch ihr Leidensdruck nach innen kann gewaltig werden, ja lebens-beeinträchtigend. Zu den schlimmsten Folgen gehören die meist ausgeprägten Scham- und Schuldgefühle, die bis zur Selbst-Ablehnung, ja zu zerstörerischem Selbst-Hass ausufern können. Das beginnt mit dem negativen Selbst-Bild, das auf der (selbstverschuldeten) beeinträchtigten Attraktivität basiert (Haarverlust, mit oder ohne gelungener Kaschierung). Fast noch tiefer-greifend wirkt sich die Unfähigkeit zur Selbst-Kontrolle aus, weil das Ganze nicht nur „unsinnig“, sondern sogar „verrückt“ ist bzw. wirken muss, das ist auch den Betroffenen bewusst.

So werden nicht selten die sozialen Kontakte reduziert und je nach vermeidbar oder unvermeidbar eingestuft, eingeschränkt und damit in der Regel verschlechtert. Die Furcht vor Entdeckung, vor Fragen, Kritik, Vorbehalten, Unverständnis, vielleicht sogar Hohn und Spott, führt zwangsläufig zu Rückzug und Isolationsgefahr.

Dazu gehören vor allem Freizeit-Aktivitäten, weil man die noch am ehesten auf eigene Kosten einschränken kann. Außerdem braucht das Verbergen des selbst-induzierten Haarverlustes viel Zeit. Man mag es auf den ersten Blick kaum glauben, kann es sich aber bei genauerem Nachdenken gut vorstellen. Da der Tag eingeteilt ist in Pflicht (Beruf), Schlaf und Freizeit, wird es die Freizeit sein, an die es als erste geht.

Außerdem muss man natürlich solche Aktivitäten gezielt vermeiden, bei denen die kahlen Haarstellen letztlich ungeschützt zum Vorschein kommen müssen oder könnten (z. B. öffentliche Veranstaltungen, vordere Sitzreihen, hell erleuchtete Umgebung u. a.). Und wer sportlich aktiv war, der findet sich auch gelegentlich in einer Sammel-Umkleidekabine oder in Gruppen-Duschen – nur jetzt nicht mehr.

Auch Friseur-Berufe werden oft vermieden, was natürlich nach und nach problematisch wird. Und dies nicht nur wegen einer langsam verwilderten Frisur, sondern aus psychologischen Gründen. Denn die immer „ausgefranstere“ Frisur führt nicht nur zur nachhaltigen Einbuße der Attraktivität und den damit verbundenen Rückzugs-Gefahren (s. o.), sie kann auch zum neuen „Trigger“ (Auslöser) des Haare-Ausreißens werden.

Schließlich können sogar Freizeit-Aktivitäten oder Hobbys vermieden bzw. eingeschränkt werden, bei denen das Haare-Ausreißens (immer) häufiger vorkommt. Beispiele: Lesen, Telefonieren, Fernsehen.

Zuletzt kann sich ein entsprechendes Vermeidungsverhalten auch negativ auf den Beruf auswirken. Auch hier wieder nur einige Stichworte, wie sie die Psychologin A. Bohne aufzählt: Merk- und Konzentrationsstörungen, Verspätung auf Grund des Haare-Ausreißens und nachträglichen Kaschierens, Furcht vor Entdeckung am Arbeitsplatz, nagendes, ja zerstörerisches Selbstbild eines „schwachen Charakters“, was letztlich auch zu fachlichen Defiziten, vielleicht sogar zur Berufs-Unfähigkeit führen könnte u. a. m.

Im Extremfall münden die psychosozialen Konsequenzen dann in die Entwicklung einer zusätzlichen seelischen Störung (Fachbegriff: Komorbidität, d.h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt, in welche Reihenfolge oder Ursachen-Verbindung auch immer). Das wären dann vor allem depressive Zustände und Angststörungen. Und bei letzteren das, was man eine soziale Phobie nennt, die Angst vor den anderen (ursprünglich eine eigenständige Angststörung, in diesem Fall eher reaktiv ausgelöst).

HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – ALTER

Die Trichotillomanie galt und gilt noch immer als seltene Störung. Doch das täuscht. In der Allgemeinheit tut man sich ohnehin schwer, so etwas zu erkennen (siehe die Vertuschungs-Methoden, die auch meist und lange Zeit Erfolg haben). Doch auch in Arzt- und Psychologen-Kreisen, naturgemäß in Ambulanz, Poliklinik oder Praxis, denn eine klinische Behandlung ist nun wirklich selten, also auch in diesem Bereich hat man noch immer nicht die notwendige Überzeugung, dass es sich hier um ein offenbar häufigeres, wenn auch geschickt verborgenes Phänomen handelt.

Doch in den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die Hinweise gehäuft, dass man die so genannte Prävalenz (Häufigkeit) bisher deutlich unterschätzt hat.

Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Patienten auf der einen Seite verlegen, verschämt bis resigniert und kaum unaufgefordert darauf zu sprechen kommen; und Ärzte und Psychologen ihrerseits offenbar keine Veranlassung se-

hen, hier gezielt nachzufassen. Man kann es auch irgendwie verstehen, denn die Frage, ob der Betreffende einen unstillbaren Drang zum Haare-Ausreißen habe, ist natürlich schon ein wenig ungewöhnlich. Doch wenn diese initiale Frage so selten gestellt wird, dann muss man sich auch nicht wundern, dass es keine strukturierten diagnostischen Interviews zur Trichotillomanie gibt bzw. kaum bekannt und noch seltener genutzt. Kurz: Die Dunkelziffer ist hoch, selbst wenn es sich im Rahmen einer Ko-Morbidität „nur“ um ein zusätzliches Leiden handelt, beispielsweise zusammen mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, mit Tics, körperdysmorphen Störungen, stereotypen Bewegungsstörungen u. a. (s. später).

Wie hoch schätzt man aber nun die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung? Die Antwort lautet: zwischen 0,5 und 2,5% Lebenszeit-Prävalenz (also dem Vorkommen im Rahmen eines durchschnittlichen Lebensalters). Das hört sich zwar nicht sehr eindrucksvoll an, wäre aber allein in Deutschland mindestens eine halbe Million Bürger, die zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben damit zu ringen hätte.

Die Schwankungen von 0,5 bis 2,5% hängen mit methodischen Problemen, vor allem unterschiedlichen Definitions-Kriterien, Stichproben und Erhebungsinstrumenten zusammen. Außerdem bleibt ja nach wie vor die Frage offen, ob das Erleben von Anspannung und Entspannung durch Haare-Ausreißen zu den unverzichtbaren Merkmalen dieses Krankheitsbildes gehören soll. Dort, wo der erläuterte Spannungsbogen nicht als notwendiges Kriterium einer Trichotillomanie gefordert bzw. definiert wird, sind die Zahlen größer.

- *Geschlechts-spezifisch* findet sich ein Geschlechter-Verhältnis Frauen / Männer von 3 : 1 bis 9 : 1.

Das wirkt auf den ersten Blick eindeutig und entspricht auch den Erfahrungen jener Ärzte und Psychologen, die damit schon einmal konfrontiert worden sind. Doch gilt es hier bestimmte Erkenntnisse zu respektieren, die da beispielsweise lauten: Frauen haben ein verantwortungsvolleres Verhältnis zur ihrer Gesundheit bzw. ihrem Gesundheits-Verhalten, weshalb sie auch öfter einen Arzt aufsuchen. Das geht natürlich in die Statistik ein. Auch ist eine Unterschätzung des Männer-Anteils dadurch denkbar, dass sie die besseren Möglichkeiten als Frauen besitzen, einen Haarverlust zu kaschieren (z. B. durch Rasur oder den Hinweis auf männliche Glatzen-Bildung). Dadurch wird auch ein wichtiges Behandlungs-Motiv, nämlich Beeinträchtigung bzw. Leidensdruck geringer ausfallen oder gar völlig wegfallen.

Gleichwohl besteht schon der Verdacht, dass Frauen in der Tat häufiger betroffen sind. Warum, ist letztlich schwer zu erklären. Denn in den Stichproben von Kindern mit Trichotillomanie findet sich – je nach Untersuchung – einerseits auch hier ein Überwiegen der Mädchen, andererseits ein ausgeglichenes Geschlechter-Verhältnis. Allerdings ist die Zahl der Studien zu dieser Altersgruppe noch zu gering, um zu fundierten Schlussfolgerungen zu kommen.

- Und was das *Alter* anbelangt, so geht schon aus allen vorherigen Erläuterungen hervor, dass es sich von der Kindheit über die Jugend bis zum mittleren Lebensalter hinzieht und auch im höheren Lebensalter vorkommen kann.

WIE VERLÄUFT EINE TRICHOTILLOMANIE?

Eine Trichotillomanie kann in jedem Alter beginnen, wobei Einzel-Fallberichte einerseits schon aus den ersten Lebensjahren und andererseits erstmals im Rentenalter vorliegen. Typischerweise aber beginnt die Störung um das 11. Lebensjahr (+/- 2 Jahre). Ein zweiter Erkrankungsgipfel findet sich im Kindesalter, ungefähr zwischen dem 5. und 8. Lebensjahr.

Verlauf und Prognose (Heilungsaussichten) scheinen bei Betroffenen mit sehr frühem Beginn, d. h. im Kleinkindalter anders zu sein als mit späterem Beginn, gibt die Psychologin A. Bohne zu bedenken. Trichotillomanie im Kindesalter soll relativ kurz dauern und eher plötzlich enden (Fachbegriff: höhere Spontan-Remissionsrate). Hier liegt aber noch einiger Forschungsbedarf vor.

Was jedoch tatsächlich und grundsätzlich nachweisbar ist, sind zwei Hinderungsgründe, rechtzeitig Arzt und später Psychologen aufzusuchen, nämlich Scham und Unwissenheit. Deshalb vergehen in der Regel viele Jahre, zum Teil sogar Jahrzehnte, bis eine professionelle Behandlung möglich ist. Man spricht davon, dass Patienten, die im frühen bis mittleren Erwachsenenalter diagnostiziert werden, eine Erkrankungsdauer von zehn bis zwanzig Jahren aufweisen. Und da man davon ausgehen kann, dass ein Großteil bereits mehrere, wenn nicht zahlreiche Selbst-Behandlungsversuche hinter sich gebracht hat, die alle misslungen sind und den Betroffenen noch ein Stück weiter in sein Leiden hineingerissen haben, wird klar, was das schicksalhaft bedeuten kann.

Deshalb ist der Schritt zum Arzt und Psychologen so wichtig, denn unbehandelt muss man bei Beginn einer Trichotillomanie in der Jugend mit einem chronischen Verlauf rechnen. Dabei können neben Phasen stärkerer Ausprägung auch weniger intensive Zeiten des Haare-Ausreißens auftreten, vielleicht sogar mit einzelnen Episoden vollständiger Genesung. Doch die Rückfall-Rate ist hoch und chronisch heißt trotz fluktuierendem Verlauf (mal mehr, mal weniger, vielleicht sogar einmal gar nicht) ggf. ein „trauriges Leben lang“ (Zitat).

Da stellt sich nun aber die Frage: Wie erklärt man sich dieses Auf und Ab, die Schwankungen im Ausprägungs-Grad der Trichotillomanie? Meist hängen sie mit den subjektiv empfundenen oder objektivierbaren Stress-Niveau des jeweiligen Lebens-Abschnitts oder der entsprechenden psychosozialen (Belastungs- oder Entlastungs-)Situation zusammen. Eine vollständige „Reiß-Abstinenz“ ist wahrscheinlicher während Zeiten seelischer und psychosozialer Ausgeglichen-

heit, eine erhöhte Rückfallgefahr mit stärkerem Haarverlust bei Stress und emotionaler Belastung. Dauert letzteres länger, dann ist durch diese Kombination oder gar Potenzierung mit ernsteren seelischen, psychosozialen und körperlichen Konsequenzen zu rechnen, die eine Behandlung zusätzlich komplizieren können. Außerdem drohen bei längerfristig unbehandelter Trichotillomanie so genannte sekundäre Folge-Erkrankungen, vor allem Depressionen und soziale Angst, besser bekannt als Sozialphobie. Und es können körperliche Erkrankungen gefährlich werden, nicht wegen das Haare-Ausreißen, sondern weil der Patient aus Furcht vor Entdeckung und Scham eine notwendige medizinische Diagnose und Behandlung hinauszögert, wenn nicht gar vermeidet.

Glücklicherweise aber scheint das Durchschnittsalter derjenigen, die professionelle Hilfe suchen und erhalten, seit einigen Jahren zu sinken. Das geht vermutlich mit der besseren Aufklärung in den Medien und einer gründlicheren fachlichen Ausbildung der dafür zuständigen Experten einher, folgert Frau Dr. A. Bohne. Denn je kürzer die Störung zu Behandlungsbeginn, desto eher macht sich der Behandlungserfolg bemerkbar, und zwar auf allen Ebenen.

Der Vorteil liegt vor allem im geringeren Risiko einer Automatisierung des Haare-Ausreißen und der Generalisierung der Auslöse-Bedingungen. Denn wenn sich beides eingeschlichen haben sollte, wird die Therapiezeit aufwändiger und schwieriger – und vor allem anstrengender für beide Seiten. Bei der Automatisierung behindert vor allem der Umstand, dass das dranghafte Verhalten nach und nach erst einmal bewusst gemacht werden muss. Und die Bandbreite an Auslöse-Bedingungen ist natürlich ebenfalls umso größer, je länger das Leiden unbehandelt blieb.

Kurz: Verlauf und Prognose hängen – hier wie bei den meisten seelischen Erkrankungen, bei den körperlichen ist es nicht viel anders -, mit dem rechtzeitigen Erkennen und Verstehen und der damit verbundenen notwendigen Bereitschaft zusammen, etwas dagegen zu tun. Und zwar auch nach zahlreichen misslungenen Eigen-Versuchen; diesmal mit professioneller Hilfe und umso mehr Geduld, je länger sich das Ganze im Leben des Betroffenen schon „eingraben“ konnte.

DIFFERENTIALDIAGNOSE: WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?

Bei den Störungen der Impulskontrolle (siehe der Kasten in der Einleitung dieses Beitrages) kann der Grundsatz gelten: Das Problem-Verhalten erfolgt um seiner selbst Willen. Die Tat wird als lustvoll, anregend oder entspannend erlebt (die Konsequenzen hingegen als negativ bewertet, aber da ist es schon wieder einmal zu spät). Besonders deutlich wird dies bei der Kleptomanie (krankhafte Stehlsucht, wobei das Gestohlene gar nicht gebraucht, oft auch ungenutzt aufbewahrt, verschenkt oder gar weggeworfen wird) und der Pyro-

manie (krankhaftes Feuerlegen, was noch viel schlimmere Folgen haben kann). Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

So auch hier: Der Akt des Haare-Ausreißens wird bei Trichotillomanie primär als angenehm erlebt. Dagegen dient das gleiche im Rahmen anderer seelischer Störungen eher als notwendiges Übel oder Mittel zum Zweck. Das Haare-Ausreißens selber wird dabei nicht als (so) angenehm erlebt, wie bei der „reinen Trichotillomanie“. Was spielt hier eine Rolle und was gilt es zu beachten?

● **Vorübergehende Phase**

Bei Kindern gelten zeitlich begrenzte Phasen des Haare-Ausreißens als eine vorübergehende Verhaltensweise im Bereich der normalen Entwicklung. In jungen Jahren empfiehlt sich deshalb die Diagnose erst nach mehreren Monaten fortdauernden Haare-Ausreißens zu stellen.

Auch bei Erwachsenen kann es vorübergehend, vor allem in Zeiten erhöhter Anspannung und Ängstlichkeit zu solchen Episoden kommen. Sie gehen in der Regel mit einem geringeren Haar-Verlust und ohne deutlichen Leidensdruck einher. Auch sie sollten erst einmal nicht als Trichotillomanie eingestuft werden.

Allerdings besteht die Gefahr, dass sich das Haare-Ausreißens im so genannten Verhaltens-Repertoire der Betroffenen gleichsam etabliert. Denn immerhin kann es sich ja hier um ein zumindest potentiell stress-reduzierendes Phänomen handeln. Stress gibt es immer und die Auswahl, sich hier ein wenig Linderung zu verschaffen, dazu noch in eigener Regie und ohne Medikamente oder Genussmittel, wie es sonst üblich ist, diese Auswahl ist eher gering. Deshalb muss man auch einen Übergang oder eine grenzwertige Entwicklung im Auge behalten. Das gilt für jedes Lebensalter.

● **Körperliche Erkrankungen mit entsprechenden Folgen**

Die beiden ton-angebenden Institutionen WHO und APA drängen auf den diagnostischen Ausschluss einer körperlichen Primär-Erkrankung, die zu Haar-Verlust von eigener Hand führen kann.

Nach ICD-10 der WHO muss vor allem eine Haut-Entzündung (z. B. Neurodermitis) ausgeschlossen werden, deren Juckreiz das Haare-Ausreißens motivieren kann. Das gleiche gilt auch für andere organische Leiden wie z. B. Diabetes mellitus.

Im DSM-IV-TR der APA werden noch mehr Beispiele für Haarausfall-Erkrankungen genannt: Alopecia areata, männliche Glatzenbildung, Haarfollikel-Entzündung sowie eine Reihe von Haut- und Autoimmun-Erkrankungen wie chro-

nischer diskoider Lupus erythematodes, Lichen planopilaris, Folliculitis decalvans, Pseudepelade Bocq, Mucinosis follicularis u. a. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Kurz: Im Falle eines medizinisch bedingten Juckreizes oder entsprechenden Symptoms sollte zunächst die körperliche Grund-Erkrankung behandelt werden. Erst wenn danach das Haare-Ausreißen trotzdem fort dauert, ist die Diagnose einer Trichotillomanie zu diskutieren und bei Bejahung eine entsprechende Therapie indiziert.

● **Stereotype Bewegungs-Störungen**

Ebenfalls auszuschließen ist die so genannte „stereotype Bewegungs-Störung mit Haare-Zupfen“. Im Gegensatz zur Trichotillomanie geschieht hier das Haare-Ausreißen im Rahmen rhythmischer Bewegungen mit entsprechenden Folgen. Ein wichtiges Unterscheidungs-Kriterium ist dabei die Erkenntnis, dass es sich in der Regel um mehrere Bewegungs-Stereotypen mit oder ohne selbstverletzenden Charakter handelt. Beispiele: das gleichzeitige Körper-Schaukeln und/oder Kopf-Schlagen, häufig auch in Verbindung mit einer Intelligenz-Minderung.

Bei normal intelligenten Kindern sind stereotype Bewegungs-Störungen ebenfalls möglich, allerdings meist nicht mit selbstschädigenden Verhaltensweisen. Und nach dem dritten Lebensjahr werden sie deutlich seltener.

Allerdings gibt es auch einige Unsicherheits-Faktoren, was die zutreffende Diagnose anbelangt. Denn sowohl bei stereotypen Bewegungs-Störungen als auch bei der Trichotillomanie wird das Haare-Ausreißen als lustvoll bzw. beruhigend erlebt, typischerweise vor dem Einschlafen oder bei Alleinsein sowie nach Ausprägung und Schweregrad oftmals fluktuierend praktiziert (also mal mehr oder weniger). Handelt es sich – wie erwähnt – um ein Kind mit Intelligenzminderung, wird die diagnostische Richtung deutlicher. Liegt aber dieses Phänomen bei jungen Kindern ohne Intelligenzminderung vor, wird der Kinder- und Jugendpsychiater, der in der Regel hinzugezogen wird, vor allem auf die kennzeichnenden Merkmale „Rhythmik“ und „weitere Bewegungs-Stereotypen“ achten.

● **Tic-Störungen**

Auch die Abgrenzung zu Tic-Störungen kann schwer fallen (Einzelheiten zu den Tic-Störungen siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Denn in beiden Fällen wird ja auch ein innerer Drang als Auslöser beschrieben. Außerdem nehmen beide Störungen unter emotionaler Erregung (sowohl mit positiver als auch negativer Färbung) zu. Und oftmals findet sich dabei auch noch eine muskuläre Anspannung, die sowohl bei einer Tic-Störung als auch bei Trichotillomanie nach dem Haare-Ausreißen zurückzugehen pflegt.

Dafür gibt es eine Reihe von Hinweisen, die die Unterscheidung dann doch erleichtern: So ist im Gegensatz zur Trichotillomanie die Reiß-Bewegung bei Tic-Störungen unwillkürlich, setzt abrupt ein bzw. erscheint als plötzlich einschließende Bewegungs-Folge. Das heißt konkret: Im Falle einer Tic-Störung ist die Reißbewegung willentlich kaum mehr zu unterbrechen, wenn sie sich einmal eingefahren hat. Dagegen kann sie bei Trichotillomanie jederzeit willkürlich unterbrochen werden.

Schließlich gilt es zu beachten: Im Rahmen einer Tic-Störung, bei der das Haare-Ausreißen auffällt, sind wahrscheinlich zuvor schon einfache und / oder komplexe motorische (Bewegungs-)Tics aufgetreten bzw. noch immer vorhanden. Allerdings sind beide Leiden durchaus zusammen möglich (die erwähnte Co-Morbidität von Trichotillomanie und Tic-Störung).

● Zwangsstörungen

Eine Trichotillomanie wird häufig als zwanghaft bezeichnet – fälschlicherweise. Denn das ist ein Irrtum. Gewiss kann Haare-Ausreißen in seltenen Fällen eine Zwangshandlung darstellen. Doch ein wichtiges Unterscheidungs-Merkmal ist, dass das Haare-Ausreißen im Rahmen einer Zwangsstörung nicht als primär angenehm erlebt wird.

Außerdem sollte bei einer Zwangsstörung ein vorausgehender Zwangsgedanke identifizierbar sein, der die Zwangsstörung einleitet oder begleitet. Bei der Trichotillomanie spielen entsprechende Gedanken als konkrete Auslöser des Haare-Ausreißen eine untergeordnete Rolle. Inhaltlich haben sie auch einen eher allgemeinen Charakter. Das ganze ist allerdings mitunter recht schwierig auseinander zu halten und braucht vom Therapeuten einige Erfahrung. Hilfreich ist aber auf jeden Fall die alte Erkenntnis, ob das Haare-Ausreißen primär als angenehm erlebt wird (also Trichotillomanie) oder ob es ausgeführt wird, damit bestimmte, vor allem befürchtete Konsequenzen verhindert werden können (Zwangsstörung). Ganz so eindeutig mag sich das allerdings ebenfalls nicht darstellen, doch ist es schon einmal wegweisend, wenn man herausfinden kann, welches der beiden Motive im Vordergrund steht, erklärt die Psychologin A. Bohne.

Wie schwierig es letztlich in diesem Fall werden kann, ergibt sich auch aus der Erkenntnis: Sowohl bei Trichotillomanien als auch einer Zwangsstörung ist nach dem Haare-Ausreißen eine Spannungs-Reduktion zu erwarten. Die macht sich zwar bei einer Zwangsstörung eher an dem in diesem Zusammenhang leidvoll empfundenen „störungs-spezifischen Angst- bzw. Unruhezustand“ fest, aber das kann auch bei der Trichotillomanie ähnlich sein.

Schließlich kann die Trichotillomanie die Form eines Rituals annehmen, wie wir gehört haben. Das ist jedoch auch bei Zwangsstörungen möglich, allerdings deutlich unflexibler. D. h. bei Trichotillomanie kann es schon auch zu ei-

ner typischen Abfolge des Haare-Ausreißen kommen, was fast einem Zwangsritual gleicht. Wird aber dieser Vorgang durch äußere Umstände unterbrochen oder muss aus irgendwelchen Gründen anders ablaufen als beabsichtigt, so ist eine Wiederholung des Rituals nach dem vorher festgelegten Verlauf subjektiv nicht zwingend, auch wenn der Drang zum Haare-Ausreißen bleibt. Bei einer Zwangsstörung muss der Betroffene jedoch in der gleichen Situation mit einer unangenehmen emotionalen Reaktion rechnen, z. B. Unruhe, Angst oder gar Panik, d.h. er ist viel unflexibler in sein Ritual eingebunden, wenn nicht gar „eingepanzert“ (*Zwangskrankheit*). Bei der Trichotillomanie beschränkt sich diese Reaktion auf wenige eingreifende Symptome, beispielsweise „nur“ Frustration (vom lat.: frustra = vergebens).

Zuletzt muss noch zur Automatisierung Stellung genommen werden. In manchen Fällen verläuft bei der Trichotillomanie das Haare-Ausreißen ja regelrecht automatisch, wird kaum bewusst wahrgenommen, manchmal sogar wie ein trance-ähnlicher Zustand beschrieben. Im Unterschied zur Zwangsstörung aber misst der Betroffene dem Ritual keine besondere Aufmerksamkeit bei; es erscheint ihm nicht wichtig, sich auf den exakten(!) Ablauf zu konzentrieren, wie es der Zwangsgestörte ertragen muss.

Das alles wird natürlich noch von der relativ einfachen Erkenntnis erleichtert: Haare-Ausreißen im Rahmen einer Zwangsstörung ist wohl nicht die einzige Zwangshandlung, die der Zwangskranke zur Neutralisierung seiner Zwangsvorstellungen einsetzen muss. Hier kommt eines zum anderen – und damit auch zur treffenden Diagnose.

Doch auch in diesem Zusammenhang ist natürlich nicht auszuschließen, dass Zwangsstörungen und Trichotillomanie unabhängig voneinander, aber gleichzeitig bestehen können. Eine besonders schwere Bürde.

● Körperdysmorphie Störungen

Auch bei so genannten *körperdysmorphen Störungen* (auch Dysmorphophobie genannt, volkstümlich: „Menschen, die sich selber rein äußerlich nicht mögen) ist das Ausreißen von Haaren möglich, in diesem Fall aber als „kosmetische Selbst-Therapie“, weil sie als störend oder hässlich erlebt werden (z. B. Damenbart oder zu kräftige Augenbrauen). Auch hier ist übrigens der erwähnte Spannungsbogen möglich. Können nämlich solche kompensatorische Handlungen nicht ausgeführt werden, steigen Unruhe und Besorgnis und damit seelisch-körperliche Beeinträchtigungen an, die erst wieder nachlassen, wenn man in diesem Fall die Haare ausgerissen hat.

Doch bei solchen Störungen erfolgt das Haare-Ausreißen nicht um seiner selbst willen, sondern um das erwünschte Selbstbild zu erhalten, also eine Steigerung der optischen Attraktivität. Im Gegensatz zur Trichotillomanie wird das Haare-Ausreißen auch nicht um seiner selbst willen als angenehm erlebt,

sondern nur der erzielte bzw. erwünschte Haar-Verlust an „falscher Stelle, oder kurz: lediglich Mittel zum Zweck.

Allerdings können beide Störungen auch zusammen auftreten. So kann beispielsweise die Trichotillomanie zu einem Haarverlust führen, der schließlich zum Leidens-Mittelpunkt einer körperdysmorphen Störung wird oder umgekehrt: Das zunächst kompensatorische Haare-Ausreißen im Rahmen einer körperdysmorphen Störung verselbstständigt sich und wird zum eigenständigen Störungsbild einer Trichotillomanie. Aber auch unabhängig voneinander können beide Leiden erhebliche Qualen bereiten.

● **Psychotische Störungen**

Haare können auch im Rahmen eines Wahns oder durch Sinnestäuschungen erzwungen ausgerissen werden. Möglich ist dies beispielsweise bei einem Dermatozoenwahn (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie), bei dem der Betroffene glaubt, von Parasiten befallen zu sein, entsprechende Missempfindungen auf oder unter der Haut wahrzunehmen und durch Haare-Ausreißen versucht, sich davon zu befreien. Oder er hört Stimmen, die im Rahmen einer Psychose ihm den Auftrag erteilen, sich die Haare auszureißen.

Das wäre dann keine Trichotillomanie, sondern eine psychotische Störung mit entsprechenden Folgen. Doch bei der Trichotillomanie finden sich keine sonstigen psychotischen Störungen, wie sie beispielsweise bei einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung möglich sind. Und bei der Psychose würde das Haare-Ausreißen nicht lustvoll ausgeführt, sondern getrieben (s. o.); und eine entsprechende Einsichtsfähigkeit in das Krankhafte dieser Handlung wäre ebenfalls nicht zu erwarten.

Wiederum aber können beide Krankheitsbilder zugleich auftreten, unabhängig voneinander. Ein Unterscheidungsmerkmal ist dann u. a. der zeitliche Verlauf: Das psychotische Haare-Ausreißen wäre nur während einer psychotischen Episode zu erwarten und müsste dann bei einer erfolgreichen neuroleptischen Behandlung zumindest zurückgehen oder ganz verschwinden. Eine Trichotillomanie dagegen wäre längerfristig zu ertragen, wobei sie allerdings unter geringeren Stress-Bedingungen ebenfalls zurückgehen könnte.

● **Vorgetäuschte Störungen**

Über vorgetäuschte bzw. artifizielle Störungen (populär als Münchhausen-Syndrom bekannt) siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Hier geht es um die regelrechte Produktion vor allem körperlicher Zeichen und Symptome, um eine Krankenrolle einzunehmen; und das am besten im Rahmen einer klinischen Behandlung. Das setzt allerdings voraus, dass man das Haare-Ausreißen so praktiziert, dass es „unbedingt geklärt und gezielt behandelt werden

muss, „womit der Wunsch des „Münchhausen-Patienten“ erst einmal erfüllt wäre.

Doch im Falle einer Trichotillomanie scheuen sich ja die meisten Betroffenen, ihr Problem-Verhalten offen anzusprechen und sind penibel darauf bedacht, ihren Haar-Verlust zu kaschieren und damit möglichst lange vor der Öffentlichkeit zu verbergen, gibt Frau Dr. A. Bohne zu bedenken. Und deshalb wird auch das Umfeld der Trichotillomanie-Patientin kaum um gezielte Hilfe, Unterstützung oder auch nur Rücksichtnahme gebeten. Selbst Angehörige und Freunde können über Jahre ahnungslos und unwissend bleiben. Das widerspricht auf jeden Fall dem Motiv einer „gewünschten Krankenrolle“, was bei vorgetäuschten Störungen im Vordergrund steht.

Schon schwieriger von der Trichotillomanie abzugrenzen ist die so genannte *Trichotemnomanie*. Das ist eine artifizielle Störung, bei der der Haarverlust durch das vorsätzliche Abschneiden der Haare provoziert wird, ein Zustandsbild, das nicht ohne weiteres von der Trichotillomanie unterscheidbar ist (dermatologisch aber durch ein so genanntes Trichogramm dann doch möglich wird).

Außerdem ist die Trichotemnomanie nicht mit dem Kurz-Schneiden der Haare bei Trichotillomanie zu verwechseln, wo es nur zur Kaschierung dient oder auch als Versuch, das Haare-Ausreißen zu erschweren (weil sich kurze Haare schlechter ausreißen lassen).

Schlussfolgerung zur Ko-Morbidität

Wie erwähnt, treten bei der Trichotillomanie auch andere seelische Störungen auf, wobei allerdings die so genannte Dunkelzimmer hoch und die wissenschaftliche Datenlage eher unsicher einzuschätzen ist. Gleichwohl finden sich bei Trichotillomanie offenbar gehäuft Krankheitsbilder mit anderen „körperfokussierten repetitiven Verhaltensweisen“ (konkret Nägel kauen oder Haut-Picken u. a. – siehe das Pica-Kapitel in dieser Serie), aber auch depressive Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen. Dazu die erwähnten Körperdysmorphien sowie Ess-Störungen. Auch Persönlichkeitsstörungen sollen gehäuft vorkommen. Fraglich erscheint dies hingegen bei Schizophrenien, somatoformen Störungen, Substanz-Missbrauch bzw. -Abhängigkeit (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente) sowie Tic-Störungen und dem Tourette-Syndrom. Auch bei den anderen Impuls-Kontrollstörungen (siehe Kasten in der Einleitung) liegen bisher keine Daten vor, die für eine häufigere Gleichzeitigkeit sprechen.

Gleichwohl sollte man bei Trichotillomanie ein Auge darauf haben. Wissenschaftliche, vor allem methodische Schwierigkeiten auf der einen Seite (insbesondere eine ausreichend große Patienten-Zahl zu entsprechenden Fragestellungen zusammen zu bekommen) ist das eine Problem, das Beschwerdebild möglicher Zusatz-Leiden aber das andere. Denn letzteres ist meist nicht so

ausgeprägt, dass es zu einer Behandlung zwingt oder dem Umfeld auch nur halbwegs auffällig wird. So etwas nennt man eine „subklinische Ausprägung“. Und wenn man im Alltag von Ambulanz/Poliklinik oder Praxis ein gewisses Gespür dafür entwickelt, dann finden sich durchaus häufiger besonders depressive und sozial-ängstliche Symptome, vor allem auch Nägel kauen und Zähne-Knirschen im Zusammenhang mit einer Trichotillomanie. Darauf sollte man also achten.

WAS KANN EINE TRICHOTILLOMANIE BAHNEN, AUSLÖSEN, VERSTÄRKEN UND UNTERHALTEN?

Seit mehr als hundert Jahren erregt die Trichotillomanie wissenschaftliches Aufsehen und wird in letzter Zeit auch immer gezielter beforscht. Kein Wunder, dass es dazu eine große Zahl verschiedener Hypothesen gibt, was die Bahnung, Auslösung, Verstärkung und Chronifizierung des Störungsbildes anbelangt. Empirische, wissenschaftlich fundierte Belege auf einer ausreichend langen Erfahrungs-Grundlage sind noch spärlich. Nachfolgend deshalb eine kurze Auswahl möglicher Diskussions-Aspekte und deren vermuteten Interaktionen (Wechselbeziehungen).

● **Prädisponierende Faktoren**

Zu den *prädisponierenden Faktoren*, die also eine Art krankhafter Voraussetzung bilden, zählen die Experten die so genannte biologische Vulnerabilität, eine veränderte Schmerzempfindlichkeit sowie vorausgehende Lern-Erfahrungen. Im Einzelnen:

Für eine **biologische Vulnerabilität**, d.h. eine verstärkte seelisch-körperliche Verwundbarkeit, die schließlich zur Trichotillomanie führt, sprechen folgende Erfahrungen:

- Zum einen eine familiäre Häufung von Trichotillomanie sowie anderer Störungen mit exzessiven Verhaltensweisen, z. B. Zwangsstörungen.
- Darüber hinaus liefern Studien mit so genannten bildgebenden Verfahren (populär gesprochen eine Art „Super-Stereo-Röntgen-Methode“, z. B. CT oder Kernspin u. a.) erste Hinweise auf hirn-strukturelle Auffälligkeiten, die vor allem im Frontal-(Stirn-)Hirn lokalisiert sind. Betroffen sind offenbar solche Hirnstrukturen bzw. neuronalen (Nerven-)Netzwerke, die mutmaßlich für den Beginn und die Steuerung bestimmter Handlungen verantwortlich sind. Neuropsychologische Studien scheinen dies zu bestätigen.

Obgleich hier noch reichlich Forschungsbedarf herrscht, sprechen jedoch die funktionellen Auffälligkeiten im Gehirn auf Grund einer biologischen Vulnerabilität auch für eine organische Grundlage der Trichotillomanie.

- Denn auch andere Hinweise, z. B. aus tier-experimentellen Studien, lassen eine biologische Komponente zumindest möglich erscheinen (Stichwort: Mutation bzw. Schädigung eines bestimmten Gens bei Mäusen).
- Auch ethologische Perspektiven der Verhaltensforschung scheinen die biologische Schiene zu stützen. Hier geht es vor allem um Übersprungshandlungen, bei denen im Tierbereich Konflikt-Situationen abreagiert werden. Daraus folgert man, dass generell eine biologische Bereitschaft bestehe, in Stress-Situationen ein exzessives, ja ungemessenes Körper-Pflegeverhalten zu zeigen und damit den Stress zu mildern.
- Schließlich zeigt sich auch im Rahmen anderer psychischer Störungen (z. B. Panikattacken) eine biologische Vulnerabilität in Form verminderter Toleranz gegenüber unangenehmen inneren Zuständen. Daraus resultiert das erhöhte Bedürfnis nach Kontrolle bzw. Vermeidung unangenehmer Gefühle oder Körper-Zustände. Also greift man nach Handlungen, die derlei verkürzen oder weniger intensiv erleben lassen. Die können einerseits „vernünftig“ erscheinen. Andererseits aber bieten sich auch Reaktionen an, die objektiv unvernünftig erscheinen, subjektiv aber sehr wohl den Leidensdruck zu mildern vermögen, z. B. durch Haare-Ausreißen. Ob das allerdings biologisch bedingt oder eher erlernt ist, steht noch zur Diskussion.

Kurz: Biologische Einflussfaktoren, die Funktion oder gar Struktur des Gehirns betreffen, sind auch bei Trichotillomanie nicht auszuschließen, bisher aber wissenschaftlich noch unzureichend gesichert. Allerdings sind biologische Aspekte nicht nur hier, sondern auch im Bereich anderer, früher als rein seelisch bezeichneter krankhafter Phänomene nicht mehr völlig von der Hand zu weisen.

Diskutiert wird bei der Trichotillomanie auch eine **veränderte Schmerz-Empfindlichkeit**. Denn es wird oftmals berichtet, dass beim Haare-Ausreißen entweder kein Schmerz wahrgenommen oder Schmerz sogar als angenehm bzw. willkommen erlebt wird. Das steht im Gegensatz zu jenen Personen ohne Trichotillomanie, die beim Haare-Ausreißen durchaus Schmerzen empfinden. Ein solcher Unterschied hätte natürlich Einfluss auf das Risiko einer Trichotillomanie.

Der Unterschied in der Schmerz-Empfindlichkeit wird in einer Veränderung des endogenen Opioid-Systems gesehen, also der körpereigenen Produktion von so genannten Endorphinen (körpereigene Stoffe aus der Gruppe der Opioide). Sollten diese während des Haare-Ausreißen vermehrt ausgeschüttet werden, würde das zu einer Senkung der Schmerz-Empfindlichkeit führen, vielleicht sogar zu einem „Kick“-Erleben (wie wir das ja auch vom „Jogger-High“ kennen).

Die Ergebnisse im Rahmen der Trichotillomanie sind bisher noch widersprüchlich. Interessant aber der Hinweis, dass die medikamentöse Gabe eines Opioid-Antagonisten, der den (hier auch körpereigenen) Wirk-Effekt gleichsam blockiert, zur Reduktion des Haare-Ausreißen führt.

Wie auch immer: Wenn überhaupt, dann scheint aber eine veränderte Schmerz-Wahrnehmung auf jene Körper-Region beschränkt zu sein, in denen die Haare ausgerissen werden. Auch ist noch unklar, ob das veränderte Schmerz-Empfinden dem Haare-Ausreißen zeitlich voraus geht (also eine Vorbedingung darstellt) oder eher infolge der Trichotillomanie auftritt. Deshalb auch hier: Es liegt noch reichlich Forschungsbedarf vor.

Natürlich können auch **individuelle Lern-Erfahrungen** eine Rolle spielen, ja geradezu die Trichotillomanie bahnen. So würde beispielsweise die Beobachtung, wie sich etwa die Mutter aus kosmetischen Gründen die Augenbrauen zupft, gezielt graue Haare entfernt oder gar selber an Trichotillomanie erkrankt ist, schon früh eine entsprechendes Lernen ermöglichen, zumindest die grundsätzliche Bereitschaft psychologisch „einpflanzen“, dieses Verhalten zu einem späteren Zeitpunkt selber aufzunehmen.

Tatsächlich gibt es entsprechende Einzelfall-Berichte, ja sogar Familien-Studien, die die Hypothese eines „lern-geschichtlichen Einflussfaktors“ durchaus stützen, fasst Frau Dr. A. Bohne die vorliegenden Studien-Erkenntnisse zusammen.

● **Begünstigende Faktoren**

Zu den *begünstigenden Faktoren* einer Trichotillomanie gehören besonders unangenehme innere Zustände, also sowohl spezifische Gefühle und Körper-Wahrnehmungen als auch allgemeines Wohlbefinden bzw. Unwohlsein. Wie bereits erwähnt, spielen beim Haare-Ausreißen vor allem Trauer, Angst, Wut, Ärger, Enttäuschung, aber auch Freude, Erregung oder Neugierde eine Rolle. Außerdem Juckreiz, Brennen, Schmerzen, Kribbeln oder muskuläre Anspannungen.

Vor allem solche emotional oder körperlich unangenehmen Zustände sollen natürlich so rasch wie möglich reguliert, ausgeglichen oder beendet werden. Das können dann einerseits nachvollziehbare Handlungen sein, aber auch nur subjektiv entlastende, die der Umwelt sogar fremd bis abstoßend sein mögen. Zu Letzterem gehört dann das Haare-Ausreißen, Haare zerbeißen, die Haut mit ausgerissenen Haaren streicheln u. a.

Interessanterweise – so die Wissenschaftler – werden damit nicht nur negative Empfindungen neutralisiert, sondern auch durchaus positiv und angenehm erlebte, z. B. ein Übermaß an freudiger Erregung gemindert.

Ein weiterer begünstigender Aspekt sind Ort, Zeit, ausgeübte Aktivität, (psycho-)soziale Umstände u. a. Einzelheiten dazu wurden schon erläutert. Auf jeden Fall darf man diese Umfeld-Bedingungen nicht unterschätzen.

● **Aufrecht erhaltende Faktoren**

Um eine *Trichotillomanie fortzuführen*, bedarf es bestimmter Bedingungen, vor allem Lernprozesse, Gewohnheitsbildungen, schließlich eine zunehmende Automatisierung dieser Handlung. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch seien wenigstens einige Stichworte genannt: Haare-Ausreißen als „Kick“-Erleben, hypothetisch auf einer Endorphin-Ausschüttung basierend (also körpereigene Opiate mit angenehmer Empfindung); Zunahme sozialer Aufmerksamkeit als positive Konsequenz auf das Haare-Ausreißen, zumindest in Einzelfällen, z. B. bei Kleinkindern; eindeutige, sichtbare negative Konsequenzen erst nach längerem Haare-Ausreißen, was die erwähnten positiven Folgen erst einmal verstärkt.

Schließlich aber schaffen diese negativen Folgen neue Auslöse-Bedingungen für den Drang zum Haare-Ausreißen. Beispiele: Zunehmender Haar-Verlust mit entsprechendem Scham-Empfinden, Angst vor Entdeckung durch andere mit sozialen Konflikten, Einschränkung sportlicher, gesellschaftlicher und beruflicher Aktivitäten u. a. Zuletzt diskutieren die Experten auch Überlegungen, dass im Verlauf der Erkrankung die bewusste Wahrnehmung eines Drangs zum Haare-Ausreißen nachlässt. Besonders rückblickend berichten viele Betroffene davon, dass diese Handlung am Schluss fast außerhalb der eigenen Kontrolle liegt, ganz abgesehen von bestimmten Situationen, die nach und nach selber zu einem Auslöse-Faktor geworden sind.

DIAGNOSTISCHER UND QUANTIFIZIERENDER ZUGANG

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird bestätigen können: Trotz eindeutiger Hinweise (selbst wenn die folgen inzwischen unübersehbar geworden sind) ist die Diagnose einer Trichotillomanie nicht einfach. Deshalb kommt ein nicht geringer Teil der Betroffenen erst einmal wegen eines anderen Leidens zu Arzt oder Psychologe, was sich wegen der ohnehin hoch eingeschätzten Rate an Ko-Morbidität (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt) von selber erklärt. Außerdem ist ja die Trichotillomanie besonders scham-besetzt, was ein direktes Ansprechen des Problems zusätzlich erschwert. Auch kommt nicht jedem Patienten eine ausreichende Introspektions-Fähigkeit zu Hilfe (sprich: Fähigkeit zur seelischen Innen-Schau), was vor allem beim „automatisierten“ Haare-Ausreißen zu Buche schlägt. Oder kurz: Nicht jeder, vielleicht sogar die meisten erleben das Haare-Ausreißen, vor allem die erwähnten Vorbedingungen und sogar die Nachwirkungen auf gemütsmäßiger und körperlicher Ebene nicht voll bewusst.

Hier ist die Frage des Therapeuten hilfreich, was im weiteren Verlauf passieren würde, wenn sich der Betreffende trotz bestehenden Drangs keine Haare mehr ausreißen könnte, und zwar mittel- oder gar längerfristig. Das verstehen die Patienten, denn es dürfte kaum einen geben, der hier nicht schon einmal versucht hat, diesem Drang zu widerstehen und dann aber auch mit der Konsequenz zunehmender Unruhe, Anspannung oder zumindest Frustration konfrontiert wurde.

Manche Patienten empfinden es natürlich auch als ungewöhnlich bis schambesetzt, dass ihnen das Haare-Ausreißen Befriedigung oder gar Genuss verspricht. Wo findet man denn im Alltag Menschen, die so etwas verstehen. Hier empfehlen die Experten eine „ent-tabuisierende und ent-pathologisierende Einstellung“, oder auf Deutsch: nicht gleich alles als abnorm oder krankhaft einstufen, sonst zieht sich der Betroffene (dann im wahrsten Sinne betroffen) zurück. Deshalb empfiehlt beispielsweise Frau Dr. Antja Bohne alternative Formulierungen wie „Entspannung“ oder „nachlassende Anspannung“, was mit weniger Scham verbunden ist. Auch entlasten die Hinweise, dass viele Menschen durch ähnliche Verhaltensweisen (z. B. Nägel kauen) das gleiche zu erreichen versuchen, mit ggf. weniger zwischenmenschlich negativen Folgen.

Die *Erfassung des Schweregrades einer Trichotillomanie* basiert auf Selbstbeobachtung, Einschätzung des Therapeuten, ggf. Fremd-Beurteilung und schließlich objektiver Erfassung des Haarverlustes. Im Einzelnen:

Die Selbstbeurteilung beruht auf Tages-Protokollen (Menge der ausgerissenen Haare, Anzahl der Episoden pro Tag, Häufigkeit des Impulses sowie aufgewendete Zeit zum Haare-Ausreißen und Kaschieren usf.). Das pflegt schon das unerwünschte Verhalten auf ein gewisses Maß zu reduzieren, nicht zuletzt durch eine problem-orientierte Aufmerksamkeits-Lenkung. Dafür gibt es inzwischen leicht ausfüllbare Beobachtungs-Protokolle.

Dort, wo keine zuverlässige Auskunft möglich ist (z. B. bei Kindern oder Erwachsenen mit automatisiertem Haare-Ausreißen), ist eine zusätzliche Einschätzung durch enge Bezugsperson, d. h. Eltern oder Partner empfehlenswert. Das hat zwar seine Grenzen, ist aber trotzdem verwertbar und sogar therapeutisch nutzbar (Beobachtung durch andere „behindert“, d. h. reduziert das Haare-Ausreißen). Allerdings sollten dadurch keine zwischenmenschlichen Spannungen, Verärgerungen oder sonstigen Beeinträchtigungen erwachsen. Hier muss der Therapeut erläuternd, korrigierend und neutralisierend tätig werden.

Zuletzt ist auch eine *objektive Erfassung des Haar-Verlustes* möglich. Beispiele: Vermessung der kahlen oder deutlich ausgelichteten Stellen was Umriss und aktuelle Größe anbelangt, Haar-Länge der nachwachsenden Haare, Fotos, Sammeln der ausgerissenen Haare u. a. Auch dies hat natürlich seine Grenzen, z. B. wenn es sich um Scham- oder Anus-Haare handelt, wenn die mühselige Kaschierung des Haar-Verlustes dadurch ge- oder gar zerstört wird,

wenn die Haare deshalb nicht gesammelt werden können, weil sie zerbissen oder geschluckt wurden u. a. Doch auch hier hat der erfahrene Therapeut konkrete Vorschläge.

BEHANDLUNG DER TRICHOTILLOMANIE

Das empfehlenswerte Buch der Psychologin Dr. Antje Bohne über *Trichotillomanie* besteht zur einen Hälfte aus den erwähnten Hinweisen, zur anderen aus konkreten Schilderungen, Empfehlungen und Anleitungen zur Behandlung. Letzteres, insbesondere was die kognitive Verhaltenstherapie angeht (die bislang einzige Psychotherapiemethode, deren Wirksamkeit bei Trichotillomanie empirisch nachgewiesen wurde) müssen bei Interesse nachgelesen werden. Hier sollen sie nur in Stichworten kurz umrissen werden. Im Einzelnen:

● Psychotherapie

- In *psychotherapeutischer Hinsicht* geht es um Therapie-Vorbereitung, Aufbau von Verhaltenskontrolle in konkreten Situationen, Bearbeitung grundlegender Bedingungen und Rückfall-Prophylaxe (Vorbeugung).

Die Therapie-Vorbereitung basiert auf einem Aufbau der Patient-Therapeut-Beziehung, auf Psychoedukation (fachgerechte Aufklärung, Erläuterung und Anleitung), Diagnose, Belehrung und Motivation, Erarbeitung eines individuell angepassten Störungsmodells sowie Vermittlung des Therapiekonzepts einschließlich therapeutischer Interventionen.

In der zweiten Phase der Behandlung steht der Aufbau einer Verhaltens-Kontrolle im Vordergrund, was Aufmerksamkeits-Training, Erlernen konkurrierender Handlungen mit Entspannungsverfahren und Stimulus-Kontrolle (was bisher Haare-Ausreißen ausgelöst hat). Außerdem weitere Strategien zu Verhaltenskontrolle, Selbstbeobachtung, Motivation und Rückfallvorbeugung.

- Bei der Bearbeitung grundlegender Bedingungen des Haare-Ausreißens geht es um Stress-Management (übermäßige Belastungen vermeiden), kognitive Umstrukturierung, Stabilisierung des Selbstwert-Gefühls u. a.

- Bei der Rückfall-Prophylaxe stehen die entsprechenden Informationen (Risiko-Situationen, Rückfall-Risiko, Präventions-Strategien, bisherige Rückfall-Erfahrungen u. a.) im Mittelpunkt.

● Gibt es eine Pharmakotherapie der Trichotillomanie?

Die bisher vorliegenden Erkenntnisse zur medikamentösen Behandlung einer Trichotillomanie sind begrenzt. In einzelnen Studien haben sich vor allem anti-

depressive Arzneimittel vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bewährt, die ja auch bei Angst- und Zwangsstörungen erfolgreich sein können. Ähnliches gilt für Dopamin-Blocker (wie sie bei den Tic-Störungen eingesetzt werden), für Lithium (Rückfall-Vorbeugung bei manisch-depressiven Erkrankungen) sowie für den Opioid-Antagonisten Naltrexon (z. B. bei Suchterkrankung, selbstverletzenden Verhaltensweisen und sogar Kleptomanie).

Einzelne Erfolge sind durchaus möglich, auch wenn es sich um eine reine Trichotillomanie handelt, insbesondere im Sinne einer „symptom-reduzierenden Wirkung“. Es gibt aber auch, wie Frau Dr. A. Bohne einschränkt, eine nicht geringe Zahl von Non-Respondern, also Patienten, die nur unzureichend oder überhaupt nicht darauf reagieren. Und bei denjenigen, die einen Behandlungserfolg zeigen, kann die Wirksamkeit im Laufe der Zeit nachlassen. Wenn sie das Medikament absetzen, ist in aller Regel mit einer Wiederkehr der Trichotillomanie zu rechnen.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei Trichotillomanie-Patienten mit zusätzlichen Leiden wie Depressionen, Angst- oder Zwangserkrankungen. Hier kann eine medikamentöse Therapie den gleichen und vor allem mittel- bis langfristigen Erfolg verzeichnen, wie es auch bei reinen Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen der Fall ist.

Gesamthaft gesehen ist ein medikamentöser Versuch also nicht falsch, doch kann ein wie auch immer geartetes Medikament die kognitive Verhaltenstherapie der Trichotillomanie nicht ersetzen, wie die Psychologin versichert. Als unterstützende Maßnahme zur Verhaltenstherapie kann eine Pharmakotherapie aber zumindest versucht werden.

LITERATUR

Obwohl es sich um ein eher ungewöhnliches, offenbar nicht häufiges Krankheitsbild handelt, insbesondere aus der Sicht der Allgemeinheit, gibt es doch erstaunlich viel Fachliteratur, vor allem englischsprachig. Nachfolgend eine begrenzte Übersicht zu deutschsprachigen Fachbüchern:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag Göttingen 2003

Baer, L.: Alles unter Kontrolle. Verlag Hans Huber, Bern 2007

Dilling, H., H. J. Freyberger: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation Psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Bern 2006

Dilling, H. u. Mitarb.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern 1993

Klaus, M.: Psychometrische Prüfung der Gütekriterien der Deutschen Version der Psychiatric Institute Trichotillomania Scale-PITS. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Jena 2007

Peters, A. (Hrsg.): Trichotillomanie: Fragen und Antworten zum zwanghaften Haare Ausreißen. Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich 2008

Reich, S., R. M. Trüeb: Trichoteiromanie. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 1 (2003) 22

Informative Webseiten:

www.trichotillomanie.de

www.trichkind.de.vu

www.trichotillomanie.ch

www.trich.org.