



**Medizinische Universität Graz**

Medizinische Universität Graz

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

# **Bakkalaureatsarbeit**

**Theresa Maria Fichtinger**

Geb. 07. Oktober. 1989

Titel:

Trichotillomanie:

Ein Störungsbild zum Haare raufen

Lehrveranstaltung: Physiologie

Betreuerin: Ao.Univ.-Prof. Dr.phil Anna Gries

Eingereicht: September 2013

## Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung.....	4
Einleitung.....	5
1. Begriffserklärungen .....	6
1.3 Komorbide Erkrankung.....	6
1.4 Persönlichkeitsstörung .....	6
1.5 SRI.....	6
1.6 SSRI .....	6
1.7 Trichophagie .....	6
1.8 Trichobezoare.....	6
1.9 Trichogramm .....	6
1.10 Psychoedukation .....	6
2. Definition .....	7
2.1 Die Diagnose-Kriterien der Trichotillomanie nach ICD-10 lauten .....	7
2.2 Die Diagnose-Kriterien der Trichotillomanie nach DSM-IV-TR lauten .....	7
3. Historischer Überblick .....	9
4. Epidemiologische Daten.....	10
5. Symptomatik .....	11
6. Innere und äußere Einflussfaktoren.....	13
6.1 Internale Einflussfaktoren .....	13
6.2 Kognitionen und Emotionen.....	13
6.2.1 Emotionen (Gefühle) .....	13
6.2.2 Kognitionen .....	13
6.3 Externale Einflussfaktoren.....	14
6.3.1 Tätigkeit.....	14
6.5.2 Orte.....	15
6.5.3 Zeit.....	15
6.5.4 Soziales Umfeld .....	16
6.5.4.1 Typische externale Bedingungen des Haarausreißen.....	16
7. Konsequenzen .....	17
7.1 Kurzfristige Konsequenzen .....	17
7.2 Langfristige Konsequenzen.....	17
7.2.1 Körperliche Konsequenzen.....	17
7.2.2 Rapunzelsyndrom .....	19

7.3 Psychosoziale Konsequenzen .....	20
8. Verlauf von Trichotillomanie .....	21
9. Differentialdiagnosen .....	22
9.1 Vorübergehende Phase .....	22
9.2 Körperliche Erkrankung .....	22
9.3 Zwangsstörung .....	22
9.4 Körperdysmorphie Störung .....	23
9.5 Vorgetäuschte Störung .....	23
9.6 Psychotische Störung .....	23
10. Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie.....	24
10.1 Therapievorbereitung.....	24
10.1.1 Beziehungsaufbau .....	24
10.1.2 Psychoedukation .....	25
10.1.3 Diagnostik .....	25
10.1.4 Motivationsklärung/-aufbau .....	25
10.1.5 Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells.....	26
10.1.6 Ableitung therapeutischer Interventionen .....	26
10.1.7 Vermittlung des Therapiekonzepts .....	26
10.2 Aufbau von Verhaltenskontrolle .....	27
10.2.1 Aufmerksamkeitstraining .....	27
10.2.2 Habit Reversal - Training .....	27
10.2.3 Stimuluskontrolle .....	27
10.3 Weitere mögliche Strategien zum Aufbau von Verhaltenskontrolle .....	29
10.4 Modifizierung der Selbstbeobachtung, Aufrechterhaltung der Motivation, Auffangen von Rückschlägen und Anleitung zum Selbstmanagement .....	29
11. Medikamentöse Behandlung von Trichotillomanie .....	30
12. Selbsthilfegruppen .....	31
13. Diskussion.....	33
Literaturverzeichnis .....	35
Abbildungsverzeichnis.....	36

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 09.09.13

Theresa Fichtinger

A handwritten signature in cursive script, reading "Theresa Fichtinger". The ink is dark and the handwriting is fluid and connected.

## Einleitung

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Thema Trichotillomanie. Doch was ist Trichotillomanie? Bei Trichotillomanie handelt es sich um ein dranghaftes Ausreißen der eigenen Haare. Die Anzahl der Betroffenen wurde lange Zeit unterschätzt. Oftmals fehlt sogar Ärzten, Ärztinnen und Therapeuten, Therapeutinnen das essentielle Wissen über dieses Störungsbild und dies führt zu einer Fehldiagnose und die Betroffenen erhalten nicht die richtige Behandlung. Für Außenstehende ist es meist unvorstellbar, dass sich Personen die eigenen Haare ausreißen. Die Betroffenen selbst leiden oft jahrelang unter ihrem Störungsbild und glauben sie seien ganz allein mit ihrem Problem. Viele Personen die zum ersten Mal von Trichotillomanie hören sind meist geschockt, dass es Menschen gibt die ihre eigenen Haare ausreißen. Dieses Reiß-Verhalten wirft etliche Fragen auf Seiten der Familie, Freunde und Angehörigen auf. „Was ist Trichotillomanie?“, „Wie ist der Verlauf dieser Störung?“ und „Ist Trichotillomanie heilbar?“, dies sind nur wenige der Fragen mit denen sich diese Bachelorarbeit beschäftigt um Antworten zu finden und das Wissen über Trichotillomanie zu vergrößern. Es ist wichtig, dass auch Betroffene wissen, dass sie nicht alleine sind mit ihrer Störung und dass sie sich nicht allein gelassen fühlen in ihrer „haarigen“ Angelegenheit.

## **1. Begriffserklärungen**

### **1.2 Trichotillomanie:**

*„Dieser Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern für Haare („trich“), ziehen („tillo“) und krankhaften Impulsen bezüglich bestimmten Orten, Situationen oder Handlungen („manie“) zusammen.“ (Peters 2008, Seite 21)*

### **1.3 Komorbide Erkrankung:**

Gleichzeitig auftretende Erkrankung. (vgl. Peters, 2008, Seite 25)

### **1.4 Persönlichkeitsstörung**

Ein situationsüberdauerndes und unflexibles Erlebens- und Verhaltensmuster, durch welches die Betroffenen selbst und/oder ihr Gegenüber Probleme bekommen/bekommt. (vgl. Peters, 2008, Seite 25)

### **1.5 SRI**

Nicht selektive Serotonin – Wiederaufnahmehemmer

### **1.6 SSRI**

Selektive Serotonin – Wiederaufnahmehemmer

### **1.7 Trichophagie**

Das Essen der eigenen Haare

### **1.8 Trichobezoare:**

Bildung eines Haarknäuels im Magen-Darmtrakt

### **1.9 Trichogramm:**

Untersuchung der Haarwurzel.

### **1.10 Psychoedukation:**

Aufklärung über das eigene Störungsbild

## **2. Definition**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 sowie die Amerikanische Psychiatriische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR, ordnen Trichotillomanie den so genannten Impuls-Kontrollstörungen zu. Als Störung der Impulskontrolle wird das Versagen, einem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung durchzuführen, welche für die Person selbst oder für andere schädlich ist, bezeichnet.

### **„2.1 Die Diagnose-Kriterien der Trichotillomanie nach ICD-10 lauten:**

- 1) *Sichtbarer Haarverlust auf Grund der anhaltenden und wiederholten Unfähigkeit, Impulsen des Haare- Ausreißens 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, Trugwahrnehmung).*

### **2.2 Die Diagnose-Kriterien der Trichotillomanie nach DSM-IV-TR lauten:**

- A) *Wiederholtes Ausreißens des eigenen Haares, was zu deutlichem Haarausfall führt.*
- B) *Ein zunehmendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Haare-Ausreißens oder beim Versuch, der Handlung zu widerstehen.*
- C) *Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung während des Haare- Ausreißens*
- 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.*

*Beide Klassifikationen beschreiben auch Ausschlusskriterien. Störungen, welche nicht mit Trichotillomanie verwechselt werden dürfen. In der ICD-10: stereotype Bewegungsstörungen mit Haare auszupfen. Oder im DSM-IV-TR: Zwangsstörungen, vorgetäuschte Bewegungs-Störungen, sowie unzählige Krankheiten aus dem Fachbereich der Dermatologie und die bei Kindern nicht so seltene Angewohnheit die Haare in den Fingern zu zwirbeln.“*

(Antje Bohne, 2009 Seite14-17)

### 3. Historischer Überblick

Bei Trichotillomanie handelt es sich um ein Störungsbild, welches nicht erst seit wenigen Jahren besteht, denn schon in der Antike wurde das Ausreißen der eigenen Haare in den Werken berühmter Dichter erwähnt. In den Schriften von Hippokrates wird eine Frau beschrieben, die in einer Phase von Kummer und Niedergeschlagenheit anfing, sich die Haare auszureißen und während sie die Haare ausriss, habe sie wechselweise geweint oder gelacht.

Der französische Dermatologe Hallopeau bezeichnete 1889 erstmals die Erscheinung, dass sich ein Individuum mit Gewalt die Haare herauszieht, mit dem Begriff „Trichotillomanie“. Hallopeau beschrieb in einer weiteren Arbeit (1894) die Merkmale der Trichotillomanie.

- 1) Hautjucken am ganzen Körper
- 2) Eine Art „Wahnsinn“, der den Patienten und Patientinnen dazu bringt, sich die Haare auszureißen um sich Erleichterung zu verschaffen
- 3) Ein normales Erscheinungsbild der Haut und der Haare
- 4) Chronisches Andauern

(Antje Bohne, 2009)

#### 4. Epidemiologische Daten

Das Auftreten von Trichotillomanie in der Allgemeinbevölkerung ist leider noch nicht genügend erforscht. Früher ging man davon aus, dass Trichotillomanie sehr selten vorkam, da dieses Störungsbild in der klinischen Praxis kaum diagnostiziert wurde.

Die Betroffenen vermeiden auch oft, aufgrund ihres Schamgefühls und der Angst mit ihrem Problem allein zu sein, den Gang zum/zur Arzt/Ärztin oder zum/zur Therapeut/Therapeutin. Diese Angst, sich jemandem zu öffnen führt auch zu einer Verzerrung in Patientenstichproben.

In diagnostischen Interviews wird kaum gefragt, ob Betroffene an einem Drang zum Haareausreißen leiden, so kommt es oftmals dazu, dass Trichotillomanie unerkannt bleibt. Betroffene leiden in den meisten Fällen an einer Komorbidität und deshalb fallen die Symptome anderer Störungsbilder eher ins Auge.

Die Ergebnisse von amerikanischen Untersuchungen mit nicht repräsentativen Stichproben lassen neue Schätzungen zum Bestehen von Trichotillomanie zu. Übertragen auf die deutsche Bevölkerung wären mindestens eine halbe Million Bundesbürger zu einem Zeitpunkt ihres Lebens von Trichotillomanie betroffen.

In erwachsenen Patientenstichproben, zeigen sich Geschlechterverhältnisse von 3:1 bis 9:1 Frauen zu Männer. In kindlichen Stichproben ist ein ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis (7:3 bis 1:1 Mädchen zu Jungen) gefunden worden.

(vgl. Peters, 2008)

## 5. Symptomatik

Bei dem dringhaften Zwang sich Haare auszureißen können alle Körperstellen betroffen sein. Kopf, Wimpern, Augenbrauen, Schambereich, Gesicht und Extremitäten sind die am häufigsten betroffenen Körperstellen. In manchen Fällen werden auch Bart-, Nasen-, Bauch- und Brusthaare sowie Haare im Ohr ausgerissen.

Die Beschaffenheit der Haare ist meist ein ausschlaggebender Faktor. Betroffene reißen gezielt Haare aus, welche eine bestimmte Struktur (grobfaserig, wellig, dick, grau, mit Spliss...) aufweisen. Diese „besonderen“ Haare werden gezielt gesucht und ausgerissen.

Dem endgültigen Haarausreißen geht, wie von Betroffenen berichtet, ein Jucken, Hautreizungen oder ein enormer Druck auf der Haut voraus. Bevor das Haar endgültig ausgerissen wird, wird es typischerweise zwischen Daumen und Zeigefinger festgehalten und um den Zeigefinger gewickelt. In einigen Fällen werden für das Haarausreißen Hilfsmittel benutzt (z.B.: eine Pinzette).

Nach dem Ausreißen des Haares kommt es oft dazu, dass Betroffene das Haar genauestens betrachten und auf eine intakte Wurzel untersuchen. Die vorhandene Haarwurzel und deren Beschaffenheit spielt für viele Betroffene eine große Rolle und kann auch Anreiz zum Haarausreißen sein. Oftmals kommt es dazu, dass die Wurzel abgebrochen oder abgebissen wird. Nicht selten kommt es vor, dass sich nach dem Ausreißen ein orales Verhalten aufzeigt. Das Haar wird über die Lippen gestreift, zwischen den Zähnen wie Zahnseide durchgezogen oder das Haar wird komplett aufgegessen.

Das Haarausreißen kann auch als Ritual und Automatisierung gesehen werden, wenn jemand das Ausreißen der Haare fix in seinen Alltag eingeplant hat (z.B.: wenn man ganz genau Tageszeiten dafür freihält) oder wenn beim Ausreißen einem bestimmten Schema gefolgt wird (z.B.: wird das Haar immer in der Mitte abgebrochen nachdem es ausgerissen wurde). In diesen Fällen erfolgt das Ausreißen völlig bewusst.

Automatisierung spielt bei Trichotillomanie auch eine große Rolle. Betroffene nehmen den Akt des Ausreißens erst dann wahr, nachdem sich schon ein Häufchen Haare am Boden gebildet hat oder nach dem Blick in den Spiegel.

Von den Betroffenen wird dieser Moment als geistige Abwesenheit oder eine Art Trance beschrieben. Eine Tätigkeit, die während des Haarausreißens ausgeübt wird (zb: Lesen, Lernen oder Fernsehen) kann auch dazu führen, dass das Ausreißen von den Betroffenen nicht wahrgenommen wird. Viele Personen, die an Trichotillomanie leiden, kennen beide Phasen, die Phase in der sich ihre Aufmerksamkeit direkt auf das Reißen richtet und die Phase, in der das Reißen ohne volles Bewusstsein, quasi automatisiert abläuft.

(vgl. Bohne, 2009)

## **6. Innere und äußere Einflussfaktoren**

Wie bei vielen anderen seelischen Störungen spielen auch bei Trichotillomanie zwei Bereiche eine große Rolle, die inneren und äußeren Einflussfaktoren. Die inneren Einflussfaktoren werden auch als internal und die äußeren als external bezeichnet.

### **6.1 Internale Einflussfaktoren**

Internale Einflussfaktoren sind die entscheidenden Auslöser für das Ausreißen der Haare. Dem Haarausreißen geht ein unwiderstehlicher Impuls oder Drang voraus. Die Betroffenen nehmen dies über die körperliche oder emotionale Ebene wahr. Dieses Gefühl wird meist als ein Gefühl der Spannung beschrieben, entweder eine erhöhte Muskelspannung oder ein innerer Stresszustand.

Auf körperlicher Ebene kann schon ein leichter Juckreiz den Drang zum Haarausreißen auslösen. Ein solcher Juckreiz tritt meist an Stellen auf, an denen schon in der Vergangenheit gerissen wurde.

### **6.2 Kognitionen und Emotionen**

Zu den internalen Einflussfaktoren, welche das Ausreißen begünstigen oder verhindern können zählen vor allem Emotionen und Kognitionen.

#### **6.2.1 Emotionen (Gefühle)**

Negative Gefühle wie Wut, Angst, Trauer und Enttäuschung, aber auch positive Gefühle wie Erregung, Freude und Neugier können Auslöser für das Reißen sein. Manchmal ist es auch ein Gefühl von Leere oder Teilnahmslosigkeit. Die Intensität eines Gefühls ist entscheidend, ob es als Trigger (Auslöser) für das Haare-Ausreißen wirkt oder nicht.

#### **6.2.2 Kognitionen**

Kognition steht heute für jeden Vorgang von Wahrnehmung, Erkennen, Denken, Vorstellen, Erinnern und Urteilen. Kognitionen können auch das Haare-Ausreißen beeinflussen (z.B.: Nachdenken).

Jedoch wirken Gedanken nicht nur hinführend zum Ausreißen, sondern sie können auch einen gewissen Schutzmechanismus bilden. Gedanken wie „Ich schaffe das jetzt auch ohne Reißen“ können eine erneute Reißepisode verhindern.

### **6.3 Externale Einflussfaktoren**

Dies sind Einflussfaktoren, welche außerhalb der eigenen Person den Zwang zum Haarausreißen begünstigen oder verhindern. Einige Beispiele für externe Bedingungen sind: Ort, Tätigkeit, Zeit und soziales Umfeld.

#### **6.3.1 Tätigkeit**

Tätigkeiten spielen als externe Einflussfaktoren eine große Rolle, da die Handlung des Haarausreißens nicht alleine auftritt, sondern im Rahmen bzw. während einer anderen Tätigkeit. Bei vielen Betroffenen kommt es vor, dass sie während einer nachdenklich-besinnlichen Tätigkeit oder einer Ruhetätigkeit ihrem Drang zum Reißen nachgeben.

Oftmals kommt es vor, dass Tätigkeiten mit internalen Einflussfaktoren einhergehen. Die Tätigkeit selbst ist dann nicht mehr der Auslöser des Reißen, sondern die aus der Tätigkeit resultierenden Körpersensationen, Gefühle und Gedanken.

Beispiele für Tätigkeiten, welche dem Haarausreißen vorausgehen bzw. gleichzeitig ablaufen können.:

(Angestregtes) Nachdenken

Lernen/Studieren, Fachliteratur lesen, schwierige Aufgaben bewältigen, Probleme lösen

Ruhetätigkeiten

Zeitschriften lesen, Fernsehen, Telefonieren, Warten, Daumen lutschen (häufig bei Kleinkindern)

Belastungssituationen

Höchstleistungen erbringen wollen, streiten, etwas durchsetzen wollen, Tätigkeiten unter Druck ausüben, schwierige Entscheidungen treffen

(Bohne, 2009)

### **6.5.2 Orte**

Das Schlaf-, Bade-, Wohn- und Arbeitszimmer sowie das eigene Auto sind Orte, an denen das Haarausreißen vermehrt vorkommt. Diese Orte kovariieren wiederum mit den Tätigkeiten, bei denen der Drang zu reißen sehr groß ist. Das Bett ist ein Ort, an dem Ruhetätigkeiten ausgeführt werden und somit ist es ein Ort, der automatisch mit dem Ausreißen der Haare assoziiert wird. Der Schreibtisch ist ein Ort, an dem nachdenklich-besinnliche Tätigkeiten ausgeübt werden und somit auch ein Auslöser für das Reißen. Da manche Betroffene auch Hilfsmittel benutzen um die eigenen Haare auszureißen, ist das Badezimmer, wo eine Vielzahl an Hilfsmitteln zu finden ist, ein beliebter Ort wo gerissen wird.

### **6.5.3 Zeit**

Das Reißen beschränkt sich in den meisten Fällen auf früh morgens oder spät abends. Möglicherweise sind diese Zeitschwankungen nicht durch die Tageszeit selbst bedingt, sondern durch die internalen Zustände. Ein wichtiger Punkt ist auch, dass diese genannten Tageszeiten zur Körperpflege genutzt werden und somit kommt es zu einer erhöhten taktilen und visuellen Beschäftigung mit den eigenen Haaren und dadurch wird der Drang zum Ausreißen erhöht. Viele Frauen, die an Trichotillomanie leiden, berichten, dass die Zeit vor, während oder nach ihrem Menstruationszyklus eine entscheidende Rolle in ihrem Ausreißverhalten spielt. Dies lässt wiederum darauf schließen, dass körperliche und emotionale Faktoren im Hinblick auf das Ausreißen der eigenen Haare eine Rolle spielen können.

In einigen Fällen kann es passieren, dass erst die Verbindung aus den Faktoren Tätigkeit, Zeit und Ort den Drang für das Reißen auslöst. So kann es sein, dass Haare nur beim Telefonieren im Sitzen ausgerissen werden, jedoch nicht beim Telefonieren im Stehen. Oder das Ausreißen tritt am Schreibtisch beim Lesen auf, jedoch nicht bei Computerarbeiten am Schreibtisch. Externale Einflussfaktoren interagieren sowohl untereinander als auch mit internalen Einflussfaktoren. Zum Beispiel kann es vorkommen, dass das Fühlen und Sehen von „besonderen“ Haaren nur unter Stress eine Episode des Haarausreißens auslöst.

## **6.5.4 Soziales Umfeld**

Das soziale Umfeld ist einer der bedeutendsten Faktoren für die Betroffenen (ausgenommen Kleinkinder). Wenn das Haarausreißen von anderen Personen beobachtet werden könnte, wird in den meisten Fällen nicht gerissen.

### **6.5.4.1 Typische externale Bedingungen des Haarausreißens**

#### **Auslösende Faktoren:**

Nachdenkliche, ruhende oder belastende Tätigkeiten, vertraute Orte mit Privatsphäre, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Körperpflege

#### **Protektive Faktoren:**

Beobachtung durch Andere, Ausübung einer Tätigkeit, die beide Hände beansprucht  
(Antje Bohne, 2009)

## **7. Konsequenzen**

Die negativen Konsequenzen der Störung sind zu Beginn für die Betroffenen nicht ersichtlich. Vorrangig überwiegen die positiven Konsequenzen.

### **7.1 Kurzfristige Konsequenzen**

Kurzfristige Konsequenzen sind vor allem positiv und liegen auf der körperlichen und emotionalen Ebene. Nach dem Ausreißen der Haare hat der Drang zum Haarausreißen soweit nachgelassen, dass er nicht mehr wahrnehmbar ist oder so schwach ist, dass er nicht mehr als handlungsbestimmend wahrgenommen wird. Die positiven Veränderungen auf emotionaler Ebene halten meist noch kurze Zeit an. Die Betroffenen empfinden eine gewisse Ausgeglichenheit kurz nach dem Reißen.

Es wird auch von kurzfristigen negativen Konsequenzen berichtet, selbstabwertende Gedanken wie zum Beispiel „Wie verrückt muss man sein, dass man sich die eigenen Haare ausreißt?“ oder „Jetzt habe ich mich wieder nicht unter Kontrolle gehabt!“ setzen meist bald nach einer Reiß-Episode ein und bewirken eine emotional- negative Nachwirkung. Selbstbezogener Ärger, Wut, Enttäuschung und Traurigkeit scheinen hier im Vordergrund zu stehen.

### **7.2 Langfristige Konsequenzen**

Die langfristigen Konsequenzen sind meist negativ und werden in körperliche und psycho-soziale Folgen unterteilt.

#### **7.2.1 Körperliche Konsequenzen**

Hier steht der zunehmende Haarverlust im Vordergrund, welcher als ausgedünntes Haar, ausgelichtete Stellen oder aber völlige Kahlheit sichtbar werden kann. Für Außenstehende kann der Haarverlust, in Abhängigkeit von den/der betroffenen Körperregion/Körperregionen, mehr oder weniger offensichtlich sein.

Personen, die an Trichotillomanie, leiden versuchen oft, mit Haarteilen, Perücken oder Kopfbedeckungen ihre kahlen Stellen zu verdecken.

Bei Männern wird auch oft die Möglichkeit der Rasur, um Hinweise auf das Haarausreißen zu beseitigen, gewählt. Wenn Wimpern oder Augenbrauen betroffen sind, werden künstliche Haare angeklebt oder mit Schminke aufgemalt oder als permanent Make-up eintätowiert.

Hier sind einige Bilder angeführt, auf denen die kahlen Stellen und der Haarverlust auf Grund des Haarausreißens zu sehen sind.



Abbildung 1: kahle Stellen am Hinterkopf



Abbildung 2: enormer Haarverlust

Mit dem andauernden Drang Haare auszureißen, können viele körperliche Schäden einhergehen. Meist lassen sich Rötungen, Entzündungen, Verschorfungen und Narbenbildung in den betroffenen Körperregionen feststellen. Eine weitere Folge kann auch eine Schädigung der Haarfollikel sein, welche zu einer veränderten Haarstruktur und einem gestörten Haarwachstum führen kann.

Durch den Bewegungsablauf beim Haarausreißen kann es langfristig auch zu Nerven-, Muskel-, und Gelenksschäden kommen (z.B.: das Karpaltunnelsyndrom).

Das Zerbeißen von Haaren und das Ziehen durch die Zahnzwischenräume kann zu Erosion des Zahnschmelzes und Zahnfleischentzündungen führen.

Bei Trichophagie können sich, weil Haare nicht verdaulich sind, im Magen-Darmtrakt Haare zusammenballen und dies kann Koliken, einen Darmverschluss oder einen Magen-Darmdurchbruch auslösen.

(Bohne, 2009)

### **7.2.2 Rapunzelsyndrom**

Das Rapunzelsyndrom beschreibt eine außergewöhnliche Form der Trichophagie. In der Literatur lassen sich nur sehr wenige Fälle von Betroffenen finden, welche an dem Rapunzelsyndrom leiden. Trichobezoare werden häufig bei Mädchen mit langen Haaren meist in Assoziation mit einer psychiatrischen Störung beobachtet. Diese Personen essen nicht nur ihre eigenen Haare, sondern auch Haare anderer Personen, von Tieren, Teppichfasern oder andere synthetische oder natürliche Fasern. Im Magen-Darmtrakt bildet sich mit der Zeit ein zopfartiges Gebilde von Haaren, welches bis in den Dickdarm reichen kann. Haare können vom menschlichen Verdauungstrakt nicht verdaut werden, aus diesem Grund müssen diese zopfartigen Trichobezoare chirurgisch entfernt werden.

(Chirurgie 2003, Seite 753-756)

Hier ist zur Veranschaulichung eines derartigen Bezoars ein Bild angeführt, auf dem ein solches zopfartiges Trichobezoar zu erkennen ist. Hierbei handelt es sich um ein Trichobezoar, welches einem 4-jährigen Mädchen chirurgisch entfernt wurde.



Abbildung 3, „Magenausgusspräparat“ aus vernetzten Haaren und Fasern

### **7.3 Psychosoziale Konsequenzen**

Personen, die an Trichotillomanie leiden, sind oft von Scham- und Schuldgefühlen bis hin zu Selbsthass geplagt. Soziale Kontakte werden oftmals aufgrund des Haarausreißens und der daraus resultierenden Konsequenzen eingeschränkt oder vollkommen vermieden. Betroffene lehnen meist auch Freizeitaktivitäten wie Schwimmen, Reiten oder öffentliche Veranstaltungen ab, um zu vermeiden, dass ihre kahlen Stellen zum Vorschein kommen. Der Verzicht auf jegliche Freizeitgestaltung bietet nun noch mehr Zeit in der gewohnten Umgebung und man ist erneut gewohnten Haarausreiß-Situationen ausgeliefert. (Krüger , 2002)

Auch der Friseur wird aus Angst und Scham nicht aufgesucht, dies führt jedoch wiederum dazu, dass sich die Struktur der Haare verändert und dies könnte ein erneuter Auslöser für das weitere Reißen sein.

## 8. Verlauf von Trichotillomanie

Trichotillomanie kann in jedem Alter beginnen. Es liegen Einzel-Fallberichte vor, in denen Trichotillomanie schon in den ersten Lebensjahren auftaucht, aber auch erst im späten Rentenalter. Typischerweise beginnt die Störung um das elfte Lebensjahr herum. Zwischen dem fünften und achten Lebensjahr lässt sich auch oft ein zweiter Erkrankungsgipfel erkennen.

Der Verlauf und die Prognose von Trichotillomanie unterscheiden sich bei Betroffenen, bei denen Trichotillomanie sehr früh einsetzt und bei Personen, welche erst in einer späteren Lebensphase den Drang zum Haarausreißen verspüren. Trichotillomanie, welche im Kindesalter eintritt, soll im Gegensatz zu erstmalig auftretender Trichotillomanie in späteren Lebensphasen kürzer andauern und plötzlicher enden. Leider gibt es in diesem Bereich noch enormen Forschungsbedarf um genauere Angaben geben zu können.

In der Regel vergehen unzählige Jahre, in denen Betroffene an Trichotillomanie leiden und nicht wissen, dass es sich hierbei um ein Störungsbild handelt, für welches es professionelle Hilfe gibt. Viele haben schon einige Versuche von Selbstbehandlung hinter sich und wurden durch jeden misslungenen Versuch, mit dem Reißen aufzuhören, womöglich noch weiter in ihr Leiden "gerissen". Unbehandelt muss man bei einem Einsetzen von Trichotillomanie in der Jugend damit rechnen, dass es womöglich zu einem chronischen Verlauf führen kann. In dieser Zeit kann es zu Phasen kommen, welche von einem enormen Drang zum Haarausreißen geprägt sind, aber auch von Phasen, in denen gar nicht gerissen wird. Diese Phasen kovariieren in den meisten Fällen mit den subjektiv empfundenen oder objektivierenden Stressniveaus des jeweiligen Lebensabschnittes. Eine vollständige Reiß-Abstinenz ist in Zeiten seelischer und psychosozialer Ausgeglichenheit wahrscheinlicher, eine Rückfallgefahr mit starkem Haarverlust ist in Zeiten von enormem Stress und emotionaler Belastung wahrscheinlicher. (Peters, 2008)

## **9. Differentialdiagnosen**

Das Haarausreißen bei Trichotillomanie wird primär als angenehm empfunden, dagegen ist es bei anderen seelischen Störungsbildern nur ein Mittel zum Zweck.

### **9.1 Vorübergehende Phase**

Bei Kindern gilt eine kurz andauernde Phase des Haarausreißens als Verhaltensweise der normalen Entwicklung. Bei Kindern sollte die Diagnose Trichotillomanie erst nach mehreren Monaten des ständigen Haarausreißens gestellt werden.

Auch bei Erwachsenen kann es zu solchen vorübergehenden Phasen des Ausreißens der eigenen Haare kommen. In Zeiten von erhöhter Anspannung und Ängstlichkeit kann dies oftmals der Fall sein. Auch dies sollte vorerst nicht als Trichotillomanie bezeichnet werden.

Für jedes Lebensalter gilt, auch diese vorübergehenden Phasen im Auge zu behalten, denn sie können automatisch in eine Trichotillomanie übergehen.

### **9.2 Körperliche Erkrankung**

Die beiden Institutionen WHO und APA drängen auf den diagnostischen Ausschluss einer körperlichen Primärerkrankung, die zu einem Verlust der eigenen Haare führen kann.

Nach ICD-10 der WHO müssen Hautentzündungen ausgeschlossen werden, deren Juckreiz den Drang zum Haarausreißen auslöst.

Im DSM-IV-TR der APA werden noch mehr Erkrankungen beschrieben, welche zu einem Haarausfall führen können. Männliche Glatzenbildung, Haarfollikelentzündung sowie eine Reihe von Haut- und Autoimmunerkrankungen sind einige Beispiele von Erkrankungen, welche Haarausfall auslösen können.

### **9.3 Zwangsstörung**

Trichotillomanie wird häufig und fälschlicherweise als Zwangsstörung bezeichnet. Das Haarausreißen wird bei einer Zwangsstörung im Gegensatz zum Haarausreißen bei Trichotillomanie nicht als primär angenehm erlebt.

Sowohl bei Trichotillomanie als auch bei einer Zwangsstörung ist nach dem Ausreißen der eigenen Haare eine Spannungsreduktion zu erwarten. Eine Differenzierung der beiden Störungsbilder setzt entsprechendes Wissen und Erfahrung der Experten und Expertinnen voraus.

#### **9.4 Körperdysmorphie Störung**

Hierbei handelt es sich um Personen, welche sich sehr kritisch mit ihrem Äußeren auseinandersetzen. In diesem Fall hat das Ausreißen der Haare nur einen kosmetischen Grund. Haare werden als störend oder hässlich empfunden und aus diesem Grund ausgerissen. Auch hier spielt innere Anspannung eine große Rolle, wenn diese kompensatorischen Handlungen nicht ausgeführt werden können, kommt es zu einer steigenden inneren Unruhe, welche erst wieder nach Ausreißen des/der störenden Haares/Haare nachlässt. Es kann jedoch oftmals dazu kommen, dass Trichotillomanie gleichzeitig mit einer körperdysmorphen Erkrankung auftritt.

#### **9.5 Vorgetäuschte Störung**

Normalerweise scheuen sich Betroffene, die an Trichotillomanie leiden, davor sich anderen zu öffnen und ihr Problemverhalten öffentlich anzusprechen. Doch in dem Fall einer vorgetäuschten Störung werden Haare nur ausgerissen um in die Patientenrolle zu schlüpfen. Das Problem wird offen angesprochen um Aufmerksamkeit zu erhalten.

#### **9.6 Psychotische Störung**

Ein Wahn oder eine Sinnestäuschung können auch oftmals Grund dafür sein, dass sich Personen Haare ausreißen. Beispielsweise geschieht dies bei dem sogenannten Dermatozoenwahn, bei dem Betroffene glauben, von Parasiten befallen zu sein. Es wird von einem Missempfinden auf oder unter der Haut berichtet. Die Betroffenen versuchen, sich durch das Haarausreißen von diesem Missempfinden zu befreien. Oftmals hören Betroffene im Rahmen einer Psychose Stimmen, welche ihnen den Auftrag zum Haarausreißen erteilen. Ein Unterschied zu Trichotillomanie ist, dass eine psychotische Reiß-Episode mithilfe von neuroleptischen Behandlungen vermindert werden kann oder dadurch ganz verschwindet. Im Gegensatz dazu ist eine Trichotillomanie längerfristiger, jedoch kann sie aufgrund von geringeren Stresssituationen zurückgehen. Hier ist wiederum zu erwähnen, dass beide Krankheitsbilder gleichzeitig auftreten können.

## **10. Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie**

Die einzige Psychotherapiemethode, deren Wirksamkeit bei Trichotillomanie empirisch nachgewiesen werden kann, ist die (kognitive) Verhaltenstherapie

Das Vorgehen bei einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie kann in vier Phasen eingeteilt werden.

- 1) Therapievorbereitung
- 2) Aufbau von Verhaltenskontrolle in konkreten Situationen
- 3) Bearbeitung grundlegender Bedingungen
- 4) Rückfallprophylaxe

Diese genannten Phasen gehen in der Praxis meist fließend ineinander über. Die zeitliche Abfolge kann in Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen und komorbiden Störungen der Betroffenen variieren. Das Therapiemodell der kognitiven Verhaltenstherapie ist für die meisten Fälle von Trichotillomanie geeignet.

### **10.1 Therapievorbereitung**

Die Therapievorbereitung besteht aus mehreren Elementen

- a) Beziehungsaufbau
- b) Psychoedukation
- c) Diagnostik
- d) Motivationsklärung und – aufbau
- e) Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells
- f) Ableitung therapeutischer Interventionen
- g) Vermittlung des Therapiekonzepts

#### **10.1.1 Beziehungsaufbau**

In dieser ersten Therapiephase ist es wichtig eine tragfähige und vertrauensvolle Therapeut/Therapeutin-Klient/Klientin-Beziehung aufzubauen. Hier spielen Empathie, Wertschätzung und Echtheit eine große Rolle. Das Wissen über dieses Störungsbild und das Verständnis dafür sind essentiell für den Aufbau einer stabilen und erfolgreichen Therapiebeziehung.

### **10.1.2 Psychoedukation**

Eine genaue Aufklärung über das Störungsbild ist sehr wichtig, denn Betroffene und deren Angehörige haben oftmals nicht die Möglichkeiten, sich über Trichotillomanie zu informieren. Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungsbildern ist Trichotillomanie in der deutschen Literatur und in den deutschen Medien nur selten präsent. In den meisten Fällen sind viele Jahre vergangen, bis die Betroffenen erst die Störungswertigkeit ihres Verhaltens erkannt haben. Die Erkenntnis, dass dieses Verhalten einen Namen hat und dass mehrere Personen davon betroffen sind stellt für viele Betroffene schon eine erhebliche Erleichterung dar. Es ist wichtig den Klienten und Klientinnen alle Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, wodurch ihre Motivation hinsichtlich einer Veränderung ihres Verhaltens aufgebaut bzw. gestärkt werden kann.

### **10.1.3 Diagnostik**

Es ist wichtig, dass die Therapeuten und Therapeutinnen hier sehr sensibel und verständnisvoll auf die Betroffenen eingehen. Besonders schambesetzte Teilbereiche der Trichotillomanie können im Gespräch enttabuisiert werden. Das Ausreißen der eigenen Schamhaare, das Durchführen von stimulierenden Tätigkeiten nach dem Ausreißen der Haare und das Essen der eigenen Haare sind nur einige Beispiele für Themen, welche im Gespräch kein Tabu sein sollten. Die Enttabuisierung dieser Tätigkeiten ist wichtig, denn erst dann können sich Betroffene ganzheitlich öffnen und über ihr Problemverhalten sprechen.

### **10.1.4 Motivationsklärung/-aufbau**

In dieser Phase werden die Betroffenen dazu aufgefordert, über Pro- und Contra-Argumente für eine Verhaltensänderung nachzudenken. Die negativen Konsequenzen des Haarausreißens, welche für eine Verhaltensänderung sprechen, sind für die Betroffenen sehr präsent. Es ist wichtig, positive Verhaltensziele zu formulieren, die durch eine Verhaltensänderung erreicht werden können. Den Klienten und Klientinnen fällt es jedoch sehr schwer, positive Argumente für das Aufrechterhalten des Haarausreißens zu finden. Aufgrund von Scham sind diese für die Betroffenen schwerer zu nennen.

### **10.1.5 Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells**

Als konkretes Beispiel für ein Arbeitsmodell für die therapeutische Arbeit, gilt das Teufelskreismodell. An diesem Modell lässt sich die Aufrechterhaltung der Störung basierend auf lerntheoretischen Überlegungen leicht nachvollziehen. Hierbei geht man von einem unangenehmen inneren Zustand aus, welcher einen Drang zum Haarausreißen hervorruft und so die Wahrscheinlichkeit des endgültigen Ausreißen enorm erhöht. Kontextbedingungen können den inneren Zustand, den Drang und das Ausreißen der Haare beeinflussen. Dem Haarausreißen folgen unmittelbar positive Konsequenzen, welche als ein positiver Zugewinn, also auch eine Verminderung von Negativem wahrgenommen werden können. Diese können wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit des Haarausreißen steigern. Langfristig treten zusätzlich negative Konsequenzen auf, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein unangenehmer innerer Zustand entsteht und damit schließt sich der Teufelskreis Trichotillomanie.

Jedes der Elemente dieses Teufelskreismodells kann für persönliche Beispiele aus der Verhaltensanalyse der Betroffenen konkretisiert und somit individualisiert werden.

### **10.1.6 Ableitung therapeutischer Interventionen**

Aus dem individuell erarbeiteten Störungsmodell können nun mit dem/der Betroffenen therapeutische Ansatzpunkte und Interventionsmöglichkeiten für den persönlichen Fall abgeleitet werden.

### **10.1.7 Vermittlung des Therapiekonzepts**

In dieser Phase werden den Betroffenen noch einmal zusammenfassend alle Informationen vermittelt, die sich aus den individuellen Störungsmodellen und der Psychoedukation ergeben. (vgl. Bohne, 2009)

## **10.2 Aufbau von Verhaltenskontrolle**

Therapiebausteine für den Aufbau von Verhaltenskontrolle in konkreten Situationen:

- 1) Aufmerksamkeitstraining
- 2) Habit Reversal - Training
- 3) Stimuluskontrolle
- 4) Weitere mögliche Strategien zum Aufbau von Verhaltenskontrolle
- 5) Modifizierung der Selbstbeobachtung, Aufrechterhaltung der Motivation, Auffangen von Rückschlägen und Anleitung zum Selbstmanagement

### **10.2.1 Aufmerksamkeitsstraining**

Das Ziel dieser Phase ist es, die Betroffenen zu Experten ihres eigenen Problemverhaltens und dessen Bedingungen zu machen. In vielen Fällen führt das Aufmerksamkeitstraining schon zu einer deutlichen Symptomreduktion, welche ohne zusätzliche Strategien nur von kurzer Dauer ist. In dieser Phase werden auch Selbstbeobachtungsprotokolle eingesetzt, welche dabei helfen sollen die internalen und externalen Einflussfaktoren, die zum Haarausreißen führen, selbst zu erkennen. Die Betroffenen werden während des Aufmerksamkeitstrainings darin geschult Vorzeichen für das Haarausreißen frühzeitig zu erkennen.

### **10.2.2 Habit Reversal - Training**

Im Fokus dieses Trainings stehen die Selbstbeobachtung und das Erlernen alternativer Verhaltensweisen. Die Exposition mit Reaktionsverhinderung, Entspannung, Verstärkung und Generalisierungstraining sind weitere Bestandteile des Habit Reversal - Trainings.

### **10.2.3 Stimuluskontrolle**

Stimuluskontrolle bedeutet, dass Situationen in denen ein Drang zum Haarausreißen auftritt verlassen werden oder gezielt verändert werden sollen. Manche Betroffene schneiden sich die Haare ganz kurz, um dem Ausreißen der eigenen Haare entgegen zu wirken. (vgl. Bohne, 2009)

Beispiele für Stimuluskontrolltechniken in Abhängigkeit von konkreten Triggern und der Phänomenologie des Haarausreißens werden in der unten angeführten Tabelle dargestellt.

<b>„Trigger“</b>	<b>Verhaltensmerkmal</b>	<b>Stimuluskontrolltechnik</b>
	<i>Ausreißen der Kopfhaare</i>	<i>Kopfbedeckung tragen (Kopftuch, Mütze etc.)</i>
<i>Haare berühren (taktiler Trigger)</i>	<i>Haare werden mit den Fingern ausgerissen</i>	<i>Handschuhe tragen, Fingerspitzen umpflastern</i>
	<i>Haare werden mithilfe der Fingernägel ausgerissen</i>	<i>Fingernägel länger oder kürzer tragen</i>
	<i>Ausreißen mithilfe einer Pinzette, Handspiegel etc.</i>	<i>Hilfsmittel wegschließen bzw. aus der Handtasche/dem Badezimmer /dem Haus entfernen</i>
<i>Haare betrachten (visueller Trigger)</i>	<i>Auswahl von Haaren mit einer bestimmten Haarfarbe oder visuellem Charakteristikum</i>	<i>Spiegel abhängen, Vergrößerungs-/Kosmetikspiegel entfernen, Licht dämpfen</i>
<i>Tätigkeiten ohne Beschäftigung der Hände</i>		<i>Hände beschäftigt halten, Hände in die Hosentasche stecken, auf die Hände setzen oder liegen.</i>
<i>Unbeobachtete Momente</i>		<i>Zimmertür zu anderen Personen offen stehen lassen, sich in Gemeinschaftsräume begeben/dort aufhalten</i>
<i>Tätigkeit an einem bestimmten Ort</i>		<i>Tätigkeit an einem anderen Ort ausüben</i>
<i>Haarausreißens eingebettet in eine Verhaltenskette</i>		<i>Abfolge von Tätigkeiten absichtlich variieren“</i>

Tabelle 1: Beispiele für Stimuluskontrolltechniken in Abhängigkeit von konkreten Triggern und der Phänomenologie des Haarausreißens (Gockel et al: Das Rapunzel-Syndrom. Chirurg 2003, 74, S.753-756)

### **10.3 Weitere mögliche Strategien zum Aufbau von Verhaltenskontrolle**

Einige weitere Interventionsstrategien können zusätzlich die Verhaltenskontrolle in konkreten Situationen unterstützen.

- a) Ablenkungsstrategien
- b) Alternative Verhaltensweisen als Ersatz
- c) Negative Practice - Training
- d) Aversionstraining
- e) Exposition mit Reaktionsverhinderung.

### **10.4 Modifizierung der Selbstbeobachtung, Aufrechterhaltung der Motivation, Auffangen von Rückschlägen und Anleitung zum Selbstmanagement**

Der Fokus der Selbstbeobachtung sollte nun nicht mehr auf das Problemverhalten gerichtet sein, sondern stattdessen auf die Alternativverhaltensweise.

Zum Teil erleben Betroffene eine Phase der totalen Abstinenz vom Ausreißen der eigenen Haare. Diese Phase kann einige Wochen andauern. Der Therapeut oder die Therapeutin sollte die positive Stimmung als Motivationsschub nutzen und die Klienten darüber aufklären, dass erst hier die wirklich harte Arbeit beginnt.

Rückschläge während der Therapie sollen gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen besprochen und es sollte deren Reichweite und Bedeutung für die weitere Entwicklung der Betroffenen ernst genommen werden.

Es ist von Bedeutung, dass die Betroffenen den Grad der Selbstverantwortung und des Selbstmanagements schrittweise steigern. Es sollen erlernte Methoden zunehmend selbstständig angewendet werden und der Therapeut oder die Therapeutin sollte nur mehr eine Supervisionsfunktion einnehmen. (vgl. Antje Bohne, 2009)

## 11. Medikamentöse Behandlung von Trichotillomanie

Die Trichotillomanie kann nicht nur verhaltenstherapeutisch behandelt werden, sondern auch mit Medikamenten. Jedoch gibt es kein spezielles Medikament, welches ausschließlich zur Behandlung von Trichotillomanie zugelassen ist. In der Praxis greift man auf Medikamente zurück, welche sich bei anderen psychischen Störungen bewährt haben. Die diagnostische Zuordnung zu den Zwangsspektrumsstörungen spricht für den Einsatz bestimmter Antidepressiva, die selektiven und nicht selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI und SRI).

*„Diese Medikamente wirken auf den Stoffwechsel im Gehirn. Sie beeinflussen insbesondere den Botenstoff Serotonin in den Verbindungsspalten (Synapsen) zwischen den Nervenzellen. Dadurch, dass die SSRI und SRI die Wiederaufnahme von Serotonin in die Nervenzellen vermindern, wird der Abbau des Serotonins verzögert. Durch die auf diese Weise verstärkte Wirkung des Serotonins erklärt man sich die positiven Effekte dieser Medikamente auf Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen und auch auf die Trichotillomanie.“ (Peters 2008, Seite 43)*

Die Wirkung dieser Medikamente setzt nicht sofort ein, deshalb sollte man diese Medikamente nicht nur kurzzeitig einsetzen. Nach einer täglichen Einnahme sollte die Wirkung nach ca. drei bis acht Wochen einsetzen. Bei 50-80% der Betroffenen, die diese Medikamente über einen längeren Zeitraum nehmen, bewirken die Medikamente eine Abschwächung der Symptomatik bis hin zu einem vollständigen Verschwinden der Trichotillomanie. (vgl. Peters, 2008)

## 12. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind heutzutage ein sehr wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Dieser Gruppe schließen sich Menschen an, welche an der gleichen Erkrankung leiden oder das gleiche Problem haben. Inhalt der Gruppensitzungen ist die gemeinsame Bewältigung der Erkrankung oder des Problems.

Grundgedanken einer Selbsthilfegruppe

- *Suchen und Finden von Gleichgesinnten*
- *Einsamkeit überwinden*
- *Lebenssituation verbessern*
- *Beziehungen aufbauen und vertiefen*
- *Schwierigkeiten zusammen meistern*
- *Teilnehmen und verstehen*
- *Handeln in eigener Sache*
- *Informationen geben*
- *Lösungen entwickeln*
- *Fördern und fordern*
- *Erkenntnisse weitergeben*
- *Gleichberechtigt miteinander umgehen*
- *Regelmäßige Treffen*
- *Unterstützung und Beratung*
- *Probleme selbst in den Griff bekommen*
- *Persönlichkeit stärken*
- *Erfahrungen austauschen*
- *Neue Kontakte und Kooperationspartner*

(Peters, 2008, Seite 67)

Betroffene, die an Trichotillomanie leiden glauben, sie wären ganz alleine mit ihrem Problemverhalten und haben Angst, sich vor der eigenen Familie und den Angehörigen zu öffnen und über ihr Problem zu sprechen.

Meist fühlen sich die Betroffenen allein gelassen und unverstanden, was sich wiederum negativ auf das Reißverhalten auswirkt.

Die Selbsthilfegruppe ist ein geschützter Ort an dem sich Personen mit demselben Problemverhalten treffen. Betroffene können hier offen über ihr Problemverhalten sprechen und fühlen sich verstanden und akzeptiert. Das Gefühl, nicht allein zu sein mit der Trichotillomanie beruhigt Betroffene schon sehr und ist womöglich der erste Schritt zu einer Besserung. (vgl. Peters, 2008)

### 13. Diskussion

Der Sinn dieser Arbeit liegt darin, dem Leser und der Leserin einen kurzen Einblick in die Thematik der Trichotillomanie zu geben. Leider gibt es in der deutschen Literatur nur sehr wenig zum Thema Trichotillomanie zu finden. Viele Studien über Trichotillomanie sind nicht repräsentativ weil sie einfach eine zu kleine Stichprobe aufweisen, dies erschwerte auch die Literaturrecherche für diese Arbeit.

Durch die Begriffserklärungen zu Beginn soll ein problemloses Lesen der Arbeit ermöglicht werden. Es wurden die Bereiche Symptomatik, Konsequenzen von Trichotillomanie, Verlauf des Störungsbildes und einige Behandlungsmöglichkeiten beschrieben. Der geschichtliche Hintergrund, demographische Daten und die Definitionen von WHO und APA wurden auch kurz angeführt.

Wie sehr innere und äußere Faktoren das Haarausreißen beeinflussen, wird im Laufe dieser Arbeit besprochen. Internale und externale Faktoren spielen eine große Rolle, ob es zum endgültigen Haarausreißen kommt. Der Ort, der Zeitpunkt, die Tätigkeit und die vorherrschenden Emotionen und Gedanken sind die wichtigsten Faktoren, welche den inneren Drang zum Haarausreißen begünstigen oder auch verringern können. Anhand von Bildmaterial wurde das Ausmaß des Ausreißen der eigenen Haare dargestellt.

Das Rapunzelsyndrom ist ein gutes Beispiel inwieweit sich die Rituale vor, während oder nach dem Haarausreißen unterscheiden. Beim Rapunzelsyndrom handelt es sich um ein Störungsbild, bei dem Betroffene jegliche Art von Haaren und Fasern essen. Durch die Unverdaulichkeit der Haare und Fasern bildet sich in ihrem Magen-Darmtrakt ein Haarknäuel, welches nur chirurgisch entfernt werden kann.

Eine der wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten für Trichotillomanie, die Verhaltenstherapie, wurde ausführlich beschrieben. Es wurde ersichtlich, dass die Behandlung von Trichotillomanie nicht eine kurzfristige Angelegenheit ist sondern über mehrere Jahre andauert.

Die Selbsthilfegruppe bietet den Betroffenen einen Ort, an dem sie sich öffnen und mit Personen austauschen können, die ebenfalls an demselben Störungsbild leiden. Die Bedeutung einer Selbsthilfegruppe wurde auch in dieser Arbeit kurz beschrieben.

Es ist wichtig zu beachten, dass jeder Fall von Trichotillomanie individuell ist und auch der Verlauf und die Symptomatik können sich von Person zu Person unterscheiden. Deshalb lässt sich auf die Frage "wie ist der Verlauf der Störung?" keine universelle Antwort finden. Oftmals beginnt die Trichotillomanie schon in den ersten Lebensjahren, jedoch kann das Störungsbild auch erst später im Rentenalter einsetzen. Behandlungsmöglichkeiten gibt es viele, doch jeder muss das beste Angebot für sich selbst finden. Es ist wichtig sich einzugestehen, dass es sich bei Trichotillomanie nicht nur um ein banales Haareausreißen handelt, sondern es ist ein zwanghaftes Problemverhalten und Wegsehen wäre hier das Schlimmste was getan werden kann. Je früher man sich dessen bewusst wird, desto früher kann man anfangen, Gegenmaßnahmen einzuleiten und sein Verhalten zu ändern. Doch leider geschieht dies nicht auf Knopfdruck, sondern benötigt sehr viel Zeit und Ausdauer. Ob Trichotillomanie heilbar ist, ist leider noch nicht bestätigt worden, jedoch gibt es genug Fallbeispiele, die belegen, dass Personen über einen längeren Zeitraum reißfrei sind. Dies sollte für all jene, welche an Trichotillomanie leiden, Motivation genug sein um ihr Verhalten zu ändern und sich die Hilfe zu holen, welche ihnen womöglich eine reißfreie Zukunft ermöglicht.

Zukünftig wäre es für die Behandlung von Trichotillomanie essentiell, dass auf diesem Gebiet weiter geforscht wird, um neue Therapieformen zu entwickeln, die womöglich eine gänzliche Heilung versprechen.

## Literaturverzeichnis

Bohne, Antje: Trichotillomanie. 1. Aufl.. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2009.

Gockel et al: Das Rapunzel-Syndrom. Chirurg 2003, 74, S.753-756

Krüger, Astrid: Trichotillomanie oder wenn Haare zum Zwang werden. Norderstedt: BoD – Books on Demand, 2002.

Peters, Antonia: Trichotillomanie: Fragen und Antworten zum zwanghaften Haare ausreißen. 1. Aufl.. Lengerich: Pabst, Wolfgang Science, 2008.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 :kahle Stellen am Hinterkopf

<http://www.trichotillomanie.de/> (Stand 09.09.2013)

Abbildung 2: enormer Haarverlust

<http://www.curetrichotillomania.com/> (Stand 09.09.2013)

Abbildung 3: „Magenausgusspräparat“ aus vernetzten Haaren und Fasern

Gockel et al: Das Rapunzel-Syndrom. Chirurg 2003, 74, S.753-756