

# **Trichotillomanie bei Kindern und Jugendlichen**

## **Komorbidität und Therapie**

M. Bachmann · O. Bilke · M. Schulte-Markwort · U. Knölker · Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Lübeck

Erstmalig wurde die Trichotillomanie 1889 von dem französischen Dermatologen Hallopeau als "Alopecie par grattage" beschrieben.

Sie wird gemäß der ICD-10 als Störung definiert, welche infolge einer Unfähigkeit, ständigen Impulsen zum Haarausreißen zu widerstehen, zu einem sichtbaren Haarverlust führt.

Vor dem Haarausreißen besteht meist eine zunehmende Spannung, danach folgt ein Gefühl der Entspannung oder Befriedigung. Der Vorgang spielt sich häufig während der Einschlafsituation ab, kann jedoch auch bei Ereignissen innerer psychischer Anspannung auftreten. Es können auch Augenbrauen, Augenwimpern oder Barthaare ausgezogen werden. Die Symptomatik tritt hauptsächlich bei Kindern im Alter von 6-12 Jahren auf, es können jedoch auch Erwachsene betroffen sein.

Die Prävalenzraten sind unerwartet hoch, so sprachen King et al. bei einer Untersuchung an 794 Probanden von einer Prävalenz von 0,5 %. Rothbaum et al. erfassten bei 2000 College-Erstsemestern eine Prävalenz von 10-13 %. Mädchen sind häufiger betroffen, über die Verteilung gibt es keine einheitlichen Aussagen.

Betrachtet man betroffene Areale unter dem Mikroskop, sieht man typischerweise in den Haarwurzeln und in der direkten Umgebung Blutungen mit geringen Entzündungszeichen. Dabei fallen Entzündungen sowohl im oberen Bereich der Haarwurzel als auch in den oberen Schichten der Haut auf. Aufgrund der typischen Anamnese, des makroskopischen sowie des histopathologischen Befunds fällt die Diagnose meist nicht schwer. Im Zweifelsfall hilft die Betrachtung mit dem Auflichtmikroskop.

Ferner sollte immer auch an weitere mögliche Ursachen für eine Minderbehaarung wie umschriebener Haarausfall und Pilzbefall gedacht werden. Aus psychiatrischer Sicht werden stereotype Bewegungsstörungen, die bei Intelligenzminderungen auftreten, ausgeschlossen.

Als Komplikation kann es durch das Herunterschlucken der ausgerissenen Haare (Trichotillophagie) zu einem Trichobezoar kommen, der eine seltene Ursache rezidivierender Oberbauchschmerz sein kann.

Verschiedene Autoren sprechen von häufiger psychiatrischer Komorbidität. Es werden depressive Erkrankungen, Angst-, Tic- und Zwangs- sowie Anpassungsstörungen aufgeführt. Überraschenderweise wurde nach unserer Literatureinsicht bisher nie die Komorbidität mit einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung beschrieben. Da es

sich bei beiden Erkrankungen um Störungen der Impulskontrolle handelt, wäre eine häufigere Komorbidität naheliegend.

Therapeutisch gibt es keine einheitlichen Richtlinien. Es werden verhaltenstherapeutische Maßnahmen empfohlen, teilweise in Kombination mit Imipramin oder Clomipramin.

Die Prognose der Trichotillomanie ist günstig.

### **Kasuistik**

Ein 7 Jahre alter Junge wurde aufgrund 2er handtellergroßer kahler Flächen beidseits temporookzipital [das Scheitelbein und das Hinterhaupt betreffend] von seiner Mutter vorgestellt. Der Junge riss sich seit seinem 3. Lebensjahr die Haare meist abends vor dem einschlafen, bei starker innerer Anspannung auch tagsüber, aus.

Der Junge zeigte außerdem Verhaltensauffälligkeiten, er hatte eine gesteigerte Impulsivität und war motorisch unruhig. In der Schule und zu Hause kam es zu sozialen Regelverletzungen.

Nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt fielen ab der 5. Lebenswoche eine ausgeprägte Schiefhalshaltung links Kopfdrehung nach rechts, eine Hyperreflexie [Reflexe sind stärker ausgeprägt] rechts sowie vermehrtes Fausten rechts auf. Trotz eingeleiteter Krankengymnastik nach Vojta zeigten sich bis über den 12. Lebensmonat hinaus Gleichgewichtsstörungen und eine hypertone Muskulatur. Die Meilensteine der körperlichen Entwicklung verliefen verzögert.

Im Kindergarten und in der Schule gab es immer Probleme im Kontakt mit Gleichaltrigen, der Junge hatte eine Außenseiterrolle inne.

Störungen im Bereich der Motorik waren nach Angaben der Kindeseltern zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vorhanden.

Im Alter von 6 Jahren klagte der Junge außerdem erstmalig über Sehprobleme, ein Visus [Sehkraft] von 0,25 links wurde diagnostiziert. Ein 3wöchiger stationärer Aufenthalt in der Augenklinik des UKE Hamburg zur Pleoptik wurde vereinbart. Bei der Erstuntersuchung war der Junge knapp altersgemäß entwickelt, im Kontakt scheu, aber freundlich. Der Junge äußert sich selten verbal. Der Antrieb war vermindert bei labil depressiver Stimmung, die Psychomotorik langsam und träge. Auffällig war eine Gesichtsasymmetrie [die beiden Gesichtshälften unterscheiden sich in ihrer Form, sind halt nicht symmetrisch] bei seit Jahren bestehender Schiefhalshaltung nach links und Kopfdrehung nach rechts.

Die körperliche Untersuchung zeigte bis auf die kahlen Stellen am Kopf sowie die Schiefhalshaltung keine Auffälligkeiten. Es bestanden keine Hinweise für Ekzeme, keine Mykosen [Pilzkrankungen] und keine Trichotillophagie. Der abdominale Befund [Ergebnis einer Untersuchung des Bauches] war ebenfalls unauffällig.

Bei der neurologischen Untersuchung fanden sich multiple Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik mit unsicherer Koordination und pathologischen Mitbewegungen. Die Ergebnisse der Lincoln-Oseretzki-Skala (standardisierter Körperkoordinationstest) lagen im Durchschnittsbereich.

Die testpsychologischen Untersuchungen (Kaufmann-assessment-battery for children) ergaben eine durchschnittliche intellektuelle Fähigkeit mit uneinheitlichen Begabungsprofil. Leistungsfördernd wirkte sich u. a. eine Stärke im visuellen Kurzzeitgedächtnis, leistungsmindernd eine signifikante Schwäche im auditorischen Kurzzeitgedächtnis aus.

Bei dem Jungen zeigten sich Konzentrationsprobleme im mittel- und kurzfristigen Bereich, eine gesteigerte Ablenkbarkeit sowie eine gesteigerte Impulsivität.

Die standardisierte Einschätzung der Eltern und der Lehrer mit Hilfe des Conners-Fragebogens bestätigten dies.

In dem von den Eltern und vom Kind ausgefüllten Persönlichkeitsfragebogen für Kinder wurden von einer gesteigerten motorischen Unruhe, einer Hyperaktivität sowie von einer emotionalen Instabilität berichtet.

Der Mann-Zeichen-Test ergab bei dem 7 11/12 Jahre alten Jungen ein Mann-Zeichen-Alter von 8,0 Jahren. Obwohl viele Details korrekt gezeichnet wurden, fehlten bei dem Mann beide Arme, das "Instrument" des Haarausreißen.

Familienanamnestisch wurden intrafamiliäre Beziehungs- und Kommunikationsstörungen zwischen dem Jungen und den Eltern, aber auch zwischen den Eltern deutlich. Die 31jährige Mutter und der 41jährige Vater hatten ein Jahr zuvor erhebliche Paarprobleme gehabt.

Wir stellen die Diagnosen einer seit dem 3. Lebensjahr bestehenden Trichotillomanie (ICD-10 F 63-3), einer hyperkinetischen Störung [HKS - Störungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und übermäßiger Bewegungsdrang] des Sozialverhaltens (ICD-10 F 90.1) sowie einer subklinischen Entwicklungsdyspraxie. Aufgrund der hyperkinetischen Störung verabreichten wir das Psychostimulans Ritalin (Methylphenidat), worauf sich die Konzentrationsfähigkeit deutlich verbesserte. Ablenkbarkeit und Impulsivität reduzierten sich ebenfalls. Mit Beginn der Medikation sistierte die Trichotillomanie, so dass sich die vormals kahlen Stellen 2 Monate später vollständig behaart zeigten.

Zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen wurde eine psychotherapeutische Einzeltherapie mit dem Jungen durchgeführt. Bei dem ersten Wiedervorstellungstermin zeigte sich frontal eine 5-Mark-stück-große kahle Fläche. Der Junge hatte im Lauf einer Medikamentenpause wieder begonnen, sich die Haare auszureißen.

Nach Fortführung der Medikation kam es wieder zu einem Nachwachsen der Haare.

## **Diskussion**

Die Genese der Trichotillomanie ist in unserem Fall sicher multifaktoriell bedingt. Mehrere körperliche Behinderungen sind mitursächlich für die Entstehung der Symptomatik.

Die motorischen Auffälligkeiten lassen trotz anamnestisch fehlender Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen an eine vom Nervensystem ausgehende Fehlfunktion, im Sinne einer entwicklungsbedingten unterschwelligeren Fehlfunktion von Bewegungsabläufen, denken. Eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen einzel- und ganzheitlichem Denken sowie neurologische Softsigns unterstützen diese These. Möglicherweise hängen die großen Unterschiede im auditiven und optischen Kurzzeitgedächtnis ebenfalls ursächlich damit zusammen. Ein anderes Erklärungsmodell ist das bereits seit der Säuglingszeit bestehende Training des visuellen Gedächtnisses aufgrund der mangelhaften Sehfähigkeit.

Die Symptome einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung stehen im Zusammenhang mit der zentralen Funktionsstörung. Es werden gehäuft Komorbiditäten von Entwicklungsdyspraxien, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen und Teilleistungsschwächen beobachtet.

Die hyperkinetische Störung mit ihren Merkmalen motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung und gesteigerte Impulsivität mag möglicherweise mit auslösend für die Trichotillomanie gewesen sein. Auch hier liegt eine Störung der Impulskontrolle vor.

Stein et al. berichteten von einer Untersuchung an 43 Patienten, bei der versucht wurde, die Trichotillomanie nosologisch [Zuordnung von Krankheiten/Störungen] den impulsiven Störungsbildern oder den zwanghaften Erkrankungen zuzuordnen. Es zeigte sich, dass Patienten mit einer Trichotillomanie weniger zwanghafte Symptome zeigten als Patienten mit einer diagnostizierten Zwangsstörung. Erstgenannte zeigten jedoch signifikant höhere Scores in der Impulsivität als Zwangspatienten.

Stein et al. diskutierten die Ähnlichkeit in bestimmten Bereichen zwischen der Trichotillomanie und anderen Störungen der Impulskontrolle. Sehr viel häufiger wird die Trichotillomanie jedoch mit Zwangserkrankungen in Zusammenhang gebracht.

Graae u. Gitow halten die Frage, ob die Trichotillomanie als ein Subtyp [Untergruppe einer Störung] zwanghaften Verhaltens zu verstehen ist oder ob eine in Verlauf und Funktion eigenständige Störung vorliegt, für ungelöst.

Sie berichteten über ein 13-jähriges Mädchen mit Zwangshandlungen, -gedanken und einer Trichotillomanie, bei welchem Fluoxetin und Clomipramin die zwanghafte Symptomatik positiv beeinflusst hatten, jedoch auch mit zusätzlicher verhaltenstherapeutischer Unterstützung kein Einfluss auf die Trichotillomanie ausgeübt werden konnte.

Peterson et al. stellten in einer Literaturübersicht fest, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei über 90% der Patienten zu einer Symptomreduktion führen und dass bei 2/3 der Fälle eine völlige Symptomfreiheit zu erreichen ist.

Eine psychotherapeutische Behandlung in Kombination mit Imipramin wird ebenfalls empfohlen. Eine signifikante Verbesserung der Symptomatik ist in ca. 70% der Fälle zu erwarten.

Es gibt bisher kaum Behandlungsversuche mit Methylphenidat bei einer Trichotillomanie. Meist kommen trizyklische Antidepressiva, selten auch MAO-Hemmer zum Einsatz. Bei Kombination mit zwanghaften Verhaltensweisen wurde Fluoxetin erfolgreich eingesetzt. Die Nebenwirkungen sind hierbei jedoch beachtlich, so dass eine sehr strenge Indikationsstellung gefordert wird.

Im Einzelfall gilt es, abzuwägen, ob die Symptomatik überhaupt eine medikamentöse Therapie rechtfertigt. Es gibt Kinder und Eltern, die mit dem Krankheitsbild gut zurechtkommen, keine Stigmatisierung empfinden und deshalb auf eine Medikation verzichten können.

Selbstverständlich muss zunächst nach dem Grund für das Haarausreißen gesucht werden. Gegebenenfalls können dann psychotherapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

Bei unserem Patienten kam es infolge einer Ritalinmedikation, die aufgrund der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung verabreicht worden war, zu einer Sistieren der Trichotillomanie. Es kam nicht zu einer Symptomverschiebung, die Konzentrationsleistung konnte ebenfalls verbessert werden.

Offensichtlich wurde durch die Aktivierung defekter inhibitorischer Kontrollmechanismen [Kontrollmechanismen die bremsend auf das System wirken sollten, sind defekt] ein positiver Einfluss auf die Trichotillomanie und die Hyperaktivität ausgeübt.

Aus: Monatsschrift Kinderheilkunde 1997, 1293-1295

*mit Überarbeitung und Begriffserläuterungen durch die Infostelle Trichotillomanie*

[www.infostelle.trichotillomanie.de](http://www.infostelle.trichotillomanie.de)