

Trichotillomanie

Eine Wissenschaftliche Arbeit von Anett Neudecker und Iver Hand.

Mit freundlicher Genehmigung vom Pabst Science Publisher <http://www.pabst-publishers.de>

A. NEUDECKER ET AL.: TRICHOTILLOMANIE

VERHALTENSTHERAPIE UND VERHALTENSMEDIZIN

1999, 20. JG. (4), 465 - 478

TRICHOTILLOMANIE

ANNETT NEUDECKER, IVER HAND

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Poliklinik, Hamburg

ZUSAMMENFASSUNG. Trichotillomanie ("Zwanghaftes Haarausreißen") ist eine bisher selten erwähnte Störung des Zwangsspektrums. Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 0,6% besteht jedoch auch deutlicher Versorgungsbedarf.

Dieser Beitrag soll mit dem Störungsbild vertraut machen, diagnostische Kriterien, Komorbidität sowie Differentialdiagnosen erläutern sowie Behandlungsmethoden darstellen, die sich in der bisherigen therapeutischen Praxis bewährt haben. Dabei wird speziell auf Verhaltenstherapie und pharmakologische Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern eingegangen. Weiterhin wird auf den Nutzen von Selbsthilfegruppen eingegangen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Trichotillomanie, Komorbidität, Verhaltenstherapie, SSRI, Selbsthilfe

TRICHOTILLOMANIA

ABSTRACT. Trichotillomania ("compulsive hairpulling") is subsumed under the obsessive-compulsive spectrum disorders. Estimated lifetime prevalence is 0,6%; there are too less therapists for professional treatment. In our paper, we discuss diagnostic criteria, comorbidity as well as differential diagnosis. We explain treatment methods with special focus on behavior therapy and medication with Serotonin Reuptake Inhibitors. A short digression is devoted to self-help groups.

KEY-WORDS: Trichotillomania, comorbidity, behavior therapy, SSRI, self-help groups

1. EINFÜHRUNG Trichotillomanie, auch bezeichnet als "zwanghaftes Haarausreißen", ist eine in ihrer Auftretenshäufigkeit bisher deutlich unterschätzte Störung. Sowohl Betroffene, die meist glauben, sie seien die oder der einzige mit solch einem Verhalten, als auch viele Ärzte und Psychotherapeuten, die mit dem Wunsch einer Behandlung konsultiert werden, stehen dem Problem mehr oder weniger hilflos gegenüber. Dabei ist Trichotillomanie keineswegs ein erst mit der modernen Wissenschaft entdecktes Phänomen. Bereits in der griechischen Antike wurde das Ausreißen von Haaren als gesellschaftlich sanktioniertes Ritual, jedoch auch im Zusammenhang mit psychischem Leiden beschrieben (Christenson & Mansueto, 1999). Den Begriff "Trichotillomanie" führte der französische Arzt Hallopeau im Jahre 1889 ein; dabei stehen die griechischen Worte "tricho" für das Haar, "tillo" für die Bewegung des Herausziehens sowie "manie" im hier gebrauchten Sinne für eine übersteigerte Vorliebe für bestimmte Objekte, Situationen oder Handlungen (Hallopeau, 1889; Stedman's Medical Dictionary, 1982). In den folgenden Jahrzehnten wurden immer wieder Einzelfälle beschrieben. Eine intensiviertere Aufmerksamkeit durch die Wissenschaft wurde der Störung erst in den letzten ca. 10 Jahren zuteil. Dies hat jedoch zumindest im deutschsprachigen Raum bedauerlicherweise noch nicht zu einer deutlichen Erhöhung des Bekanntheitsgrades geführt. Berichten von Patienten zufolge, die oft schon diverse Ärzte oder Psychologen aufgesucht haben, wird das Haarausreißen häufig als "schlechte Angewohnheit" verharmlost. Dies führt in der Regel zu einer Bestätigung der negativen Selbsteinschätzung der Patienten, da sie heraushören, sie müßten sich nur ein wenig mehr anstrengen, dann würden sie das Haarausreißen schon in den Griff bekommen. Auch die häufig bestehende Komorbidität, überwiegend zu Depression und Zwangsstörung, wird häufig unterschätzt. Eine genaue Prävalenz der Trichotillomanie ist schwer einschätzbar, im deutschsprachigen Raum existiert keine diesbezügliche Studie. Wie bei vielen anderen Erkrankungen hat auch hier eine zeitweise höhere Präsenz des Themas in den Medien einen Anstieg der Nachfragen nach Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zur Folge. Aus diesem Grund soll dieser Beitrag mit dem Störungsbild vertraut machen sowie diverse Behandlungsmöglichkeiten erörtern, deren Effektivität und differentielle Indikation Gegenstand einer derzeitigen Studie an der Verhaltenstherapie-Ambulanz in Hamburg ist.

S.467

2. BESCHREIBUNG DES STÖRUNGSBILDES

2.1 PRÄVALENZ

In der bisher einzigen publizierten Prävalenzstudie (Christenson et al., 1991a) wurden 2579 Studenten untersucht. Grundlage waren die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R. Überraschenderweise wurde bei 0,6% der Studenten beiderlei Geschlechts die Lifetime-Diagnose einer Trichotillomanie gestellt; dies steht zunächst in Widerspruch zu einem deutlich erhöhten Frauenanteil in klinischen Stichproben. In einem weiteren Schritt haben

die Autoren vorausgesetzt, daß bei weitem nicht alle Trichotillomanie-Betroffenen tatsächlich einen Spannungsanstieg unmittelbar vor sowie einen Abfall an Spannung während bzw. nach dem Haarausreißen empfinden; mit dieser Einschränkung wurde eine Lifetime-Prävalenz von 1,5% für Männer und 3,4% für Frauen ermittelt. Es existieren recht interessante Vermutungen dergestalt, daß der geringere Männeranteil bei Trichotillomanie lediglich ein Artefakt sei; ein Grund dafür ist die Annahme, daß Männer einen möglichen Haarverlust entweder auf Grund ihrer täglichen Rasur oder im Zusammenhang mit dem im fortschreitenden Alter häufig einsetzenden genetischen Haarverlust verheimlichen oder erklären können (Christenson et al., 1991b, 1994). Weiterhin zu berücksichtigen ist die Tatsache, daß im Vorschulalter, bei der früh einsetzenden Trichotillomanie, der sogenannten "baby trich" (Swedo & Leonard, 1992) Jungen und Mädchen etwa gleich häufig betroffen sind. Christenson et al. (1991b) schlagen als eine alternative Erklärungsmöglichkeit vor, daß Kinder in der Regel nicht selbst entscheiden, ob sie zum Arzt oder Therapeuten gehen. Je fortgeschrittener das Lebensalter, desto eher steht das Aufsuchen professioneller Hilfe im eigenen Ermessen; im Zusammenhang mit o.g. Möglichkeit des Verbergens des Problems sind Frauen evtl. eher dazu bereit (oder gezwungen), Hilfe zu suchen.

S.468

2.2 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Trichotillomanie

DSM-IV	ICD-10
Störungen der Impulskontrolle, die nicht anderenorts klassifiziert sind (312.39)	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.3)
A) Wiederholte Unfähigkeit, Impulsen zu widerstehen, sich die Haare auszureißen, was zu deutlichem Haarausfall führt	Sichtbarer Haarverlust infolge einer Unfähigkeit, ständigen Impulsen zum Haarausreißen zu widerstehen
B) Zunehmendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Haarausreißen oder bei dem Versuch, dem Impuls zu widerstehen	Zunehmende Spannung vor dem Haarausreißen
C) Befriedigung oder Gefühl der Entspannung beim Haarausreißen	Gefühl von Entspannung und Befriedigung nach dem Haarausreißen
D) Kein Zusammenhang mit einer vorbestehenden Hautentzündung und keine Reaktion auf Wahn oder Halluzinationen	Kein Zusammenhang zu einer Hautentzündung oder zu Wahn bzw. Halluzinationen

Die Kriterien B und C nach DSM-IV sind oft in einem Erstkontakt nicht eruierbar, da der Patientin* nicht bewußt. Bei intensiver Selbstbeobachtung, wie sie z.B. im Rahmen einer Verhaltenstherapie stattfindet, gelingt es vielen Patientinnen jedoch relativ schnell, eine Veränderung in der internen Spannungskurve während der Handlung festzustellen. Oft geht

es nicht um spannungsauslösende Ereignisse unmittelbar vor dem Akt des Haarausreißens, sondern um eine generell erhöhte innere Anspannung.

* Da der Anteil an Frauen in klinischen Populationen deutlich höher liegt, verwenden wir im nachfolgenden Dokument die weibliche Form "Patientin".

2.3 ERSCHEINUNGSBILD

Nicht alle Trichotillomanie-Betroffenen sind auf Anhieb als solche zu erkennen. Das Spektrum reicht hierbei von kaum sichtbaren, nur leicht ausgedünnten Stellen bis hin zu völliger Kahlheit. Das Ausmaß des nach außen hin Sichtbaren verhält sich unserer Erfahrung nach jedoch keinesfalls proportional zum Leidensdruck. Bei einer Reihe von Patientinnen reicht offenbar das Wissen darum, ein von ihnen nicht gewünschtes, schädigendes und kaum kontrollierbares Verhalten auszuüben, um sich in eine Behandlung zu begeben, während andere, bei denen die kahlen Stellen unübersehbar sind, eine Therapie teilweise mit der Begründung ablehnen, sie hätten sich mit ihrem Äußeren arrangiert. Von der Trichotillomanie können sämtliche behaarte Körperregionen betroffen sein. An erster Stelle steht mit deutlichem Abstand jedoch das Kopfhaar; es ist in großer Anzahl vorhanden und jederzeit leicht zugänglich. In einer Studie an 106 Patientinnen (Neudecker et al., 1997) wurde die Häufigkeit der betroffenen Stellen folgendermaßen angegeben:

Tabelle 2: Betroffene Körperstellen (mit Mehrfachnennungen)

Betroffene Stellen	Häufigkeit
Kopfhaar	96%
Schamhaar	32%
Augenbrauen	15%
Wimpern	14%
Andere	14%

Diese Ergebnisse unterscheiden sich etwas von denen amerikanischer Wissenschaftler, in deren Studien das Ausreißen der Wimpern und Augenbrauen deutlich häufiger genannt wird (47 bzw. 43 %; Christenson, 1995). Meist werden einzelne Haare ausgerissen, wobei die Wahl des Haares in den überwiegenden Fällen nicht beliebig ist. So bevorzugen viele Patientinnen dickere, sich unregelmäßig anfühlende, "krizzelige" Haare. Auch ist der "Erfolg" größer, wenn eine Wurzel mit "erwischt" wurde. Eher selten werden ganze Haarbüschel ausgerissen. Schmerz wird dabei in der Regel nicht empfunden; es scheint eher, als ob die Betroffenen sich in einem leichten dissoziationsähnlichen Zustand befinden. Sie beschreiben teilweise das Gefühl einer "Käseglocke": Die Gedanken sind anderswo, manchmal ist auch einfach ein Gefühl der Leere vorhanden, vorangegangene Situationen

sowie assoziierte Gefühle spielen in dem Moment der Beschäftigung mit dem Haar keine Rolle mehr. Selten wird jedoch auch berichtet, daß ein leichtes Schmerzgefühl bewußt gesucht wird, welches dann eher lustvoll erlebt wird. Überraschenderweise ist für viele Patienten jedoch nicht das eigentliche Ausreißen, sondern die nachfolgende orale Beschäftigung mit dem Haar, besonders mit der Haarwurzel, das "Entscheidende" an ihrer Handlung. Sie kauen z.B. auf dem Haar herum, beißen die Wurzel ab, zerteilen das Haar etc. Dies wird in der Regel als äußerst genußvoll beschrieben.

2.4 BEGINN UND VERLAUF

In sämtlichen bisher publizierten Untersuchungen liegt ein eindeutiger Gipfel für das Einsetzen der Trichotillomanie etwa um das 12. Lebensjahr herum (eigene Studie: mehr als 60% der Befragten begannen zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr mit dem Ausreißen von Haaren; Neudecker et al., 1997). Trichotillomanie kann jedoch auch schon im frühesten Kindesalter sowie in wenigen Fällen auch erst im späteren Erwachsenenalter beginnen. Entscheidend ist, daß das Verhalten sich meist sehr schnell stabilisiert und auf diverse andere Situationen, in denen es subjektiv einer Spannungsreduktion bedarf, generalisiert. Jedoch tritt das Haarausreißen mit zunehmender Erkrankungsdauer auch immer häufiger situationsunspezifisch auf; d.h., es wird in gewissem Ausmaß tatsächlich zur Gewohnheit. Christenson und Mackenzie (1994) schätzten hierzu in ihrer

S.470

Unterscheidung zwischen automatischem und fokussiertem Haarausreißen, daß ca. drei Viertel der Betroffenen überwiegend automatisch, d.h. aus Gewohnheitsaspekten, ausreißen würde. Die Kombination beider Aspekte hat eine hohe Tendenz zur Chronifizierung zur Folge. Die meisten Patientinnen kennen kaum "reißfreie" Phasen, die länger als ein paar Tage andauern. Ausnahmen stellen oft weitgehend spannungsfreie Zeitabschnitte, wie sie z.B. im Urlaub auftreten, dar. Bei sehr stark betroffenen Patientinnen kann es zu einer Verschiebung der bevorzugten Stelle kommen; wenn z.B. sämtliche Haare der Augenbrauen ausgerissen sind, kann die Person auf das Kopfhaar "ausweichen", bis wieder genügend Haare an der bevorzugten Stelle zur Verfügung stehen. Auch gelegentliches Nägelkauen kann eine vorübergehende "Notlösung" darstellen.

Aus dermatologischer Sicht ist anzumerken, daß die Haare prinzipiell zwar nachwachsen, nach intensivem Reißen jedoch oft spärlicher und teilweise auch mit Verschiebungen in Form und /oder Pigmentierung. Bei schwer chronifizierter, starker Trichotillomanie muß langfristig mit Kahlheit gerechnet werden.

2.5 KOMORBIDITÄT

Als häufigste psychiatrische Lifetime-Komorbidität wurde übereinstimmend sowohl in amerikanischen Studien (z.B. Christenson et al., 1991b, 1995) als auch in unserer eigenen Untersuchung (Neudecker et al., 1997) die Diagnose einer Major Depression gestellt. Etwa

50% der Betroffenen litten im Verlauf ihres Lebens an mindestens einer depressiven Episode. Aktuell besteht ebenfalls eine erhöhte Neigung zu Depressivität. In unserer bereits zitierten Hamburger Untersuchung waren zum Zeitpunkt der Erhebung mit dem BDI (Beck & Steer, 1992) 21% der Befragten deutlich depressiv (BDI \geq 18) sowie weitere 19% mäßig depressiv (BDI 11-17). Im therapeutischen Kontakt äußert sich dies jedoch nicht als gedrückte Stimmung oder Antriebslosigkeit, sondern nahezu ausschließlich in larvierter Form. Die Patientinnen erleben sich als schnell erschöpfbar, angetrieben und kaum entspannungsfähig.

Eine ebenfalls erhöhte Komorbidität besteht zu Angststörungen; hierbei steht die soziale Phobie im Vordergrund (35 %; Neudecker et al., 1997). Klinisch sind jedoch die sozial defizitären Anteile erheblich relevanter als die phobischen.

Im Bereich der Zwangsstörung schwanken die Angaben zur Komorbidität zwischen 13% (Cohen et al., 1995; Christenson, 1995) und 50% (eigene Untersuchung). Letztgenanntes Ergebnis wurde mit dem HZI-K (Klepsch et al., 1993) in anonymer Befragung ermittelt; möglicherweise wurde hier auch ein großer Anteil ich-syntoner Einstellungen und Verhaltensweisen miterfaßt.

Seltener ermittelt wurde bisher die Komorbidität zu Achse-II-Störungen. Ein Grund dafür ist sicher die Schwierigkeit, Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer Statusdiagnostik zu erfassen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß der Anteil an Persönlichkeitsstörungen bei Trichotillomanie-Patientinnen deutlich höher liegt als in der Normalbevölkerung.

S.471

Swedo (Swedo, 1993) diagnostizierte bei 78% ihrer untersuchten Patienten eine Achse-II-Störung, wobei der Anteil der histrionischen Persönlichkeitsstörung am größten war, gefolgt von passiv-aggressiver und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei den Patientinnen, die sich gegenwärtig an unserer Ambulanz in verhaltenstherapeutischer Behandlung befinden, liegt der Anteil an Persönlichkeitsstörungen ebenfalls deutlich über 60%. Es handelt sich dabei häufig um Mischbilder, in denen selbstunsichere, depressive, explosive und emotional instabile Anteile eine Rolle spielen.

3. ABGRENZUNG ZU VERWANDTEN STÖRUNGSBILDERN (DIFFERENTIALDIAGNOSEN)

3.1 ZWANGSSTÖRUNG

Trichotillomanie weist auf phänomenologischer Ebene eine große Anzahl an Gemeinsamkeiten zur Zwangsstörung und hierbei besonders zu Zwangshandlungen auf: Im Vordergrund steht ein unkontrollierbar scheinender Impuls, die Ausführung der entsprechenden Handlung wird zumindest rational als "sinnlos" betrachtet (bis auf eine

Reihe von Zwangspatienten mit völlig fehlender Einsichtsfähigkeit). Ein Widerstand gegen die Ausführung der Handlung erzeugt deutliche Anspannung, ein Nachgeben führt zu einer Spannungsreduktion. Auch scheinen Angehörige ersten Grades ähnlich häufig an Zwängen und/oder affektiven Störungen zu leiden (Christenson et al., 1991b; Stanley et al., 1992). Diese Gemeinsamkeiten führten zu der Annahme, Trichotillomanie sei so etwas wie eine Subgruppe der Zwangsstörung und dieser diagnostisch unterzuordnen (Swedo et al., 1992). Bei einigen Patientinnen scheint darüber hinaus Symmetrie ein wichtiges Motiv für das Haarausreißen darzustellen. Jedoch gibt es einige entscheidende Unterschiede. Der Beginn der Trichotillomanie liegt zumeist in der Pubertät, also deutlich früher als bei der Zwangsstörung. Es sind (zumindest in der klinischen Population; siehe Abschnitt 2.1) überwiegend Frauen betroffen. Eine häufige Auslösesituation ist Langeweile als potentielle Entspannungsmöglichkeit, und es existieren keine begleitenden Zwangsgedanken oder -rituale dergestalt, daß mit dem Ausüben der Handlung ein befürchtetes Ereignis vermieden werden kann (Christenson et al., 1991b; Stanley et al., 1992). Eine bedeutende Rolle spielen außerdem autostimulierende Effekte des Haarausreißens sowie eine starke Genußkomponente; v.a. letztere ist von hoher therapeutischer Relevanz. Sowohl aus theoretischer als auch aus praktischer Sicht hat es sich bewährt, Trichotillomanie als Störung des Zwangsspektrums zu betrachten (Hollander & Wong, 1995).

S.472

Sämtliche hierin gruppierte Störungen sind durch aufdringliche Zwangsgedanken und/oder sich wiederholende zwanghafte Verhaltensweisen gekennzeichnet und weisen hinsichtlich Ätiologie, familiärer und demographischer Merkmale, Neurobiologie, Komorbidität, klinischem Verlauf und Reaktion auf zwangsspezifische Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie viele Gemeinsamkeiten zur Zwangsstörung auf (Abbildung 1). Kritisch anzumerken ist jedoch, daß die Kriterien für eine Zuordnung von Störungen zum Spektrumskonzept bisher noch mangelhaft operationalisiert sind (McElroy et al., 1994).

3.2 TIC UND STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNG

Die Handlung des Haarausreißens hat, oberflächlich betrachtet, einige stereotyp anmutende Merkmale, die v.a. beim unbewußten, automatisierten Haarausreißen zum Tragen kommen. Jedoch kann hier eine klare Grenze gezogen werden; Trichotillomanie ist keine unwillkürliche, sondern eine funktionale und prinzipiell steuerbare Verhaltensweise. Die Abgrenzung zur Ticstörung ist nicht ganz so einfach. Viele Betroffene empfinden ihr Verhalten als eine Art Tic, der in Anspannungssituationen in seiner Häufigkeit zunimmt. Auch fällt es schwer, eine Funktion des Verhaltens zu entdecken; es scheint völlig sinnlos und dazu noch selbstschädigend. Jedoch scheint dies lediglich auf den hohen Automatisierungsgrad der Handlung zurückzuführen zu sein; bei genauer Beobachtung

finden sich sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene klare Auslösefaktoren und verstärkende Konsequenzen (s.a. Neudecker & Hand, in Druck).

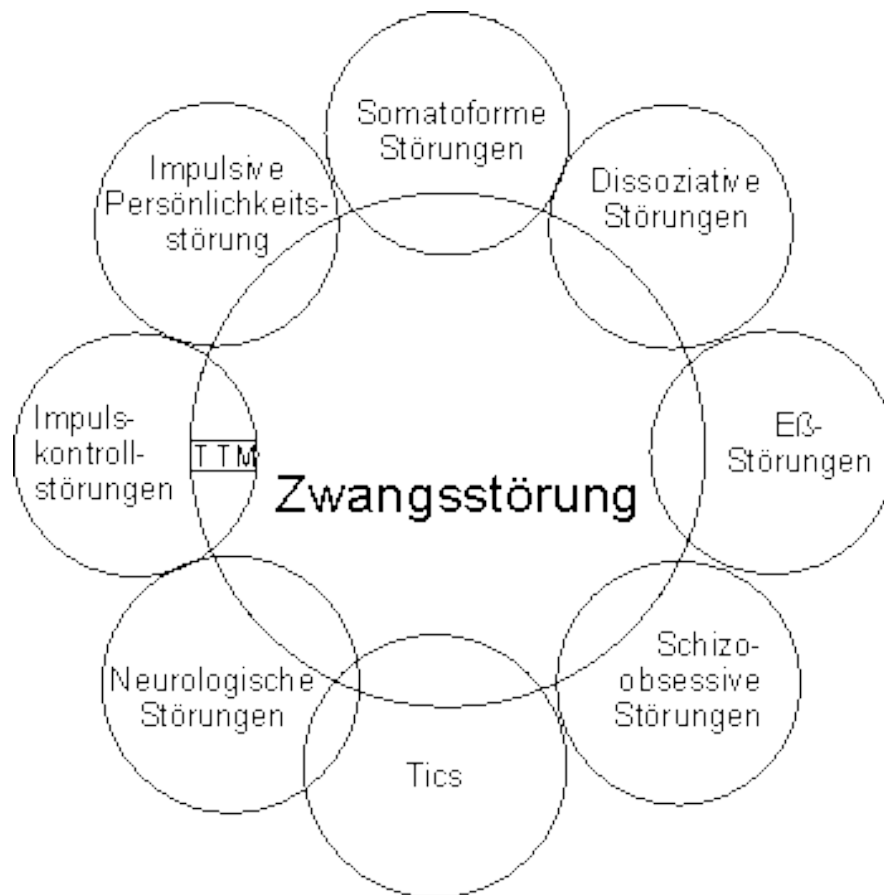


Abb. 1: Störungen des Zwangsspektrums (nach Hollander & Wong, 1995)

S.473

3.3 BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Kernpunkt der Frage, ob Trichotillomanie etwas mit der Borderline-Störung zu tun hat, ist die Einschätzung des Haarausreißen als selbstverletzendes Verhalten. Bisher ist es offenbar nicht gelungen, eine Brücke zwischen dem eher verhaltenstherapeutischen Konzept der Zwänge und der bis zur Veröffentlichung der "Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung" (Linehan, 1996) vorwiegend tiefenpsychologisch geprägten Auseinandersetzung um Selbstverletzung zu schlagen. Zumindest auf phänomenologischer Ebene könnte das Haarausreißen ein "Baustein" dieser Brücke sein. Zwar erhalten bei weitem nicht alle Trichotillomanie-Patientinnen die Diagnose einer Borderline-Störung gemäß der diagnostischen Kriterien; einige Gemeinsamkeiten findet man jedoch bei fast allen Betroffenen. So erleben sie im Moment des Haarausreißen Spannungsabfall, manchmal bewußt intendiert. Es liegt zumeist Analgesie vor, es sei denn, der Schmerz wird bewußt und im Sinne einer Autostimulation ("sensation seeking") gesucht,

um sich selbst zu spüren. Diese dissoziationsähnlichen Zustände bedürfen bei Trichotillomanie-Patientinnen jedoch noch einer genaueren Überprüfung.

Abbildung 2 zeigt darüber hinaus, daß Trichotillomanie auch auf einer übergreifenden Ebene von Persönlichkeitsmerkmalen, die die Risikobereitschaft betreffen, auf einem Kontinuum von compulsiv bis impulsiv etwa in der Mitte zwischen Zwangsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt (Abbildung 2).

4. BEHANDLUNG

4.1 VORBEMERKUNG

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es schwer zu sagen, welches Behandlungsverfahren das beste bei der Therapie der Trichotillomanie ist. Einzelne Berichte haben zwar immer wieder auf das gute Abschneiden von Patientinnen hingewiesen, die mit Verhaltenstherapie behandelt wurden (z.B. Azrin et al., 1980; Gluhoski & Pato, 1994); jedoch fehlen kontrollierte Studien. Ein Grund dafür ist sicherlich, daß die Anzahl der Betroffenen, die einen Therapiewunsch haben, doch noch vergleichsweise gering ist, so daß systematische Untersuchungen nur mit hohem zeitlichen Aufwand betrieben werden können. Auch über medikamentöse Behandlung (vorzugsweise mit Clomipramin und Serotonin-Wiederaufnahmehemmern) wurde positiv berichtet (z.B. Swedo et al. 1989; Pollard et al., 1991). Jedoch konnten andere Forscher in einer Doppel-Blind-Studie keine Überlegenheit von Fluoxetin gegenüber Placebo feststellen (Christenson et al., 1991c). Die Ergebnisse sind also zunächst noch widersprüchlich, Katamnesedaten fehlen. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, daß Verhaltenstherapie und/oder Pharmakotherapie die Verfahren der Wahl sind. Aus diesem Grund soll im Anschluß auch ausschließlich darauf eingegangen werden, was nicht bedeuten soll, daß andere Therapieverfahren im Einzelfall nicht auch hilfreich sein können.

S.474

4.2 VERHALTENSTHERAPIE

Die oben zitierten amerikanischen Studien zur Verhaltenstherapie der Trichotillomanie umfassen ausnahmslos symptomzentrierte Vorgehensweisen. Ausgangspunkt ist der hohe Gewohnheitsanteil des Haarausreißen. Das an unserer Ambulanz praktizierte Vorgehen orientiert sich jedoch eher an einem Modell, das im Rahmen der Behandlung pathologischer Spieler entwickelt wurde (Hand & Kaunisto, 1984). Dies folgt der Theorie, daß Verhaltensexzesse zumindest zu einem gewissen Anteil eine Art "Beschäftigungstherapie" oder Ablenkung dergestalt sind, daß in Phasen, in denen die oder der Betroffene mit hoher Wahrscheinlichkeit mit eigenen, negativ besetzten Emotionen konfrontiert wäre, eine Distanz zu diesen Gefühlen geschaffen wird und diese nicht mehr wahrgenommen werden (Hand, 1998a, 1998b). Dabei muß es sich nicht ausschließlich um eine Abwehr depressiver Impulse handeln; diese tauchen jedoch am häufigsten auf, wenn es gelingt, das exzessive

Verhalten aufzugeben. Andererseits sind es genau diese im Hintergrund einer Symptomatik liegenden Bedingun-

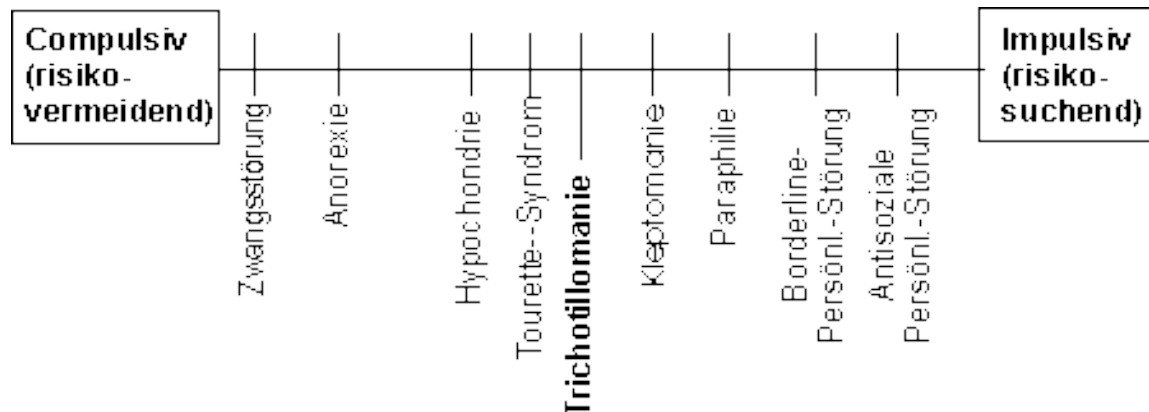


Abb. 2

S.475

gen, die eine reine Symptomtherapie zumindest deutlich erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen. Für die verhaltenstherapeutische Behandlung bedeutet dies, in der Verhaltensanalyse Bedingungen und Funktionen der Symptomatik genau zu erfassen, um dann nach einem multimodalen Ansatz (Hand, 1998b) vorzugehen, welcher das gesamte Methodenspektrum der Verhaltenstherapie einschließlich symptomzentrierter Techniken umfaßt. Für beide Ansätze sollen einige Beispiele genannt werden:

Symptomzentrierte Therapie: Habit Reversal Training (HRT; Azrin & Nunn 1977; Baer 1993): Diese Technik eignet sich besonders gut zur Behandlung des automatisierten und situationsunspezifischen Verhaltensanteils.

Sie besteht aus 5 Schritten:

Aufmerksamkeitstraining, Erlernen einer konkurrierenden Reaktion, Entspannungstraining, Verstärkung und Generalisierungstraining.

- **Stimuluskontrolle:** Die Patientinnen lernen hierbei, typische Situationen zu identifizieren, in denen das Problemverhalten auftritt (z.B. beim Lesen eines Buches, verbunden mit einer bestimmten Körperhaltung), und erproben Alternativen.
- **Exposition:** Eine realitätsnahe Situation, in welcher der Impuls zum Haareausreißen auftritt, ist in der Therapie kaum herzustellen. Es ist jedoch möglich, die Patientinnen für eine gewisse Zeit in einem Zustand zu halten, in dem keine Ablenkungsmöglichkeit besteht und sie so mit ihren Gedanken und Gefühlen konfrontiert werden ("emotionale Exposition"). Dies ist teilweise schwierig durchzuführen, kann jedoch im Einzelfall entweder wertvolle Hinweise für eine hintergrundorientierte Therapie erbringen oder der Patientin die Erfahrung ermöglichen, daß sie die Situation auch ohne Haare auszureißen aushalten kann.

- **Weitere Techniken:** Für einen Teil der Patientinnen ist es hilfreich, in kritischen Situationen, die typischerweise zum Haarausreißen führen, ihre Hände zu beschäftigen (z.B. durch Knautschbälle etc.). Der Kreativität sind hierbei keine Grenzen gesetzt. Es sollte sich aber unbedingt um etwas handeln, was die Patientin gerne anfaßt, um der positiven Genußkomponente des Haarausreißens tatsächlich etwas entgegensetzen zu können.

Therapie "am Symptom vorbei":

- **Biographische Arbeit**, z.B. Werte und Normen in der Ursprungsfamilie (vertikale Verhaltensanalyse), Umgang mit Emotionen, Verlusterlebnisse;
- **Training sozialer Kompetenz** (z.B. Rollenspiele mit Videofeedback, Übungen in vivo);
- **Angehörigengespräche** bei hoher interaktioneller Funktionalität des Symptoms;
- **Depressionsbewältigung**
- **Training emotionaler Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit**, Umgang mit und Bewältigung von Gefühlen (z.B. nach Linehan, 1996); Förderung von Genuß- und Entspannungsfähigkeit, Erlernen eines nichtselbstschädigenden Umgangs mit Anspannung.

S.476

Sämtliche genannten Therapiebestandteile sollen lediglich Vorschläge darstellen; sie erheben natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Anhand einer genauen Hypothesenbildung sollte die gewählte Strategie mit der Patientin besprochen werden; es versteht sich von selbst, daß der Erfolg der Einzelmethode regelmäßig überprüft wird und im Rahmen eines zirkulären, hypothesenklärenden Prozesses ggf. eine Erweiterung oder Modifikation des Störungsmodells notwendig ist.

4.3 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Wie bereits oben erwähnt, sind die Ergebnisse zur pharmakologischen Behandlung der Trichotillomanie bisher noch unbefriedigend. Jedoch scheint es eine Tendenz zum Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern zu geben, welche sich aus der phänomenologischen Nachbarschaft von Trichotillomanie und Zwangsstörung ergibt. In unserer Studie konnten wir beobachten, daß ca. 80% der so behandelten Patientinnen (Paroxetin und kurze supportive Kontakte) Responder waren, was bedeutet, daß zumindest eine deutliche Reduktion des Haarausreißens eintrat. Die Patientinnen beschrieben sowohl einen Rückgang der Impulse als auch eine bessere Fähigkeit, diesen zu widerstehen. Dieser Effekt ist sicher unspezifisch und wahrscheinlich auf ein ebenfalls durch die Patientinnen beschriebenes geringeres Anspannungsniveau sowie bessere Entspannungsfähigkeit zurückzuführen. Die Dosierung sollte individuell abgestimmt werden; als Orientierungspunkt kann die Dosisempfehlung bei der Behandlung der klassischen Zwangsstörung gelten, wobei einige Patientinnen bereits mit geringerer Dosis auskommen.

Eine Kombination von Verhaltens- und medikamentöser Therapie kann v.a. zu Beginn einer Behandlung sinnvoll sein; genauere Empfehlungen können wir jedoch erst nach Abschluß unserer derzeitigen Untersuchung aussprechen. Wir führen an der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf seit 1997 eine offene Studie zum Vergleich von multimodaler Verhaltenstherapie versus SSRI-Behandlung mit Paroxetin durch. Diese Studie ist bewußt nicht randomisiert und eng an den Erfordernissen der ambulanten psychotherapeutischen und nervenärztlichen Versorgung orientiert. Mit abschließenden Ergebnissen ist etwa Ende 2000 zu rechnen.

5. SELBSTHILFE

Derzeit spielen Selbsthilfegruppen für Trichotillomanie-Betroffene eine wichtige Rolle im Versorgungssystem. Zum einen ist es bei dem bisher geringen Bekanntheitsgrad der Störung äußerst wichtig und entlastend für die Betroffenen, sich kennenzulernen und auszutauschen. Außerdem stellt sich die therapeutische Versorgung von Trichotillomanie-Patientinnen derzeit noch sehr schwierig dar. So ist es möglich, in Gruppen Erfahrungen auszutauschen und evtl. auch gemeinsam am Problem zu arbeiten, z.B. nach dem Programm zum Habit Reversal Training (Baer, 1993). Kontakte zu Selbsthilfegruppen können über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen in Osnabrück aufgenommen werden. Aus unserer bisherigen Erfahrung ist jedoch zusätzlich eine professionelle Behandlung indiziert und notwendig.

S.477

LITERATUR

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Azrin, N.H. & Nunn, R.G. (1977). Habit control in a day. New York: Simon & Schuster.

Azrin, N.H. et al. (1980). Treatment of hairpulling: a comparative study of habit reversal and negative practice training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 13-20.

Baer, L. (1993). *Alles unter Kontrolle*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber. Beck, A.T. & Steer, R.A. (1992).

Beck Depression Inventory. Deutsche Version: Hautzinger, M. et al.: *Das Beck Depressionsinventar - BDI*. Bern: Huber.

Christenson, G.A. et al. (1991a). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 415-417.

Christenson, G.A. et al. (1991b). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 365-370.

Christenson, G.A. et al. (1991c). A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1566- 1571.

Christenson, G.A. et al. (1994). Adult men and women with trichotillomania. A comparison of male and female characteristics. *Psychosomatics*, 35, 142-149.

Christenson, G.A. & Mackenzie, T.B. (1994). Trichotillomania. In Hersen, M. & Ammerman, R.T. (Eds.), *Handbook of Prescriptive Treatments for Adults* (pp. 217--235). New York: Plenum.

Christenson, G.A. (1995). Trichotillomania - from prevalence to comorbidity. *Psychiatric Times*, 12, 44-48.

Christenson, G.A. & Mansueto, Ch.S. (1999). Trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology. In Stein, D.J. et al. (Eds.), *Trichotillomania* (pp. 1--41). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cohen, L.J. et al. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 319-326. S.478.

Gluhoski, V.L. & Pato, M.T. (1994). Rapid improvement in trichotillomania with a cognitive-behavioral intervention: a case study. *IN Touch*, 1, 1-7.

Hallopeau, H. (1889). Alopecie par grattage. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5, 541-543.

Hand, I. & Kaunisto, E. (1984). Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen ("Spielsucht"). *Suchtgefahren*, 30, 1- 14.

Hand, I. (1998a). Pathological gambling: a negative state model and its implications for behavioral treatments. *CNS Spectrums*, 3, 58-71.

Hand, I. (1998b). Out-patient, multimodal behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 45-52.

Hollander, E. & Wong, C.M. (1995). Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 4), 3-6.

Klepsch, R. et al. (1993). *Hamburger Zwangsinventar - Kurzform (HZI-K)*. Weinheim: Beltz.

Linehan, M.M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

McElroy, S.L. et al. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 33-51.

Neudecker, A. et al. (1997). Trichotillomanie - eine Sonderform der Zwangsstörung? In Mundt, Ch. et al. (Hrsg.). *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 221-226). Wien: Springer.

Neudecker, A. & Hand, I. (in Druck): Trichotillomanie. In Bräunig, P. (Hrsg.), Ritual, Zwang, Stereotypie - Repetitive Phänomene bei psychischen Erkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Pollard, C.A. et al. (1991). Clomipramine treatment of trichotillomania: a follow-up report on four cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 128-130.

Stanley, M.A. et al. (1992). A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 30, 39-44.

Stedman's Medical Dictionary (1982). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Swedo, S.E. et al. (1989). A doubleblind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *The New England Journal of Medicine*, 32, 497-501.

Swedo, S.E. & Leonard, H.L. (1992). Trichotillomania: a profile of the disorder from infancy through adulthood. *International Pediatrics*, 7, 144- 149.

Swedo, S.E. (1993). Trichotillomania. In Hollander, E. (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders* (pp. 93-111). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Winchel et al. (1992). Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 304-308.

Weltgesundheitsorganisation (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (2. Auflage). Bern, Göttingen: Huber.