Trichotillomanie

«Angst vor Entdeckung» beeinträchtigt oft deutlich die Lebensqualität

Michael Rufer und Annett Neudecker

Die Trichotillomanie, also der Drang, sich einzelne Haare oder auch ganze Haarbüschel auszureissen, stellt eine komplexe Störung dar, die zwanghafte und impulsive Züge vereint. Da die Symptome wegen Schamgefühlen von den Betroffenen oft verschwiegen werden, ist bei entsprechendem Verdacht ein einfühlsames Ansprechen notwendig. Eine Behandlung ist anzuraten, wenn die Symptomatik ausgeprägt ist und/oder aufgrund der daraus folgenden psychosozialen Belastungen ein hoher Leidensdruck besteht.

Trichotillomanie, die im DSM-IV und ICD-10 als Störung der Impulskontrolle klassifiziert wird, ist mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1,6 Prozent bei Männern und 3,5 Prozent bei Frauen (5) wesentlich häufiger, als früher angenommen wurde. Die Häufigkeit wurde vermutlich auch deshalb deutlich unterschätzt, weil die Schamgefühle der Betroffenen diese oft dazu bringen, die Symptomatik zu verheimlichen. Nicht selten sind Hausärzte oder Dermatologen erste Anlaufstelle, die Betroffenen berichten dann selten spontan über ihr Verhalten und äussern stattdessen den Wunsch nach einer lokalen Behandlung (beispielsweise mit Salben). Ein entsprechender Verdacht sollte daher einfühlsam fragend und wenig konfrontierend überprüft werden. Viele Patienten reagieren darauf erleichtert und berichten dann offen über die Symptomatik, wenn sie erkennen, dass ihr Gegenüber nicht zum ersten Mal mit der Thematik konfrontiert ist und sie nicht für «verrückt» oder «geisteskrank» hält.

Erscheinungsbild

Ein phasenweise kaum kontrollierbarer Drang, sich einzelne Haare oder auch Haarbüschel auszureissen, kennzeichnet das Störungsbild der Trichotillomanie. Die Haare werden oft sorgfältig ausgewählt (z.B. dicke, graue oder sich unregelmässig anfühlende Haare), Schmerz wird beim Ausreissen meist nicht wahrgenommen. In Einzelfällen wird dieser aber auch bewusst gesucht. Für einige Patienten ist nicht unbedingt der Moment des Ausreissens entscheidend, sondern die orale Stimulation mit Hilfe des ausgerissenen Haares (durch die Lippen ziehen, Wurzel abbeissen etc.). Dieser kurzfristige Genuss macht es manchmal besonders schwer, darauf zu verzichten. In den meisten Fällen werden Kopfhaare ausgerissen (7), mit einem weiten Spektrum von kaum sichtbaren Stellen mit ausgedünntem Haar bis hin zu völliger Kahlheit, aber auch alle anderen behaarten Körperstellen (Augenbrauen, Wimpern, Schamhaar etc.) können betroffen sein. Die *Abbildung* zeigt einen recht ausgeprägten Befund bei einer 25-jährigen Patientin, die sich seit ihrem 6. Lebensjahr Kopfhaare ausreisst.

Entscheidend ist für den Patienten oft nicht das Ausreissen selbst, sondern die orale Stimulation mit Hilfe des ausgerissenen Haares.

Dünne oder kahle Stellen werden von vielen Betroffenen durch entsprechende Frisuren, Perücken und Kosmetik zu verbergen versucht. Obwohl die Folgen des Haareausreissens für Aussenstehende so nur schwer oder gar nicht erkennbar sind, kann die «Angst vor Entdeckung» zu einer erheblich eingeschränkten Lebensqualität und einem grossen Leidensdruck führen. So gehen manche Patienten nicht mehr ins Schwimmbad oder in die Sauna, vermeiden Friseurbesuche, treiben keinen Sport mehr zusammen mit anderen oder gehen intimen Kontakten

Abbildung: Ausgeprägter Befund bei einer 25-jährigen Patientin, die sich seit ihrem 6. Lebensjahr Kopfhaare ausreisst

aus dem Weg. Zusätzliche psychische Störungen können als Reaktion auf solche Beeinträchtigungen auftreten, können aber auch (Mit-)Ursachen der Erkrankung sein. Am häufigsten leiden Trichotillomanie-Patienten zusätzlich an affektiven Störungen (52–64%), sozialen Ängsten (11–39%) und Alkoholmissbrauch (19–32%) (7). Der aufgrund des selbstverletzenden Charakters des Haareausreissens scheinbar nahe liegende Zusammenhang zur Borderline-Persönlichkeitsstörung konnte hingegen nicht bestätigt werden (3).

Entstehung und Aufrechterhaltung

Verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung der Trichotillomanie werden diskutiert. Neben dem im Folgenden beschriebenen lerntheoretischen Modell sind dies insbesondere Theorien zur Neurobiologie (12), zur Psychodynamik (6) sowie zur Verhaltensbiologie und Genetik (14,15), wobei hier nur auf die genannte Literatur verwiesen werden soll. Als eine Sonderform wird die bereits im Säuglingsalter beginnende Trichotillomanie betrachtet, die insbesondere im Verlauf etwas anderen Gesetzen zu folgen scheint (15).

In den meisten Fällen liegt der Beginn der Symptomatik im Alter von 11 bis 15 Jahren, bisweilen jedoch auch erst im späteren Erwachsenenalter. Spezifische Auslöser sind oft nicht zu eruieren; es finden sich jedoch gehäuft Erstauftrittsbedingungen von angespannten familiären Verhältnissen, sozialen und schulischen Schwierigkeiten oder einer allgemeinen motorischen Unruhe, was dann in Zusammenhang mit fehlenden Entlastungsmöglichkeiten zu einem Anstieg innerer Anspannung führt. Wird in solch einer Konstellation das «nervöse» Ausreissen von einzelnen Haaren kurzfristig als ablenkend, angenehm, tröstlich oder spannungsmindernd erlebt, kann dieses Verhalten aufgrund der schnellen und guten Verfügbarkeit auf andere Situationen generalisieren. Beispiele für innere Auslöser sind depressive Gefühle, Anspannung, Erschöpfung und Ärger, aber auch Langeweile. Diese Beobachtungen führten zu der Hypothese, dass eine wichtige Funktion der Trichotillomanie darin besteht, sich in potenziellen Entspannungssituationen durch Ablenkung vor einem Anfluten negativer emotionaler Befindlichkeit zu schützen. Eine weitere wichtige Funktion ist sicherlich die kurzfristige Spannungsminderung. Aber auch das Ausüben der Handlung als Genussverhalten spielt eine Rolle, was für die Therapie unter Motivationsaspekten sogar von grosser Wichtigkeit sein kann.

Die Erkrankung entwickelt sich oft auf dem Boden einer erhöhten inneren Anspannung aufgrund verschiedenster Ursachen im familiären oder sozialen Umfeld.

Für die Aufrechterhaltung der Störung spielen oft soziale Defizite, Schwierigkeiten bei Gefühlswahrnehmung und -ausdruck und unterschwellig verlaufende affektive Störungen eine wichtige Rolle, da diese über eine innere Daueranspannung das Auslösen von Impulsen zum Haareausreissen begünstigen. Aber auch der hohe Gewohnheitsfaktor trägt einen wichtigen Teil zur Chronifizierung der Trichotillomanie bei. Im Verlauf kann ein Prozess der «Automatisierung» eintreten, sodass das Ausreissen von Haaren auch in Alltagssituationen (z.B. beim Autofahren, Lesen oder Telefonieren) stattfindet, in denen keine inneren beziehungsweise emotionalen Auslöser vorliegen.

Behandlungsmöglichkeiten

Kognitive Verhaltenstherapie und *Pharmakotherapie* haben sich als die effektivsten Behandlungsansätze erwiesen und gelten damit als Methoden der ersten Wahl. Welche von diesen beiden Behandlungsarten angewandt wird, hängt vor allem von der Verfügbarkeit der Behandlung, Motivation der Patienten und einer eventuellen komorbiden Symptomatik ab. In Einzelfällen, etwa bei starker Depressivität, ist auch eine Kombination denkbar.

Tabelle:
Techniken des Habit Reversal Training (nach [2])

Technik	Beschreibung
Aufmerksamkeitstraining	■ Selbstbeobachtung (bezogen auf Ort, Zeit, Situation, Gedanken und Gefühle) ■ Erkennen des genauen motorischen Ablaufs der Handlung
Erlernen einer konkurrierenden Reaktion	■ Finden einer motorischen Gegenbewegung oder -handlung, die das Ausführen des Impulses unmöglich macht ■ Einsatz dieser Reaktion bei Auftreten des Impulses ■ Beibehalten für mindestens 2 Minuten
Entspannungstraining	■ Bezweckt einen generellen inneren Spannungsabbau; soll so die Auftretenshäufigkeit von Impulsen verringern ■ Vorzugsweise progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen; auch andere Entspannungsverfahren sind jedoch geeignet
Verstärkung	■ Individuelle Belohnungen festsetzen ■ Vergegenwärtigung der positiven Konsequenzen ■ Bei Kindern auch Token-Technik
Generalisierungstraining	■ Anwendung des Trainings in allen Situationen, in denen früher Haare ausgerissen wurden

Medikamente: Auch wenn sich mehrere Substanzen, wie Venlafaxin (11), Lithium (4) und Olanzapin (13), in einigen offenen Untersuchungen bewährt haben, sprechen kontrollierte Studien sowie die diagnostische Zuordnung der Trichotillomanie zu den Impulskontroll-Störungen für eine Behandlung mit serotonergen Antidepressiva (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Clomipramin). In mehreren kontrollierten (10) und offenen (9) Studien zur Trichotillomanie konnte die Effektivität einiger serotonerger Antidepressiva gezeigt werden, sodass diese als erste Wahl empfohlen werden. Allerdings wurde in einigen anderen Studien wiederum kein signifikanter Behandlungseffekt im Vergleich zu Plazebo oder Warteliste gefunden (16). Insgesamt ist die Datenlage für die Trichotillomanie daher noch als unzureichend zu bewerten.

Im Langzeitverlauf kam es nach Absetzen einer alleinigen Pharmakotherapie zu häufigen Rückfällen, aber auch unter fortgesetzter Medikation nahmen Behandlungserfolge teilweise wieder ab (10). Daher erscheint die Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Strategien zusätzlich zur Pharmakotherapie in jedem Fall indiziert.

Kognitive Verhaltenstherapie: Aufgrund der häufig komplexen Problematik bewährt sich meist ein hypothesengeleiteter Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie. Dabei werden in Abhängigkeit von der individuellen Analyse möglicher Ursachen, Auslöser und aufrechterhaltender Bedingungen sowie der Funktionen der Symptomatik für den Betroffenen und seine Bezugspersonen die notwendigen Behandlungsbausteine zusammengestellt. Entsprechend wird sich die Therapie beispielsweise bei dem einen Patienten überwiegend auf die Hintergrundproblematik (z.B. soziale Ängste und Defizite oder eine schwierige familiäre Situation) beziehen, während bei dem anderen Patienten ein symptomorientiertes Vorgehen mit der Vermittlung von Techniken zur Reduktion des Haareausreissens ganz im Vordergrund steht. Eine detaillierte Darstellung dieser unterschiedlichen Therapieansätze und ein ausführliches Fallbeispiel dazu finden sich in der Übersichtsarbeit von Neudecker und Rufer (8).

Für ein symptomorientiertes Vorgehen hat sich das so genannte *«Habit Reversal Training»* (HRT) (1) bewährt. Diese Methode, mit der zunächst Tics relativ erfolgreich behandelt wurden, wurde inzwischen auf andere exzessive Verhaltensweisen wie Nägelkauen, Daumenlutschen und eben auch Trichotillomanie übertragen und spezifiziert. Seitdem ist das HRT die im verhaltenstherapeutischen Bereich am besten erforschte und am häufigsten angewandte symptombezogene Methode bei Trichotillomanie. Sie besteht aus einer Kombination verschiedener Techniken, welche von Baer (2) in fünf Schritten zusammengefasst wurde *(Tabelle)*. Das Ziel des HRT ist es, dem Patienten zu ermöglichen, dem Impuls zum Haareausreissen widerstehen zu können. Aus therapeutischer Sicht ist zu beachten, dass bei erfolgreicher Symptombehandlung oft der Leidensdruck auf ein Mass zurückgeht, bei dem sich die Patienten teilweise nicht mehr dazu durchringen können, auch die Restsymptomatik konsequent und aktiv zu bewältigen. Realistischerweise muss daher als Therapieziel bei vielen Patienten eher von einer deutlichen Reduktion der Symptomatik als von einer völligen Symptomfreiheit ausgegangen werden.

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen spielen für Menschen mit Trichotillomanie eine nicht zu unterschätzende Rolle, insbesondere wegen der häufigen Tendenz zur Verheimlichung der

Fazit für die Praxis

Trichotillomanie ist wesentlich häufiger, als bis vor einigen Jahren angenommen wurde. Sie stellt eine komplexe Störung dar, die zwanghafte und impulsive Züge vereint. Da die Symptome wegen Schamgefühlen von den Betroffenen oft verschwiegen werden, ist bei entsprechendem Verdacht ein einfühlsames Ansprechen notwendig. Eine Therapie ist ratsam, wenn die Symptomatik ausgeprägt ist und/oder aufgrund der daraus folgenden psychosozialen Belastungen ein hoher Leidensdruck besteht. Die Art der Therapie hängt vor allem von der Präferenz der Patienten, der Verfügbarkeit erfahrener Therapeuten sowie eventuellen komorbiden psychischen Störungen ab. Derzeit gelten ambulante kognitive Verhaltenstherapie und Behandlung mit serotonergen Antidepressiva als Methoden der ersten Wahl, wobei nach Absetzen einer alleinigen Medikation eine hohe Rückfallgefahr besteht. Eine Reduktion der Symptomatik ist in den meisten Fällen möglich, eine Remission aber eher selten und oft erst nach längerer Zeit zu erwarten.

Symptome. Schon die in solchen Gruppen gemachte Erfahrung, mit der Krankheit nicht allein zu sein, führt meist zu subjektiver Entlastung. Der Austausch mit anderen Betroffenen kann auch zum Abbau von Ängsten vor einer professionellen Behandlung und dem Aufbau einer Motivation hierfür führen. Auch nach Abschluss einer Therapie kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ein sinnvoller Baustein im Sinne einer Rückfallprophylaxe sein.

Im Internet können unter *www.trichotillomanie.ch* Informationen über Trichotillomanie, Behandlungsmethoden und Selbsthilfegruppen sowie eine Liste von in der Schweiz arbeitenden Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung von Trichotillomanie abgerufen werden. ■

Dr. med. Michael Rufer
Psychiatrische Poliklinik, UniversitätsSpital Zürich
Culmannstrasse 8, 8091 Zürich

Dipl.-Psych. Annett Neudecker
Bezirkskrankenhaus Landshut
Prof.-Buchner-Str. 22, D-84034 Landshut

Interessenkonflikte: keine

Literatur:
1. Azrin N, Nunn RG (1973) Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. Behav Res Ther 11: 619–628.
2. Baer L (1994) Alles unter Kontrolle. Huber, Bern.
3. Christenson GA, Chernoff Clementz E, Clementz BA (1992) Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. J Clin Psychiatry 53: 407–413.
4. Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB, Realmuto GM (1991) Lithium treatment of chronic hair pulling. J Clin Psychiatry 52: 116–120.
5. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991) Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. J Clin Psychiatry 52: 415–417.
6. Kind J (1983) Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 32: 53–37.
7. Neudecker A (1998) Trichotillomanie. In: Lenz G, Demal U, Bach M (eds) Spektrum der Zwangsstörungen. Springer, Wien, 147–152.
8. Neudecker A, Rufer M (2004) Ambulante Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie: Überblick, Störungsmodell und Fallbeispiel. Verhaltenstherapie 14: 90–98.
9. Neudecker A, Rufer M, Hand I, Zaninelli R (2001) Paroxetin versus multimodale Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie: Ergebnisse einer Pilotstudie. Nervenheilkunde 20: 148–149.
10. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight RN, Eccard MB (2000) A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. J Clin Psychiatry 61: 47–50.
11. O`Sullivan RL, Keuthen NJ, Rodriguez D, Goodchild P, Christenson GA, Rauch SL, Jenike MA, Baer L (1998) Venlafaxine treatment of trichotillomania: An open series of ten cases. CNS Spectrums 3: 56–63.
12. Stein DJ, O'Sullivan RL, van Heerden B, Seedat S, Niehaus DJ (1998) The neurobiology of trichotillomania. CNS Spectrums 3: 47–51.
13. Stewart RS, Nejtek VA (2003) An open-label flexible-dose study of olanzapine in the treatment of trichotillomania. J Clin Psychiatry 64: 49–52.
14. Süllwold J, Herrlich J, Volk S (1994) Zwangskrankheiten. Psychobiologie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie. Kohlhammer, Stuttgart.
15. Swedo SE, Leonard HL (1992) Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? Psychiatr Clin North Am 15: 777–790.
16. van Minnen A, Hoogduin KAL, Keijsers GPJ, Hellenbrand I, Hendriks GJ (2003) Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine. Arch Gen Psychiatry 60: 517–522.