

TRICHOTILLOMANIE UND IHRE BEHANDLUNG BEI ERWACHSENEN

Eine Anleitung für Therapeuten

Ein Projekt des Scientific Advisory Board (Wissenschaftlicher Beirat)
des Trichotillomania Learning Center, Inc. (TLC)

Autoren:

Charles Mansueto, Ph.D.
TLC Scientific Advisory Board Chair
Director, Behavior Therapy Center of Greater Washington, D.C.
Silver Spring, MD
USA

Philip T. Ninan, M.D.
TLC Scientific Advisory Board Vice-Chair
Associate Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences
Director, Mood and Anxiety Disorders Program
Emory University School of Medicine
Atlanta, GA
USA

Barbara O. Rothbaum, Ph.D.
TLC Scientific Advisory Board Member
Associate Professor in Psychiatry
Director, Trauma and Anxiety Recovery Program
Emory University School of Medicine
Atlanta GA
USA

Uebersaetzung von Antje Bohne

Was ist Trichotillomanie?

Trichotillomanie ist eine Störung, die durch das Ausreißen der eigenen Haare (zu nicht-kosmetischen Zwecken) charakterisiert ist, was zu einem deutlichen Haarverlust führt. Der Name leitet sich von den griechischen Ausdrücken für Haar (trich), ziehen (tillo) und krankhafter Impuls (Manie) ab. Trichotillomanie ist häufiger bei Frauen zu beobachten und ist üblicherweise mit erheblichem Leiden verbunden.

Gegenwärtige Schätzungen gehen davon aus, daß ungefähr 1,5 Prozent der Männer und 3,5 Prozent der Frauen in den USA zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben, ihre eigenen Haare zu nicht-kosmetischen Zwecken ausreißen. Am häufigsten werden Haupthaare, Wimpern, Augenbrauen, Bart- und/oder Schamhaare ausgerissen, aber auch Haare an allen anderen Körperteilen können

betroffen sein. Es kann vorkommen, daß zunächst nur Haare einer einzelnen Körperregion ausgerissen werden, wie zum Beispiel die Wimpern, und später Haare einer anderen Region, wie etwa die Kopfhaare, hinzukommen. Manchmal, besonders im Fall von Kindern, werden auch Haare von anderen Personen oder von Haustieren ausgerissen. Personen, die unter Trichotillomanie leiden, spielen häufig mit den ausgerissenen Haaren und/ oder essen sie. Personen mit Trichotillomanie zeigen auch oft zusätzliche selbstschädigende körperbezogene Verhaltensweisen, wie etwa wiederholtes Kratzen und Scheuern an der Haut oder Nägelkauen.

Das Haarausreißen kann vorübergehend, episodisch oder kontinuierlich und mit wechselnder Intensität auftreten. Wochen und Monate können vergehen, in denen eine Person nahezu oder vollkommen symptomfrei ist, um dann plötzlich und unerklärbar wieder mit dem Haarausreißen zu beginnen. Wie bei jeder Störung gibt es verschiedene Schweregrade. Bei einigen ist der Haarverlust minimal, bei anderen entsteht ein enormer kosmetischer Schaden, der bis zur totalen Kahlköpfigkeit reichen kann.

Die Mehrzahl der Betroffenen beginnt mit dem Haarausreißen während der Kindheit oder im Jugendalter, allerdings kann das Problem auch in jedem anderen Alter erstmals auftreten. Es scheint eine Untergruppe von Personen zu geben, die ihre Haare bereits als Kleinkinder oder im Vorschulalter ausreißen. Man vermutet, daß es sich beim Haarausreißen von sehr jungen Kindern eventuell um einen milderen und zeitlich begrenzten Zustand handelt, der nicht über das höhere Kindesalter hinaus andauert.

Wie wirkt sich Trichotillomanie auf das Leben aus?

Personen mit Trichotillomanie schämen sich oft wegen ihres Verhaltens und dessen sichtbaren Konsequenzen. Es kann sein, daß sie ihr Problem sogar vor ihren engsten Freunden und Familienangehörigen verheimlichen, oder aber das Verhalten gänzlich leugnen. Sie versuchen oft, durch sorgfältig ausgearbeitete Frisuren und Make-up die kahlen Stellen zu verdecken, oder tragen Perücken. Scham und Verlegenheit können sich negativ auf die Selbstachtung, das soziale Leben und die berufliche Karriere auswirken, und sogar dazu führen, daß die Betroffenen angemessene medizinische Versorgung nicht in Anspruch nehmen. Viele Personen mit Trichotillomanie berichten über einen erheblichen Zeitaufwand für das Haarausreißen und die Bemühungen, die kosmetischen Schäden zu verstecken. Das wiederholte Haarausreißen kann auch zu Verletzungen des Bewegungsapparates führen.

Für Viele ist der schamvollste Aspekt der Trichotillomanie das Beißen oder auch Essen der Haare, oder aber Teile des Haares, wie z.B. der Haarwurzel. Ärzte, die Patienten mit Trichotillomanie behandeln, sollten wissen, daß das Herunterschlucken von bedeutenden Haarmengen zur Bildung eines Trichobezoars (Klumpenbildung von im Magen oder in den Eingeweiden hängengebliebenem Haar) führen kann, einem relativ seltenen, aber potentiell gefährlichen medizinischen Zustand.

Was verursacht Trichotillomanie?

Die Ursache für Trichotillomanie ist nicht bekannt. Da das Haar in den meisten Kulturen eine ausgeprägte symbolische Bedeutung besitzt, und bei Frauen mit Schönheit und bei Männern mit

Macht assoziiert wird, ist es aber nicht überraschend, daß diverse psychologische Interpretationen des Haarausreißens diskutiert worden sind. Manche Theorien heben Lern- und Konditionierungsprozesse als kritische Mechanismen in der Entstehung und Entwicklung von Trichotillomanie hervor. Andere Erklärungen gehen davon aus, daß biologische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Bislang ist die Gültigkeit dieser Erklärungen noch nicht durch systematische wissenschaftliche Methoden überprüft worden. Es ist aber wahrscheinlich, daß mehr als nur ein einzelner Mechanismus für das Auftreten der Störung verantwortlich ist.

Trichotillomanie wird gegenwärtig als eine Störung der Impulskontrolle klassifiziert, in der der Drang, sich die Haare auszureißen, mit einer zunehmenden inneren Anspannung verbunden ist. Der Akt des Haarausreißens, so nimmt man an, reduziert die Spannung. Trichotillomanie ist auch schon für eine Angewohnheit, wie das Nägelkauen, gehalten worden, die sowohl eine beruhigende Funktion als auch potentiell belastende Konsequenzen haben kann. Es wurde auch angenommen, daß Trichotillomanie möglicherweise mit neurologischen Zuständen assoziiert ist, die durch motorische Ticks gekennzeichnet sind (wie das Tourette Syndrom), da das Haarausreißens - vergleichbar mit Ticks - als eine unkontrollierbare Reaktion auf eine Empfindung bzw. einen unwiderstehlichen Impuls angesehen werden kann. Wegen der wiederholten und scheinbar unwiderstehlichen Natur des Haarausreißens ist Trichotillomanie auch als eine Form der Zwangsstörung betrachtet worden, obwohl bedeutende Unterschiede zwischen Trichotillomanie und Zwangsstörungen festgestellt worden sind.

Viele Personen, die sich die Haare ausreißen, leiden zusätzlich noch unter anderen Störungen, wobei Ängste und Depressionen zu den üblichsten gehören. Die professionelle Betreuung von Personen mit Trichotillomanie sollte deshalb eine diagnostische Begutachtung einschließen, die die breiteren Auswirkungen der Störung auf den Betroffenen berücksichtigt.

Was veranlaßt Personen mit Trichotillomanie dazu, sich die Haare auszureißen?

Es gibt zahlreiche spezifische Erfahrungen, die im individuellen Fall zu Episoden des Haarausreißens führen können. Belastende Emotionen wie Besorgtheit, Spannung, Zorn und Traurigkeit können die Neigung zum Haarausreißens vergrößern. Typischerweise findet das Haarausreißens während ruhender und nachdenklicher Tätigkeiten statt, wenn die Hände frei sind und der Geist mit anderen Dingen beschäftigt ist. Das Haar wird oft geistesabwesend ausgerissen während man in eine andere Tätigkeit eingebunden ist, wie z.B. beim Lesen, Telefonieren, Autofahren oder Fernsehen. Das Risiko des Haarausreißens kann auch zu bestimmten Tageszeiten größer sein. Viele reißen sich v.a. am Abend und spät nachts die Haare aus, wenn sie allein oder müde sind, oder versuchen einzuschlafen.

Viele Personen, die sich die Haare ausreißen, bezeichnen ihr Verhalten als eine Gewohnheit, wie Nägelkauen oder Knöchelknacken. Bei manchen ist das Verhalten mit intensiveren Gefühlen verbunden. Diese Personen beschreiben einen zunehmenden Drang oder den Aufbau eines Spannungsgefühls, die durch das Haarausreißens abgebaut werden. Die Spannung oder der Drang bauen sich immer wieder auf, was zum wiederkehrenden Ausreißen der Haare führt.

Während viele Personen ihre Haare ausreißen, ohne sich ihres Tuns völlig bewußt zu sein, schenken andere ihrem Verhalten ein großes Maß an Aufmerksamkeit. Es kann dabei z.B.

Bemühungen geben, eine Symmetrie im Haarwachstum herzustellen, die Haarlinie zu verändern oder zu glätten, oder eine kahle Stelle abzurunden. Auch die Beschaffenheit der Haare, die ausgerissen werden, kann entscheidend sein. Viele Personen reißen nur nachgewachsene Haarstoppeln aus, oder nur die längeren Haare, oder Haare von einer gewissen Struktur oder Farbe, wie z.B. krause oder graue Haare. Einige Betroffene entwickeln ein besonderes Interesse an dem ausgerissenen Haar, oder an seiner Wurzel, und spielen eventuell damit, beißen die Haarwurzel ab, essen die Wurzel oder auch das ganze Haar.

Spielt Streß bei Trichotillomanie eine Rolle?

Obwohl einige Betroffene berichten, daß Streßerlebnisse dem erstmaligen Auftreten des Haarausreißens vorausgegangen sind, wäre es zu einfach daraus zu schließen, daß das Haarausreißen zwangsläufig eine Reaktion auf Streß ist. Streß kann eine Reihe von Verhaltensänderungen hervorrufen, wie z.B. übermäßiges Essen, Nägelkauen, Schlafen oder Zigarettenrauchen. Zudem ist es nicht ungewöhnlich, daß Personen mit Trichotillomanie feststellen, daß das Haarausreißen infolge von Streßerlebnissen, wie z.B. bei Abschlußprüfungen, Abgabeterminen und Einkommenssteuererklärungen, zunimmt. Deshalb ist es zu empfehlen, mit Streßsituationen so optimal wie möglich umgehen zu lernen, auch wenn dies an sich das Haarausreißen wahrscheinlich nicht beendet.

Haben Personen, die sich ihre Haare ausreißen, nicht selbst Schuld?

Auch wenn Trichotillomanie selbstschädigende Verhaltensmuster umfaßt, versuchen Personen mit Trichotillomanie typischerweise, sich auf vielfältige Weise selbst zu helfen. Die Mehrzahl macht eigenständige Versuche, mit dem Haarausreißen aufzuhören, mit unterschiedlichem Erfolg. Die meisten Personen fangen allerdings trotz enormer Anstrengungen wieder mit dem Haarausreißen an, selbst wenn sie bereits für einen gewissen Zeitraum symptomfrei waren.

Den Betroffenen persönlich die Schuld für das Haarausreißen zu geben, ist ungefähr so, als wenn man einer Person mit Asthma ihre Atemschwierigkeiten vorwirft. Kritik, Zorn und Anklagen vermindern Haarausreißen wahrscheinlich nicht, stattdessen können sie Scham, Depression, Angst und eine niedrige Selbstachtung, die oft mit Trichotillomanie einhergehen, verstärken. Es ist angemessener, die Betroffenen darin zu unterstützen, sich ihr Problem einzugestehen und nach einer Behandlung zu suchen, die ihnen hilft, Kontrolle über das Haarausreißen zu gewinnen. Weil Personen, die ihre Haare ausreißen, ihr Verhalten oft vor anderen verheimlichen und Angst haben, daß ihr Problem entdeckt werden könnte, kann es sein, daß sie zahlreiche soziale Situationen vermeiden, u.a. auch Arzttermine. Deshalb sollten insbesondere professionelle Helfer im Kontakt mit Trichotillomaniepatienten für diese Probleme sensibel sein.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für Trichotillomanie?

Weil Trichotillomanie noch nicht völlig erforscht ist, ist auch die Suche nach zuverlässigen und wirksamen Behandlungsmethoden noch nicht abgeschlossen. Nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse, sollte die Behandlung von Trichotillomanie mit einer Aufklärung über die Störung und der Erwägung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (Beschreibungen siehe unten) beginnen. Auch alle zusätzlichen Störungen, die Trichotillomanie oft begleiten, wie Ängste und Depressionen, sollten in der Behandlung angesprochen werden. Auf spezielle Überlegungen und

Methoden zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Trichotillomanie wird in einer gesonderten Veröffentlichung des TLC ausführlich eingegangen.

Gegenwärtig sind zwei Behandlungsformen bekannt, die das Haarausreißen wirksam reduzieren können: eine Form der Psychotherapie - die (kognitive) Verhaltenstherapie - und die Pharmakotherapie. Viele Experten glauben, daß eine Kombination aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung am ehesten optimale kurz- und langfristige Behandlungserfolge ermöglicht. Welche der beiden Methoden angewendet wird, oder ob beide in Kombination genutzt werden, ob sie gleichzeitig oder nacheinander begonnen werden sollten, hängt von einer Reihe von Überlegungen ab. Diese umfassen die Verfügbarkeit von Therapeuten mit Erfahrungen in der Anwendung der genannten Behandlungsmethoden, individuelle Patientenmerkmale und die Behandlungspräferenz des Betroffenen.

Andere Formen der Behandlung sind noch nicht ausreichend systematisch wissenschaftlich untersucht worden, um eine zuverlässige Einschätzung ihres Erfolgsgrades zu erlauben. Es gibt Berichte, daß alternative Behandlungsformen, wie Hypnose und die Biofeedback-Methode, erfolgreich in der Behandlung des Haarausreißens eingesetzt worden sind, diese müssen allerdings noch strengeren wissenschaftlichen Untersuchungen unterworfen werden. Die Ernährung spielt nach Meinung einiger Betroffener eine Rolle beim Auftreten des Haarausreißens, so daß Veränderungen in der Ernährung potentiell zur Kontrolle oder Überwindung der Störung beitragen könnten. Leider muß diese Überzeugung noch systematisch wissenschaftlich überprüft werden. Eine gesunde und ausgeglichene Ernährung ist aber auf jeden Fall von generellem Nutzen für das Individuum.

Was ist Verhaltenstherapie?

Verhaltenstherapie ist eine Behandlungsform, die sich mit spezifischen Verhaltensweisen, Gefühlen und Denkweisen auseinandersetzt und sie zu verändern sucht. Diese Therapieform wird üblicherweise innerhalb eines festgelegten Zeitraums durchgeführt, während dessen den Patienten verschiedene Techniken zur Kontrolle ihrer Probleme vermittelt werden. In der Verhaltenstherapie liegt die Betonung eher auf der direkten Veränderung der Probleme als auf der Suche nach Erklärungen, warum die Probleme ursprünglich entstanden sind.

Eine verbreitete verhaltenstherapeutische Methode für Trichotillomanie wird "Habit Reversal" (Umkehrung von Gewohnheiten) genannt. Diese Methode zielt darauf ab, das Bewußtsein des Betroffenen für das Auftreten des Haarausreißens zu vergrößern, und das Verhalten mittels einer "konkurrierenden Verhaltensweise" (competing response) zu unterbrechen. Eine Technik, das Bewußtsein für das Haarausreißen zu vergrößern, ist beispielsweise die Identifizierung von Auslösereizen und -situationen des Haarausreißens. Zudem werden die Patienten üblicherweise dazu angehalten, sich selbst zu überwachen, jedes Auftreten des Haarausreißens zu registrieren und Informationen, die für die Behandlung nützlich sein könnten, wie das Datum, die Uhrzeit und der Ort, an dem das Haarausreißen stattgefunden hat, die begleitenden Gedanken und Gefühle, die Anzahl der ausgerissenen Haare etc., zu notieren.

Entscheidendes Element der Habit Reversal Methode ist die konkurrierende Verhaltensweise, die helfen soll, den Drang, sich die Haare auszureißen, zu kontrollieren. Die konkurrierende

Verhaltensweise ist eine Verhaltensweise, die unvereinbar mit der Bewegung des Haarausreißen ist, wie beispielsweise beide Hände zu Fäusten zu ballen. Der Betroffene wird instruiert, die konkurrierende Verhaltensweise in typischen Auslösesituationen, beim Aufkommen des Dranges zum Haarausreißen oder aber nachdem tatsächlich Haare ausgerissen worden sind, anzuwenden, und die konkurrierende Verhaltensweise für eine gewisse Zeit aufrechtzuerhalten. Weitere Elemente des Habit Reversal betreffen die Vorbereitung des Betroffenen auf die Behandlung, die Aufrechterhaltung der Motivation während des Therapieverlaufs und manchmal auch Entspannungsmethoden.

Andere verhaltenstherapeutische Strategien nutzen Verfahren der "Reizkontrolle" (stimulus control). Oft tritt das Haarausreißen in ganz bestimmten, klar umschriebenen Situationen auf, aber nicht in anderen. Zum Beispiel reißen viele Betroffene ihre Haare nur dann aus, wenn sie allein sind. Typische Aktivitäten, während derer es häufig zum Haarausreißen kommt, sind Fernsehen, Telefonieren, Lesen und Autofahren. Verfahren der Reizkontrolle werden in Situationen angewendet, während derer das Haarausreißen häufig auftritt, und sind darauf ausgerichtet, daß sie das Haarausreißen beeinträchtigen. Typische Verfahren der Reizkontrolle umfassen das Tragen von Kleidungsstücken, die das Haarausreißen behindern (wie Hüte, Tücher, Handschuhe und Fingerhüte aus Gummi), die Hände mit anderen Dingen beschäftigt zu halten, und die Haare nicht mit den Händen zu berühren, es sei denn zur täglichen Pflege.

Weil das Haarausreißen oft im Zusammenhang mit Streß auftritt, zunimmt oder wiederkehrt, können sich verhaltenstherapeutische Verfahren auch darauf konzentrieren, wirksame Streßverarbeitungsstrategien zu vermitteln. Streßmanagementverfahren umfassen Atmungskontrolle, tiefe Muskelentspannung und kognitive Techniken, die im Umgang mit Belastungen helfen.

Einige Verhaltenstherapeuten wenden diese und andere Verfahren in einer umfassenden Therapie an, die ganz speziell an den individuellen Bedarf des Betroffenen angepaßt ist, der am Anfang der Behandlung ermittelt wird. Auch wenn nicht alle Verhaltenstherapeuten dieselben Strategien anwenden, so stellen doch einige, wenn nicht gar alle der oben erwähnten Strategien den Kern einer Verhaltenstherapie dar.

Wenn erst einmal Kontrolle über das Haarausreißen gewonnen worden ist, sollte die Möglichkeit eines "Rückfalls" thematisiert werden. In der Rückfall-Prävention lernt der Betroffene, mit einem Wiederauftreten des Haarausreißen umzugehen, in dem der kosmetische Schaden begrenzt wird und die in der Therapie vermittelten Strategien wiedererinnert und angewandt werden.

Welche Medikamente sind bei Trichotillomanie wirksam?

Personen, die sich die Haare ausreißen, sollten medizinisch untersucht werden, um andere potentielle medizinische Ursachen einschließlich Hautkrankheiten auszuschließen.

Auch wenn die Forschung noch begrenzt ist, einige Medikamente sind bereits in kontrollierten Studien untersucht und für die Behandlung von Trichotillomanie für geeignet befunden worden. Das erste Medikament, dessen Wirksamkeit festgestellt werden konnte, war Clomipramin (Handelsname *Anafranil*), das die Fähigkeit hat, die Wiederaufnahme von Serotonin und

Norepinephrin (Noradrenalin) zu blockieren, zwei zentrale Botenstoffe (Neurotransmitter) im Gehirn. Allerdings schränken Probleme mit Nebenwirkungen die klinische Verwendung von Clomipramin ein. Venlafaxine (*Trevilor*) hat ähnliche chemische Eigenschaften wie Clomipramin, ist nachweislich bei Trichotillomanie wirksam und wird im allgemeinen gut vertragen. Einige Studien haben antidepressive Medikamente untersucht, die die Wiederaufnahme von Serotonin allein blockieren (SSRI), mit gemischten Ergebnissen. Diese Ergebnisse legen nahe, daß auch SSRIs - u.a. Fluoxetine (*Fluctin*), Fluvoxamine (*Fevarin*), Sertraline (*Zoloft*) - als potentiell nützliche Medikamente angesehen werden sollten.

Obwohl Betroffene häufig eine Reduzierung im Haarausreißen infolge der Einnahme der oben genannten Medikamente beobachten, ist die Verbesserung oft mäßig und selten vollständig. Einige Betroffene erleben eine anfängliche Verbesserung, müssen aber feststellen, daß sich die Wirkung mit der Zeit verliert. Allerdings berichten einige Betroffene, die keine große Verbesserung im Haarausreißen erleben, von positiven Auswirkungen in anderen Bereichen, wie z.B. eine Angstreduktion oder Stimmungsaufhellung.

Eine Vielfalt anderer Medikamente wird als potentiell hilfreich in der Behandlung von Trichotillomanie angesehen. Da aber wissenschaftliche Nachweise, die die Verwendung dieser Medikamente unterstützen, noch ausstehen, ist es noch zu früh, allgemeine Empfehlungen für ihre Verwendung auszusprechen. Unter den gegenwärtig interessierenden Medikamenten sind Dopamin-blockierende Neuroleptika. Ihre Verwendung basiert auf einer möglichen Beziehung zwischen Trichotillomanie und Tick-Störungen wie das Tourette Syndrom. Ähnlichkeiten sind festgestellt worden zwischen den Empfindungen, die bei einigen Betroffenen den scheinbar unwiderstehlichen Drang zum Haarausreißen hervorrufen, und dem Impuls, der oft einem motorischen Tick vorausgeht. Wenn Neuroleptika verwendet werden, dann sollten sie in sehr geringen Dosen eingenommen werden, um potentielle Nebenwirkungen minimal zu halten. Diese umfassen extrapyramidale Nebenwirkungen (Parkinson-Tremor, Rigidität und Bradykinesie), Akathisie, Dysphorie, emotionale Stumpfheit, Sedierung, Tardive-Dyskinesie usw. Die Verwendung von 'atypischen' Neuroleptika kann diese potentiellen Nebenwirkungen reduzieren. Daher könnten Risperidone (*Risperidal*) oder Olanzapine (*Zyprexa*) in niedrigen Dosen angemessene Alternativen für einige Betroffene sein.

Eine sinnvolle pharmakologische Strategie ist es, ein bestimmtes Medikament systematisch unter Überwachung der Intensität der Symptome einzusetzen. Bewertungsskalen können genutzt werden, um das Ausmaß des Haarausreißens sowie ein globales Maß der Verbesserung abzuschätzen (Details finden sich im Anhang des unten erwähnten Buches 'Trichotillomanie'). Die Dosis sollte schrittweise angehoben werden bis entweder ein vollständiger Nutzen, die empfohlene Höchstdosis oder aber die am besten vertragene Dosis erreicht ist. Für eine abschließende Bewertung darüber, ob die derzeitig verabreichte Dosis den optimalen Nutzen liefert, sollte ein angemessener Beobachtungszeitraum (6-12 Wochen oder länger) eingeplant werden. Falls der Nutzen vernachlässigbar gering ist, sollte das Medikament abgesetzt werden. In diesem Fall kann in einem nächsten der Nutzen eines Medikamentes einer anderen Klasse geprüft werden.

Wenn die Einnahme eines Medikamentes nur einen Teilerfolg liefert, sollten zusätzliche Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Diese umfassen die Einnahme von Medikamenten anderer Klassen oder die Verhaltenstherapie, wenn diese bislang noch nicht eingesetzt worden ist.

Wenn alle pharmakologischen Versuche ohne Erfolg bleiben, sollten sie eingestellt werden, es sei denn, daß sie einen positiven Effekt auf Begleitstörungen wie Depression oder Angst haben.

Es gibt Hinweise darauf, daß die besten Ergebnisse bei Betroffenen erzielt werden, die eine Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie erhalten. Für den Fall, daß weder Pharmako- noch Verhaltenstherapie den gewünschten Erfolg zeigen, sollte der Fokus auf ein Rehabilitationsmodell verlegt werden. Hier liegt das Behandlungsziel auf der Vermittlung von Strategien zur Bewältigung der Auswirkungen der Störung. Diese Strategien sind darauf ausgerichtet, das Selbstbild und die Lebensqualität zu verbessern.

Sind Selbsthilfegruppen für Leute mit Trichotillomanie hilfreich?

Bevor Personen mit Trichotillomanie Behandlung aufsuchen haben sie oft jahrelang versucht, mit der Störung allein fertig zu werden. Viele berichten, daß ihnen die Teilnahme an Therapeuten-geleiteten Gruppen oder Selbsthilfegruppen hilft, das Selbstbild zu verbessern, und manchmal sogar das Haarausreißen reduzieren kann. Auch Eltern, Familienangehörige und Freunde von Betroffenen können infolge der Störung Frustration oder Schuldgefühle aufbauen und von der Kommunikation mit anderen, die ihre Erfahrungen teilen, profitieren.

Das Trichotillomania Learning Center hält Informationen über lokale Selbsthilfegruppen bereit und hilft beim Aufbau neuer Gruppen. Es sind auch diverse Informationsseiten ("bulletin boards"), Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch ("chats") und andere Formen der Unterstützung im Internet vorhanden.

Wie sollte Trichotillomanie bei Kindern und Jugendlichen behandelt werden?

Die Behandlung von Trichotillomanie bei Kindern und Jugendlichen kann eine Reihe wichtiger Bestandteile beinhalten: Aufklärung des Kindes und seiner Familie, die Erfassung und Therapie von problematischen Beziehungen innerhalb der Familie, Reduzierung von belastenden Umgebungsbedingungen, und die Bereitstellung eines zielgerichteten Verhaltensprogramms zur Reduzierung des Haarausreißens des Kindes.

Der Nutzen von Medikamenten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist bislang noch nicht systematisch ausgewertet worden. Therapeuten wählen im Allgemeinen verhaltenstherapeutische Verfahren als Behandlung der ersten Wahl und setzen Medikamente erst dann ein, wenn diese ohne Erfolg bleiben.

Umfassende Überlegungen zur Behandlung von Trichotillomanie bei Kindern und Jugendlichen sind in einer speziellen Veröffentlichung, "Trichotillomanie und ihre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Anleitung für Therapeuten" nachzulesen, die über das Trichotillomania Learning Center bezogen werden kann.

Was bietet das Trichotillomania Learning Center sonst noch an?

Das Trichotillomania Learning Center (TLC) hilft seinen Mitgliedern, mehr über Trichotillomanie zu erfahren, geeignete Behandlungsmöglichkeiten zu finden, und die aktuellsten Entwicklungen in

der Forschung und im Therapiebereich zu verfolgen. Der Wissenschaftliche Beirat des TLC arbeitet daran, das Verständnis von Trichotillomanie und seine Behandlung weiter voranzutreiben.

Das TLC hält für seine Mitglieder Kontaktinformationen über lokale Behandlungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und andere Dienste, wie z.B. Frisöre, die mit Trichotillomanie vertraut sind, bereit. Die Organisation veröffentlicht ein vierteljährliches Rundschreiben "In Touch", unterhält eine Webseite "www.trich.org" und verteilt Videos, Bücher, Broschüren, und ausgewählte Literaturverzeichnisse zu Veröffentlichungen über Trichotillomanie und andere körperbezogene Verhaltensweisen.

Das TLC fördert jährlich eine nationale Konferenz über Trichotillomanie und ein viertägiges Zusammentreffen für Betroffene jeden Alters. Medien wenden sich häufig an das TLC, um Reportagen und Interviews mit Therapeuten und Personen mit Trichotillomanie zu produzieren. Anfragen zur Unterstützung bei der Suche nach Freiwilligen zur Teilnahme an Forschungsstudien werden vom Wissenschaftlichen Beirat des TLC geprüft.

Empfohlene Literatur:

Trichotillomanie. Drs. Stein, Christenson und Hollander (Hrsg.).
Publisher, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.

Personen, die darüber hinaus über Trichotillomanie lesen wollen, können sich mit dem Trichotillomania Learning Center in Verbindung setzen. Ausgewählte Literaturlisten sind sowohl für Experten als auch für Betroffene erhältlich.

Trichotillomania Learning Center, Inc. (TLC)
303 Potrero #51
Santa Cruz, CA 95060
USA
Telefon: 001- 831-457-1004
Internet-Seite: www.trich.org

Copyright 2002 Trichotillomania Learning Center, Inc.