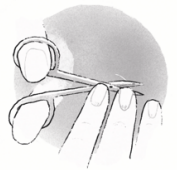
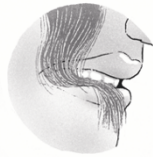


Ina Jahn, Linda Hollatz, Sonja von Rimscha, Hildegard Goletz,
Christian Stierle, Stella Schmotz, Carola Hennig, Antonia Peters

Behandlungsempfehlung für Körperbezogene Repetitive Verhaltensstörungen – Body-Focused Repetitive Behavior Disorders (BFRBDs)

**Grundlegende Informationen für Betroffene,
Angehörige und Behandelnde**





Ina Jahn ist Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie. Sie ist Psychologische Leiterin der Spezialambulanz für Zwangserkrankungen am Helios Park-Klinikum in Leipzig. Seit vielen Jahren behandelt sie Menschen mit Zwangserkrankungen und verwandten Störungen sowie deren Angehörige.



Linda Hollatz, Dipl.-Psych., Heilpraktikerin für Psychotherapie, forscht als ehemalige Betroffene, Angehörige, Psychologin und Haarexpertin zu körperbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen. In ihrer Dissertation untersuchte sie haarbezogene Störungen und Haarpflege mit Fokus auf Erfahrungen und Interventionsmöglichkeiten.



Sonja von Rimscha, Dr. med., ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und als ärztliche Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in eigener Praxis in Mainz tätig. Sie verfügt über umfassende Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von Zwangsstörungen und verwandten Zwangsspektrumsstörungen.



Hildegard Goletz, Dr. rer. medic., ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 1999 an der Uniklinik Köln tätig. Sie leitete bis 2020 die Spezialambulanz für Angst-, Zwangs- und Ticstörungen am AKIP und führt seitdem die Ambulanz für interne Störungen. Ihr Fokus liegt auf Diagnostik und Therapie von Angst- und Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.



Christian Stierle ist Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie. Er lehrt als Professor für Klinische Psychologie an der Hochschule Fresenius in Hamburg. Zuvor war er an der Schön Klinik Bad Bramstedt als leitender Psychologe u.a. für den Bereich Zwangsstörungen zuständig. Er ist stellvertretender Vorsitzender im Arbeitskreis Psychosomatische Dermatologie.



Stella Schmotz, M.Sc. Psychologin, promoviert zu körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen und ist in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Sie forscht im Bereich Neuropsychologie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.



Carola Hennig, Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.-Päd., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, ist seit 2009 in eigener Praxis in Buchholz niedergelassen. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt auf der Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie, u.a. mit Fokus auf der Behandlung körperbezogener, repetitiver Verhaltensstörungen.



Antonia Peters, ehemalige Betroffene, ist seit 2004 Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. Sie leitet die Infostelle Trichotillomanie, bietet kostenlose Telefonberatungen an und veröffentlichte den Ratgeber »Trichotillomanie«. In Hamburg begleitet sie eine Präsenzgruppe und moderiert Onlinegruppen zu Zwangsstörungen und BFRBDs. 2021 gründete sie den Arbeitskreis für körperbezogene Zwänge. Kontakt: TrichoHH@t-online.de

Ina Jahn, Linda Hollatz, Sonja von Rimscha, Hildegard Goletz, Christian Stierle, Stella Schmotz, Carola Hennig, Antonia Peters

Behandlungsempfehlung für Körperbezogene Repetitive Verhaltensstörungen –
Body-Focused Repetitive Behavior Disorders (BFRBDs)

Grundlegende Informationen für Betroffene, Angehörige und Behandelnde

1. Auflage 2025

ISBN Print: 978-3-96605-339-6

ISBN PDF: 978-3-96605-341-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist 2025 auf www.forschen-und-teilen.de unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) erschienen.

DOI: 10.1486/9783966053419

Psychiatrie Verlag GmbH

Ursulaplatz 1

50668 Köln

info@psychiatrie-verlag.de

Druck: CPI Druckdienstleistungen

Vorwort	6
Einführung	7
Die verschiedenen Arten der BFRBDs	8
Diagnose	10
Diagnosekriterien	11
Etablierte Fragebögen zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei BFRBDs	13
Prävalenz	13
Differenzialdiagnostik	15
»Klassische« Zwangsstörungen	15
Körperdysmorphie Störung (KDS)	15
Selbstverletzendes Verhalten	16
Komorbiditäten	17
Fallbeispiel	18
Behandlungsansätze	20
Beobachten und Protokollieren	20
Selbsthilfetechniken	21
Achtsamkeitsbasierte und mitgefühlsbasierte Strategien	26
Medikamentöse Behandlung	29
Kinder, Jugendliche und ihr pädagogisches Umfeld	31
Frühkindliches Haareziehen	31
Kinder und Jugendliche	31
Fallbeispiel	31
Interventionen für Kinder	33
Wege in die Therapie	38
Anerkannte Therapien	38
Die therapeutische Beziehung	38
Fragen zur Motivation	38
Ambulant, teilstationär oder stationär?	38
Wie finde ich einen Therapieplatz?	39
Fragen an Therapeut:innen	39
So beginnt eine Psychotherapie im Idealfall	40
Wann ist es sinnvoll, weitere Fachärzt:innen aufzusuchen?	40
Praktische Hinweise zur Haar-, Haut- und Nagelpflege	44
Haarpflege von außen	44
Zusätzliche Pflegeprodukte wie Spülungen, Ölbehandlung, Kuren	45
Haarteile	45
Hautpflege von außen	46
Nagelpflege von außen	46
Professionelle Haar-, Haut-, Nagelpflege	46
Haar-, Haut-, Nagelpflege von innen	47

Was können Betroffene tun?	48
Maßnahmen zur generellen Verbesserung der Lebensumstände und Lebensqualität	48
Strategien gegen BFRBDs	50
Informationsquellen, Netzwerke und Selbsthilfegruppen	52
Gruppen in sozialen Medien	53
 Was können Angehörige tun?	 55
Empfehlungen für ein erstes Ansprechen	55
Empfehlungen für Eltern von Kindern mit BFRBDs	56
Wann und warum brauchen Angehörige professionelle Hilfe?	57
Sollten Angehörige sich selbst Hilfe suchen?	57
 Anhang	 59
Auswahl an Videos/ Podcast zu BFRBDs	59
Glossar der BFRBDs	60
Fidget Toys auf einen Blick – Bunte Bildgalerie	62
Literatur	63

Vorwort

Mit den nun vorliegenden Behandlungsempfehlungen geht für mich ein lang gehegter Wunsch in Erfüllung. Als ich im Jahr 1970 begann, an meinen Haaren zu ziehen, galt dies lediglich als schlechte Angewohnheit, die ich doch einfach lassen sollte. Fast drei Jahrzehnte später erfuhr ich, dass dieses Verhalten einen Namen trägt: Trichotillomanie. Mithilfe einer ambulanten Verhaltenstherapie gelang es mir, diese Störung zu überwinden.

Seitdem engagiere ich mich für Trichotillomanie-Betroffene und deren Angehörige. Inzwischen sind weitere körperbezogene wiederkehrende Verhaltensstörungen, wie u.a. Haut kratzen (Dermatillomanie), Nägel kauen (Onychophagie), Lippen- und Wangenbeißen (Morsicatio) hinzugekommen. In den Jahren habe ich immer wieder im Austausch mit Betroffenen und ihren Angehörigen erfahren, dass es nicht nur schwer ist, einen geeigneten Therapieplatz zu finden, sondern dass sich viele Therapeuten mit diesen Verhaltensstörungen kaum auskennen und deswegen keine Therapie anbieten können.

Durch meine ehrenamtliche Tätigkeit als Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. durfte ich zahlreiche engagierte Fachkräfte kennenlernen. Ihr Wissen und ihre Erfahrung waren maßgeblich daran beteiligt, diese Behandlungsempfehlungen zu erarbeiten. Mein besonderer Dank gilt dem Arbeitskreis körperbezogene Zwänge, aus dem sich die Fokusgruppe gebildet hat:

Dipl.-Psych. Dr. Hildegard Goletz, Köln,
Dipl.-Päd. Carola Hennig, Buchholz,
Dipl.-Psych. Linda Hollatz, Hamburg,
Dipl.-Psych. Ina Jahn, Leipzig,
M. Sc. Stella Schmotz, Hamburg/München,
Prof. Dr. Christian Stierle, Hamburg,
Dr. med. Sonja von Rimscha, Mainz.

Wir hoffen, dass die Behandlungsempfehlungen zu einem besseren Verständnis beitragen und Therapeut:innen ermutigen werden, Patient:innen dabei zu helfen, einen Weg aus ihren Verhaltensstörungen zu finden!

Antonia Peters, Vorstandsvorsitzende Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

Hamburg im Juni 2025

Einführung

»Isolation und starke Schamgefühle sind nur einige der möglichen Folgen dieser Erkrankung. Umso wichtiger ist es, offen darüber zu sprechen und aufzuklären.«

Tino, Betroffener

Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (Body-Focused Repetitive Behavior Disorders, BFRBDs) treten sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen auf. Zu den BFRBDs zählen unter anderem das Ausreißen der Haare, das Zupfen oder Manipulieren an der Haut sowie weitere Verhaltensweisen wie Wangenkauen, das Beißen an Lippen oder Nagelhaut sowie das Knacken der Gelenke und Knöchel. Die Lebensqualität Betroffener ist häufig deutlich beeinträchtigt. Ohne adäquate Behandlung neigen BFRBDs dazu, chronisch zu verlaufen.

Angst vor Stigmatisierung, Schamgefühle, lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie sowie Unwissenheit bezüglich der Behandlungsrelevanz können dazu führen, dass Betroffene erst spät therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Auch Fachtherapeut:innen erkennen BFRBDs oft erst dann, wenn bereits ausgeprägte psychosoziale und körperliche Folgeprobleme bestehen.

Die vorliegenden Behandlungsempfehlungen sollen einen Überblick über die Symptomatik und Diagnostik der BFRBDs bieten, differenzialdiagnostische Schwierigkeiten beleuchten sowie zentrale Erkenntnisse zu Verlauf, Epidemiologie und Ätiologie liefern. Darüber hinaus werden evidenzbasierte Interventionen vorgestellt und praktische Hinweise zur Behandlung gegeben. Ausführlich dargestellt werden verhaltenstherapeutische Methoden wie das Habit Reversal Training (HRT), das Habit Replacement, die Entkopplung sowie die Entkopplung »in sensu«.

Unabhängig davon, ob man die Empfehlungen therapiebegleitet oder im Selbstmanagement durchführt – es gilt: Alles hat seine Zeit. Therapie braucht Zeit.

Die verschiedenen Arten der BFRBDs

Folgende Körperteile können von körperbezogenen, wiederkehrenden Verhaltensweisen betroffen sein: Augen, Finger, Gelenke, Haare, Haut, Mund, Nägel, Nase und Ohren (Abbildung 1).

Abbildung 1: Körperbezogene repetitive Verhaltensweisen

Repetitive Verhaltensweisen	Kopf-, Barthaar, Augenbrauen, Wimpern, Körperbehaarung • Das Haar über der Kopfhaut abbrechen • Auf den Haaren beißen • Essen der Haare, der Haarwurzel • Abschneiden der Haare, der Haarspitzen mit Fingernägeln oder Schere • Kopfhare reiben, auch um einen Juckreiz zu lindern • Ausziehen der eigenen Haare
	Haut • Von Akne betroffene Hautstellen bearbeiten • Haut pulen oder knibbeln, quetschen, oder kratzen • In die eigene Haut beißen • Abknabbern der Haut um die Nägel herum, Hautfetzen kauen, essen
	Spezifische Bereiche
	Augen, Ohren, Nase • Augen reiben, säubern, um Augensekrete zu entfernen • Ohren säubern, um Ohrensekrete zu entfernen • In der Nase pulen, zwanghaft in der Nase bohren oder Nasensekrete essen
	Mund • Zähne knirschen oder aufeinander pressen, Unterkiefer hin- und herschieben • Beißen auf den Lippen, der Zunge, den Wangen, der Mundschleimhaut • Zähne mit Fingernägeln und Zahnstochern säubern • Lippen oder Zähne mit der Zunge lecken
	Finger, Gelenke • Finger schnippen • Gelenke knacken • Reiben, Kauen an den Fingerknöcheln
	Nägel • Nägel kauen, beißen, essen • Nägel schneiden oder reißen • An den Nägeln pulen, knibbeln, reiben
	<i>... und andere</i>

Für diese Behandlungsempfehlung haben die Autor:innen die in den deutschsprachigen Ländern gängigen Bezeichnungen und ihre Abkürzungen übernommen.

Für hautbezogene repetitive Verhaltensstörungen hat sich die englische Bezeichnung Skin Picking bzw. Skin Picking Disorder (SPD) durchgesetzt. Anstelle von Hair Pulling Disorder (HPS) wird für haarbezogene repetitive Verhaltensstörungen oder das Haareziehen der aus dem Griechischen stammende medizinische Fachausdruck Trichotillomanie (TTM) verwendet.

Die nagelbezogenen repetitiven Verhaltensstörungen fassen wir unter dem Begriff Nägelkauen zusammen. Im Anhang sind die gängigen englischen und medizinischen Bezeichnungen dargestellt.

Diagnose

»Lange wusste ich nicht, dass man diese Erkrankung Trichotillomanie nennt. Ich wusste immer, dass ich etwas Komisches mache, dass ich anders bin als die anderen. Außenstehende fragten oft, warum ich so wenige und dünne Haare oder sogar kahle Stellen habe.«

Marie, Betroffene

Verhaltensweisen wie gelegentlich bei Anspannung auf den eigenen Nägeln kauen, Wundschorf abkratzen, die ersten grauen (Bart-)haare herausziehen, oder Mückenstiche aufreiben, kennen viele. Solche körperbezogenen Verhaltensweisen können ab und zu vorkommen. Einen Krankheitswert erhalten sie jedoch erst, wenn Betroffene sie trotz großer Anstrengung nicht unterlassen können und ein erheblicher Leidensdruck entsteht.

Im ICD-11 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision) werden die BFRBDs als Subkategorie im Bereich »Zwangsstörung und verwandte Störungen« eingeordnet (Abbildung 2). Wesentliche Gemeinsamkeiten bestehen dabei in den wiederkehrenden Gedanken und Verhaltensweisen.

Abbildung 2: Zwangserkrankung und verwandte Störungen nach ICD-11



Diagnosekriterien

Alle BFRBDs teilen folgende Merkmale:

Wiederholung: treten häufig oder über längere Zeiträume auf (von episodenhaft bis chronisch).

Kontrollverlust: Betroffene fühlen sich dem Drang ohnmächtig ausgeliefert.

Körperliche Folgen: Haarausfall, Hautläsionen, Narben, Infektionen etc. verursachen oft zusätzliche Probleme.

Leidensdruck und Funktionseinschränkungen: in sozialen, beruflichen oder psychischen Bereichen.

BFRBDs lassen sich häufig nicht allein anhand sichtbarer Merkmale erkennen oder diagnostizieren. Sie können leicht mit Haut- oder Haarerkrankungen verwechselt werden, unter Haaren verborgen bleiben oder intime Körperregionen betreffen. So können beispielsweise übermäßig gesäuberte Augen, die gerötet und entzündlich wirken, schnell mit einer allergischen Reaktion verwechselt werden. Auch bei Betroffenen mit vollem, langem Haar können Stellen des Haareziehens unauffällig bleiben, da sie entweder gezielt eine Stelle unter dem Haar bearbeiten oder diffus an verschiedenen Stellen ziehen oder schneiden, ohne dass es auffällt.

Die unterschiedlichen Erscheinungsformen von Haarausfall und die Folgen des Haareziehens werden im Folgenden gegenübergestellt:

Diffuser Haarausfall (*Alopecia diffusa*) zieht sich häufig über einen ganzen Haarbereich wie Kopfhaar, Schambehaarung oder Augenbrauen hin. Das Erscheinungsbild ähnelt dem Ergebnis eines flächendeckenden, diffusen Haareziehens und unterscheidet sich deutlich vom wiederholten Ziehen an stets derselben Stelle.

Kreisrunder Haarausfall, medizinisch *Alopecia areata* genannt, äußert sich durch scharf abgegrenzte, glatte Kahlstellen auf der Kopfhaut, an denen keinerlei Haare wachsen und auch keine neuen nachwachsen. Sind jedoch auf einer vermeintlichen Kahlstelle noch kurze Stoppeln oder feine Haare zu erkennen, die direkt aus dem Follikeln herauskommen, handelt es sich nicht um kreisrunden Haarausfall. In diesem Fall liegt vielmehr ein diffuser oder androgenetischer Haarausfall oder eine Trichotillomanie vor.

Bei der *Alopecia totalis*, kommt es zu einem vollständigen Verlust aller Kopfhaare und bei der *Alopecia universalis*, gehen alle Körperhaare verloren. Auch hier lassen sich die Folgen der Trichotillomanie abgrenzen, da sich auf der Haut keinerlei neuer Haarwuchs zeigt.

Follikelentzündung mit Vernarbung, als *Folliculitis decalvans* bezeichnet, zeigt sich durch entzündete Haarfollikel, die schließlich vernarben und permanente Kahlstellen hinterlassen. Im Bereich der Kopfhaut kann dies einer Kombination aus Skin-Picking und Trichotillomanie ähneln und daher verwechselt werden.

Androgenetischer, genetisch bedingter oder hormoneller Haarausfall (*Alopecia androgenetica*) zeigt sich in unterschiedlichen, jedoch charakteristischen Mustern: Vergrößerung der Calvitis frontalis (Geheimratsecken), des kreisförmigen Areal am Hinterkopf, Zurückweichen der Stirnhaare, Dünnerwerden der Haare auf dem Oberkopf. Das kann mit den Auswirkungen der Trichotillomanie verwechselt werden, insbesondere wenn diese an denselben Stellen stattfindet.

Die Frage, ob Betroffene unter Haarausfall leiden oder sie sich die Haare ausziehen, können oder möchten manche Betroffene nicht eindeutig beantworten. Da jeder Mensch täglich einige Haare verliert und beim Haare ausziehen immer auch zusätzlich Haare ausfallen, ohne dass sie gezogen werden, bietet die Erklärung mit »Haarausfall« oder »Haarausfall und Trichotillomanie« den Betroffenen die Möglichkeit, ihr Symptomverhalten weniger dramatisch darzustellen und sich nicht völlig bloßzustellen. Häufig reagieren Mitmenschen auf Haarausfall mit Mitleid, Mitgefühl und Fürsorge, während Trichotillomanie hingegen meist auf Unverständnis, Hilflosigkeit oder gar Verurteilung stößt.

Für eine aussagekräftige Diagnose sollten ein dermatologischer Befund sowie ein Selbstbericht der Betroffenen hinsichtlich ihres Symptomverhaltens und des empfundenen Leidensdrucks vorliegen. Hilfreich sind dabei Selbstbeobachtungsfragebögen, Tagebücher und Protokolle zu BFRBDs, Fotografien sowie die Eckdaten der persönlichen Geschichte.

Im Hinblick auf das Erscheinungsbild von Hauterkrankungen und die visuellen Folgen von Skin Picking lassen sich einige Ähnlichkeiten feststellen. Letztere entstehen zwar durch Bearbeitung, sind jedoch gesellschaftlich akzeptierter und bekannter etwa im Zusammenhang mit Akne, Pickeln, aufgekratzten Insektenstichen und Schuppen auf der Kopfhaut.

BFRBDs im Mundbereich sind erkennbar, wenn der Mundraum betrachtet wird. Die sogenannten unechten Fingerknöchelpolster (*Tylositis pararticularis*), die durch das Kauen und Drücken der Fingerknöchel entstehen, ähneln den echten Fingerknöchelpolstern sehr stark. Abgekaute Nägel sind als Folge des Nägelkauens eindeutig zu erkennen.

Etablierte Fragebögen zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei BFRBDs

Für die klinische Praxis und Forschung steht eine Vielzahl validierter Fragebögen zur Verfügung, die sowohl in der Diagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von BFRBDs eingesetzt werden können.

Etablierte Messinstrumente, die eine strukturierte Erfassung der Symptomatik ermöglichen, sind in Abbildung 3 aufgeführt.

Abbildung 3: Fragebögen zur Erfassung von BFRBDs

Trichotillomanie Beliefs in Trichotillomania Scale (BiTS), Hair-Pulling Questionnaire (HPQ), Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HPS), NIMH Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIMH-TSS), Trichotillomania Diagnostic Interview (TDI)

Dermatillomanie Diagnostic Interview for Skin Picking Problems (DISP), Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS), Skin Picking Impact Scale (SPIS), Skin Picking Scale-Revised (SPS-R)

Unabhängig von der spezifischen Art der körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen Generic BFRB Scale-8 (GPS)

Deutsche Übersetzungen liegen vor für

- Massachusetts General Hospital Hairpulling-Scale (MGH-HPS)
- Skin Picking Scale-Revised (SPS-R)
- Generic BFRB Sale-8 (GPS-8)
- Beliefs in Trichotillomania Scale (BiTS-D) zur Erfassung von Kognitionen zu Selbstüberzeugungen, Bewältigungswirksamkeit und Perfektionismus

Schweregrad der Symptomatik

... und andere

Prävalenz

Die Prävalenz von BFRBDs lässt sich insgesamt nur schwer beziffern, da bislang noch weitgehend belastbare, bevölkerungsrepräsentative Studien fehlen. Einerseits ist davon auszugehen, dass eine große Mehrheit der Bevölkerung körperbezogene Zwänge selbst aus ihrem Alltag kennt, andererseits erfüllt entsprechend der ICD-11-Kriterien (WHO, 2019) nur ein vergleichsweise kleiner Anteil das klinisch

relevante Vollbild. Die fundiertesten Daten liegen derzeit für die Skin Picking Störung sowie zur Trichotillomanie vor.

Aktuell geht man davon aus, dass zwischen 1,4 und 5,4 % der Bevölkerung unter einer Skin Picking Störung leiden. Die Schwankungen in den Zahlen ergeben sich vor allem durch die Anwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Befragungsmethoden. Bei Menschen mit chronischen Hauterkrankungen zeichnen sich deutlich höhere Prävalenzen von bis zu 22 % ab.

Die Trichotillomanie ist im Vergleich etwas seltener und weist Prävalenzen zwischen 0,5 und 2,5 % auf.

Für die übrigen BFRBDs ist es noch deutlich schwieriger, konkrete Zahlen zu benennen. Eine Studie aus dem Jahr 2022 ermittelte eine Prävalenz des Nägelkauens von etwa 15 % bei Kindern und Jugendlichen. Unter College-Studierenden lag der Anteil mit irgendeiner Form BDRB bei 12 %.

Andere Studien fanden Häufigkeiten von bis 23 % in nicht-klinischen Stichproben. Da es sich hier jedoch um Daten aus Selbstberichten und nicht um medizinisch-psychologische Untersuchungen handelt, sind diese Zahlen mit gewisser Zurückhaltung zu interpretieren.

Insgesamt deuten die Daten darauf hin, dass die Häufigkeit von BFRBDs möglicherweise höher ist als bisher angenommen. Es könnte zudem eine erhebliche Dunkelziffer bestehen, da sich viele Betroffene aus Scham oder mangels therapeutischer Angebote nicht in Behandlung begeben.

Differenzialdiagnostik

»Es handelt sich um einen bunten, schillernden Strudel, der sehr verlockend ist und in dem ich mich tief verlieren kann. Je weiter man vom Strudel entfernt ist, desto leichter kann man sich befreien, aber wenn man einmal in den Strudel geraten ist, muss man sich mit aller Kraft wieder nach oben kämpfen.«

Clara, Betroffene

Die diagnostische Abgrenzung zwischen BFRBDs und anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere der Körperdysmorphen Störung (KDS), aber auch allgemein selbstverletzenden Verhaltensweisen, wie sie bei zahlreichen psychischen Störungen vorkommen können, gestaltet sich häufig schwierig.

Eine möglichst präzise differentialdiagnostische Klärung bildet jedoch eine zentrale Voraussetzung für die Einleitung angemessener therapeutischer Maßnahmen.

»Klassische« Zwangsstörungen

BFRBDs und Zwangsstörungen haben gemeinsam, dass sie zu wiederholten, »repetitiven« Verhaltensweisen führen.

- BFRBDs beziehen sich überwiegend auf den eigenen Körper (sehr selten auch auf den Körper anderer Personen). Im Vergleich zu klassischen Zwangsstörungen weisen Betroffene von BFRBDs häufiger Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle auf und ihr Bewusstseinsgrad ist meist niedriger.
- Klassische Zwangsstörungen hingegen beschäftigen sich in der Regel mit Themen wie Kontrolle, Vollständigkeit, dem Abwenden von Krankheit, Gefahr und Risiken. Hierbei sind die auslösenden Situationen, Zwangsgedanken und die zugehörigen Neutralisierungshandlungen in der Regel deutlicher ausgeprägt.

Körperdysmorphie Störung (KDS)

Sowohl BFRBDs als auch KDS sind psychische Störungen, die sich unter anderem durch einen zunächst niedrigen Grad an Bewusstheit über das Verhalten auszeichnen.

- Bei den BFRBDs lässt sich dies darin begründen, dass die Verhaltensweisen allgemein in alltäglichen Situationen und bei Stress- und Belastung auftreten. So legt man beispielsweise den Zeigefinger an die Lippen beim Überlegen, entfernt unbewusst eine Kruste von einer Wunde, dreht Haarsträhnen um die Finger oder sucht nach gespaltenen Haarspitzen.
- Bei der KDS hingegen nutzen Betroffene beispielsweise das Skin Picking-Verhalten bewusst mit dem Ziel, ihr Aussehen bzw. ihre wahrgenommenen Makel zu verändern oder zu verbessern – etwa mit dem Wunsch, die Haut reiner zu machen.

Selbstverletzendes Verhalten

Die Unterschiede liegen in der zugrundeliegenden, häufig unbewussten Intention sowie in den Auslösern des Verhaltens.

- Zu den BFRBDs kann sowohl ein Bedürfnis nach Stimulation (Arousal) als auch nach Entspannung führen. Bei vielen Betroffenen erfolgen die Verhaltensweisen automatisiert und werden kaum oder gar nicht bewusst wahrgenommen. Das selbstschädigende Verhalten im Rahmen der BFRBDs zeigt sich als häufiges Drücken, Quetschen, Pulen, Knabbern, Beißen, Reißen oder Kratzen.
- Beim selbstverletzenden Verhalten können eine Vielzahl von insbesondere internalen (inneren) Auslösebedingungen gegeben sein. Am häufigsten wird selbstverletzendes Verhalten zur Emotionsregulation in Situationen höchster Anspannung eingesetzt. Teilweise dient selbstverletzendes Verhalten Unterbrechung von Dissoziation und der Vermeidung suizidalen Verhaltens. Auch Selbstbestrafung sowie interpersonelle Motivationen, wie das Suchen nach Aufmerksamkeit oder Zuwendung, können Auslöser sein. Insgesamt scheinen diese jedoch eher ein seltener Grund für selbstverletzendes Verhalten zu sein. Das Verhalten wird hierbei eher nicht automatisiert durchgeführt. Das selbstverletzende Verhalten äußert sich häufig durch Schneiden oder Verbrennen der Haut.

Insgesamt stellt die differentialdiagnostische Klärung einen entscheidenden Schritt dar, um den Weg für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung zu ebnen. Sie ermöglicht es, BFRBDs als eigenständige Erkrankungen zu diagnostizieren und nicht lediglich als Symptome anderer Störungsbilder zu betrachten. Diese Herausforderung erfordert eine enge Zusammenarbeit mit spezialisierten Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen.

Komorbiditäten

BFRBDs können isoliert auftreten, doch es existieren auch Krankheitsbilder, die gemeinsam in Erscheinung treten – entweder zeitgleich oder als Folge voneinander. Zudem ist es möglich, dass mehrere BFRBDs gleichzeitig auftreten und z. B. Skin Picking zusammen mit Trichotillomanie auftritt.

Bei Betroffenen von BFRBDs zeigen sich im Laufe ihres Lebens häufig (78,8 %) mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose (sog. Lebenszeitprävalenz). Fast 40 % wiesen zudem während des Untersuchungszeitraums aktuelle psychiatrische Störungen auf. Zu den häufigsten Lebenszeitdiagnosen zählen Depression, Alkoholabhängigkeit, generalisierte Angststörung (GAD) sowie posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Darüber hinaus treten häufig soziale Ängste, depressive Verstimmungen, andere Angststörungen, spezifische Phobien, Zwangshandlungen oder -gedanken auf. Auch AD(H)S, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten und Hauterkrankungen wie Akne können im Zusammenhang mit BFRBDs beobachtet werden.

Viele Betroffene berichten von ausgeprägter innerer Unruhe, die verschiedene Ursachen hat und bei unterschiedlichen Krankheitsbildern auftreten kann. Daher ist eine weitergehende Abklärung oft sinnvoll. Im Verlauf einer Behandlung kann sich die Intensität oder Ausprägung der Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) oder der BFRBDs selbst verändern. Idealerweise verbessern sich beide Bereiche, jedoch ist es auch möglich, dass sich ein Aspekt verschlechtert, während sich der andere bessert. Dies kann zu einem sogenannten Symptom-Shift führen (beispielsweise eine Stimmungsverschlechterung beim Unterlassen der BFRBDs). Dieses Phänomen sollte in der Therapie sorgfältig angesprochen, therapeutisch integriert und gegebenenfalls medikamentös behandelt werden.

Ein Überblick über die am häufigsten genannten Komorbiditäten nach ICD-11:

Depressive Erkrankungen äußern sich durch eine gedrückte Stimmung, Antriebsminderung, rasche Ermüdbarkeit und schnelle Erschöpfung, sowie Freudlosigkeit und weniger Interesse an Aktivitäten. Hinzu kommen häufig Schlaf- und Appetitstörungen, negatives Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Gefühle von Wert- und Hoffnungslosigkeit, unangemessene Schuldgefühle und auch Suizidgedanken. Es können auch Gereiztheit und Aggressivität auftreten. Insgesamt müssen diese Symptome über einen Zeitraum von mindesten zwei Wochen auftreten.

Die generalisierte Angststörung ist geprägt von Befürchtungen oder anhaltender Besorgnis hinsichtlich alltäglicher Situationen oder potenzieller Gefahren, die Familie, Arbeit/ Schule/ Ausbildung betreffen können. Diese Ängste gehen einher mit innerer Unruhe und Anspannung, körperlichen Beschwerden wie Herzklopfen oder Verdauungsproblemen, Konzentrationseinschränkungen, Nervosität und Schlafstörungen. Die Beschwerden müssen über mehrere Monate hinweg an den meisten Tagen bestehen.

Essstörungen äußern sich durch ein stark eingeschränktes Essverhalten, das zu Gewichtsabnahme und/oder Untergewicht (Anorexie) führt, durch wiederkehrende

Essanfälle oder übermäßiges Essen, die mit kompensatorischen Maßnahmen wie Erbrechen, exzessiver Bewegung oder restriktivem Essverhalten einhergehen (Bulimie), oder durch eine dauerhaft über den Bedarf hinausgehende Nahrungsaufnahme, die sich in Form von Essanfällen, ständigem Essen oder insbesondere abendlichem bzw. nächtlichem Essen äußert (Binge-Eating, Night-Eating-Disorder). Dazu kommt eine übermäßige Beschäftigung mit dem Essen und ausgeprägte Sorgen hinsichtlich der Körperform oder des Körpergewichts.

Typische Anzeichen von **AD(H)S** sind Aufmerksamkeitsstörungen, leichte Ablenkbarkeit, ausgeprägte Impulsivität und innere Unruhe sowie gegebenenfalls Hyperaktivität und ein hoher Bewegungsdrang. Die Beschwerden wirken sich negativ auf schulische oder berufliche Leistungen aus oder beeinträchtigen das soziale Funktionsniveau stark. Sie müssen seit mindestens sechs Monaten vorhanden sein.

Eine **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** kann als Folge traumatischer Erlebnisse (extreme Bedrohung, Katastrophe) auftreten. Sie ist gekennzeichnet durch das Wiedererleben des Traumas, die Vermeidung entsprechender Reize sowie ein anhaltendes Gefühl der Bedrohung. Hinzu kommen starke körperliche Symptome wie Anspannung, Unruhe und die Unfähigkeit, sich zu entspannen. Die Symptome müssen seit mehreren Wochen vorhanden sein und bedeutsame Beeinträchtigungen in den meisten Lebens- und Funktionsbereichen verursachen.

Eine durch Substanzen (psychoaktive Substanzen und Medikamente) oder Verhaltensüchte verursachte Störung äußert sich durch wiederholten Konsum oder bestimmte Verhaltensweisen, ein starkes Verlangen nach der Substanz, Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren, die Entwicklung einer Toleranz, körperliche Entzugssymptome und die Vernachlässigung anderer Aktivitäten. Der Konsum bzw. das Verhalten wird häufig trotz bereits eingetretener Schäden oder negativer Folgen fortgeführt.

Studien im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass Verhaltensweisen bei Skin Picking mit Ängsten, depressiven Symptomen sowie Symptomen von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) oder Störungen des Sozialverhaltens in Zusammenhang stehen.

Fallbeispiel

Fallbeispiel Frau L

Seit der Kindheit reißt sich Frau L regelmäßig Haare aus: Überwiegend das Kopfhaar, aber auch andere Körperhaare. Dies tritt überwiegend bei ruhigen Tätigkeiten wie dem Lesen, Lernen, Film sehen oder Videokonferenzen auf. In Gesellschaft anderer Menschen gelingt es ihr, die Impulse zu unterdrücken, kompensiert jedoch oft am Abend, wenn sie allein ist und Ruhe hat.

Wenn Frau L versucht, das Haare ausreißen zu unterdrücken, fängt sie an, an den Armen zu kratzen oder an der Nagelhaut zu zupfen.

Oft merkt sie erst, dass sie sich die Haare ausreißt, wenn sie schon länger dabei ist, aber sie kann den Vorgang nicht unterbrechen oder stoppen.

Frau L vermutete, dass das Haareziehen mit ca. 12 Jahren begonnen habe; aber sie kann sich nicht genau an den Beginn oder klare Ereignisse erinnern und weiß auch von keinen belastenden Faktoren. Im Laufe der Psychotherapie stellt sich heraus, dass Frau L seit der Kindheit auch ein ADHS hat, was bisher nie diagnostiziert und damit auch nicht behandelt wurde. Sie hat seit der Kindheit eine starke innere Unruhe und einen ganz ausgeprägten Bewegungsdrang. Die stark ritualisierten körperbezogenen Zwangshandlungen (Ausreißen von Haaren, Pulen an der Haut) haben ihr über die Jahre geholfen, die Unruhe zu reduzieren. Als Frau L versucht hat, das Haareausreißen und das Pulen an der Haut zu unterlassen und stattdessen alternative Strategien anzuwenden, wurde die Unruhe so stark, dass sie die besprochenen Übungen gar nicht durchführen konnte. Weil sich Frau L immer viel und gerne bewegt hatte, war ihr gar nicht bewusst, wie stark ihre Unruhe tatsächlich war. Aber Frau L merkte auch, dass es ihr generell schwerfiel, Gefühle wahrzunehmen, einzuordnen und auszuhalten – ganz viel wurde durch das Haareziehen überdeckt. Frau L erlebt die tranceähnlichen Zustände als sehr angenehm. Erst nach einer Weile realisiert sie, dass sie sich Haare ausreißt. In der Therapie konnte jedoch erarbeitet werden, dass das Vermeidungsstrategien sind, um Stress oder anderen unangenehmen Situationen entfliehen zu können.

Behandlungsansätze

In der Behandlung von BFRBDs gilt die Verhaltenstherapie und deren Methoden als Therapieform der Wahl. Im Folgenden werden Therapieverfahren und Methoden vorgestellt, die sich bei BFRBDs als hilfreich erwiesen haben

Unabhängig von der gewählten Methode ist es wichtig, dass Sie sich einen Überblick verschaffen: Wann und in welchen Situationen tritt das Verhalten auf?

Beobachten und Protokollieren

Die meisten Menschen mit BFRBDs zeigen ihr Verhalten nicht permanent, sondern in bestimmten Situationen, beispielsweise unter Stress, beim Lesen, beim Beantworten von E-Mails oder abends unter der Bettdecke. Oft gibt es auch bestimmte Tageszeiten, zu denen das Verhalten vermehrt auftritt.

Am besten protokollieren Sie in den ersten Tagen Ihr Verhalten sorgfältig. Sie können auch Vertrauenspersonen fragen, wann Sie an Ihren Nägeln kauen, die Haare ausziehen, an Ihrer Haut pulen oder andere Verhaltensweisen ausführen. Erstellen Sie sich dafür eine Tabelle, die wie folgt aussehen kann (Abbildung 4).

Tragen Sie die Situationen mit Ort und Uhrzeit in die Tabelle ein. Notieren Sie auch, welches Verhalten Sie ausgeübt haben. Greifen Sie noch nicht aktiv in den Ablauf Ihres Verhaltens ein. Beobachten Sie sich möglichst neutral.

Abbildung 4: Verhaltensbeobachtung am Beispiel von Skin Picking

Tag	Ort / Zeit	Tätigkeit / Situation	Gefühl	BFRBD-Verhalten
Mo	Büro / 9 Uhr	E-Mails checken	beunruhigt	mehr Hautberührungen
	Büro / 17 Uhr	Telefonat mit L.	genervt, innerlich angespannt	verstärktes Reiben bestimmter Hautstellen
	Sofa / abends	Buch lesen	gedankenverloren	stärkeres Pulen
	...	...	...	...

Selbsthilfetechniken

Im Folgenden werden wir vier Selbsthilfetechniken nacheinander darstellen, die von betroffenen Menschen selbst angewendet werden: das Habit Reversal Training (HRT) als Selbsthilfevariante (1), die Entkopplungsmethode (2), die Entkopplungsmethode in sensu (3) und die Habit Replacement Methode (4).

Die Selbsthilfetechniken sind aus den Arbeiten der Arbeitsgruppe um Steffen Moritz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entnommen und wissenschaftlich als wirksam bestätigt.

Die folgenden Übungen sind Instruktionen, die sich direkt verwenden lassen, daher sprechen wir Sie hier direkt an:

(1) Habit Reversal Training

Das Habit Reversal Training, das 1973 von Azrin und Nunn entwickelt wurde, ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren, mit dem sich Betroffene ihre negativen Verhaltensweisen durch das Erlernen von Gegenbewegungen abtrainieren können. Es wird häufig bei Trichotillomanie, Skin Picking und Nägelkauen sowie Tic-Störungen eingesetzt.

Das Ziel des Habit Reversal Trainings ist es, das alte, automatisch ablaufende Verhalten durch eine starre Haltung zu ersetzen. Die Bewegung ist also wie eingefroren. Wir möchten Ihnen im Folgenden eine Art Anleitung mit Beispielen vorstellen, die Sie leicht auf Ihr eigenes Verhalten übertragen können: Über die Verhaltensbeobachtung sollten Sie gelernt haben, aufmerksamer für das Verhalten zu sein, das Sie sich abgewöhnen möchten. Wenn Sie merken, dass Sie an Ihrer Haut pulen, quetschen, kratzen, kauen, reißen oder den Drang hierzu verspüren, dann unterbrechen Sie dies sofort, indem Sie in eine Bewegungsstarre wechseln. Das neue Verhalten könnte zum Beispiel darin bestehen, die Hände zu Fäusten zu ballen oder sie wie zum Gebet zu falten. Damit die Technik wirkt, sollten Sie das neue Verhalten ein bis drei Minuten aufrechterhalten. In einigen Studien stellten sich positive Effekte auch bei kürzerer Dauer ein. Selbstverständlich kann für Sie eine andere Verhaltensweise besser geeignet sein. Wichtig ist es, dass die starre Bewegung möglichst unauffällig ist und sich für ein bis drei Minuten gut durchhalten lässt. Je häufiger Sie an den entsprechenden Orten und bei den entsprechenden Tätigkeiten das alternative Verhalten anstelle des alten Problemverhaltens einsetzen – zum Beispiel beim Fernsehen –, desto größer ist die Chance des Umlernens.

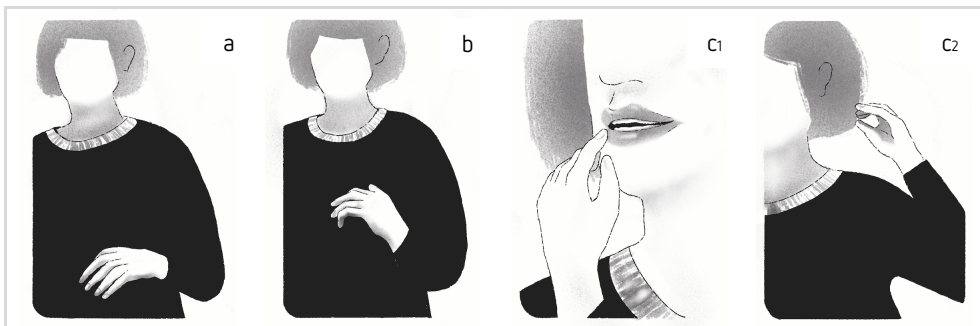
(2) Die Entkopplungsmethode

Die Entkopplung hat sich vor allem beim Stoppen des Nägelkauens und Haareziehens bewährt. Die Entkopplung besteht aus zwei Schritten, durch die das Symptomverhalten langsam ersetzt und verlernt wird. Das alte Symptomverhalten wird quasi »überschrieben«.

Der Entkopplungsansatz arbeitet damit, die Bewegungen, die Sie ablegen wollen, nachzuahmen und umzulenken. Der sogenannte »Verhaltenspfad« wird verändert, sodass er ins Leere läuft. In Abbildung 5 folgen einige Beispiele: Beim Nägelkauen werden die Finger in Richtung Gesicht geführt – so wie man es auch beim Nägelkauen macht –, aber sie erreichen nicht den Mund, sondern werden kurz vorher zum Ohr abgelenkt (siehe Abbildung 5, Alternative 1).

Abbildung 5: Entkopplungsmethode

Schritt 1 Nachahmung der alten Bewegung (a → b → c₁ bzw. c₂)



Schritt 2 Alternative Ausführungen/Umlenkung im Anschluss an die Nachahmung der alten Bewegung



Alternative 1: Kurz bevor die Bewegung die Zähne oder Haare erreicht, wird sie auf ein anderes Körperteil (z. B. Ohr) umgeleitet

Alternative 2: Kurz vor Erreichen der Zähne oder Haare wird die Hand ruckartig nach vorne bewegt bzw. geschleudert

Die Fingernägel bekommen so Kontakt – aber nicht mit den Zähnen, sondern in diesem Fall mit dem Ohrläppchen. Dadurch wird dem Reiz bzw. dem Verhaltensdrang, der sich auf die Fingerkuppen/Finger bezieht, nachgegeben, aber in einer Art und Weise, die nicht in einer Verletzung resultiert. Die neue Zielbewegung soll mit einer gewissen Spannung und Beschleunigung ausgeführt werden. Damit soll erreicht werden, dass Ihnen das alte Bewegungsprogramm, also zum Beispiel Nägelkauen, bewusst wird und dieses gezielt umgelenkt werden kann. Wichtig bei der Entkopplung ist, dass das neu einzuschleifende Verhalten eine gewisse Ähnlichkeit mit dem alten Verhalten aufweist. Dies erleichtert das Verlernen bzw. das Umlenken des alten Verhaltens.

(3) Die Entkopplungsmethode – in sensu

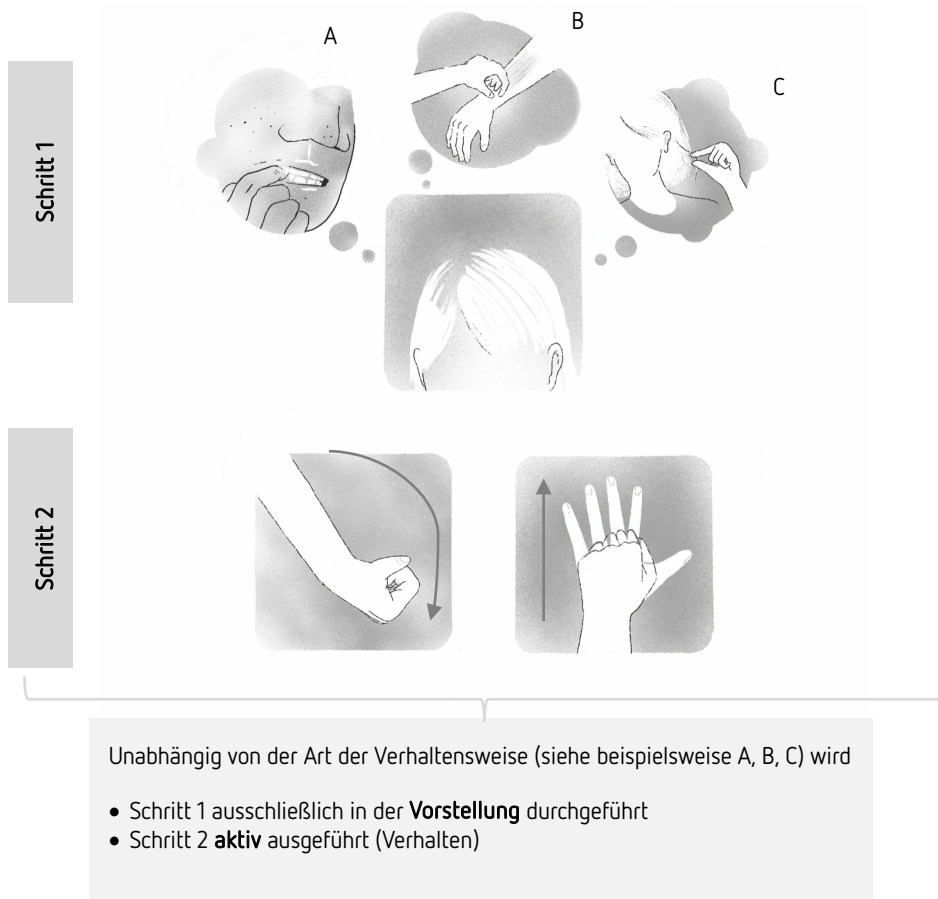
Bei der Entkopplung in sensu handelt es sich um eine Variante der Entkopplung. In sensu bedeutet »in der Vorstellung«, da – anders als bei der zweiten Methode – der erste Teil der Übungen nicht tatsächlich durchgeführt wird, sondern nur in der Vorstellung stattfinden soll. Sobald es in der Vorstellung fast zum Symptombverhalten kommt, zum Beispiel zum Nagelkauen oder Haarausziehen, erfolgt im zweiten Schritt der Wechsel zur aktiven Durchführung: Die zunächst vorgestellte Hand soll beispielsweise tatsächlich zur Faust geballt und rasch nach vorne geführt werden. Am Ende der Bewegung sollen die Finger gespreizt werden (Abbildung 6).

Da das Vorgehen der vorher dargestellten Entkopplung ähnelt, werden wir die Demonstration nur für das Nägelkauen veranschaulichen. Für andere Störungen kann die Technik angepasst werden.

Suchen Sie möglichst den Ort auf, an dem Sie Ihr Verhalten häufig durchführen oder begeben Sie sich in eine Situation, die das Verhalten häufig auslöst, zum Beispiel beim Fernsehen. Die Hände liegen locker auf den Oberschenkeln. Die Finger sollen in der Art und Weise, wie sie charakteristisch für das persönliche Nägelkauen ist, in der Vorstellung zunächst in Richtung Gesicht geführt werden. Unmittelbar vor dem Ziel sollen Sie die vorher nur vorgestellte Hand nun kräftig und vor allem real mit geballter Faust nach vorne schnellen lassen und am Ende der Bewegung die Finger spreizen. Die beschleunigte Bewegung soll auch hier dabei helfen, das alte Bewegungsprogramm zu stören und schließlich zu überschreiben. Nach Abschluss der ruckartigen Zielbewegung nehmen Sie die Hände wieder zurück in die Ausgangsposition. Testen Sie verschiedene Varianten. Führen Sie die ruckartige Bewegung dabei immer in möglichst derselben Weise aus, da das alte Verhaltensmuster am ehesten gebrochen wird, wenn starke alternative Muster an seine Stelle treten.

Durchführung

Genau in dem Moment, in dem es in der Vorstellung **fast** zu einem Kontakt kommt (**Schritt 1**), soll der Arm, der diese Handlung in der Vorstellung durchgeführt hat, real mit geballter Faust nach vorne geschleudert und die Finger am Ende der Bewegung weit gespreizt werden (**Schritt 2**)



(4) Habit Replacement Methode

Die Habit Replacement Methode ist eine Gewohnheitssubstitution. Im Gegensatz zur Habit Reversal Technik, geht es nicht um eine entgegengesetzte starre Haltung, sondern um alternative Bewegungen. Kreisende Bewegungen können zum Beispiel sehr leicht automatisiert werden. Kreisen Sie mit der Kuppe des Daumens um die Kuppe des Zeigefingers oder mit den Kuppen mehrerer Finger am anderen Unterarm. Probieren Sie aus, welche Bewegung Ihnen am meisten zusagt. Wenn Sie dazu neigen beim Knibbeln

»unreine« Hautstellen zu scannen und später zu pulen, kann es sinnvoll sein, die kreisenden Bewegungen auf der Kleidung auszuüben oder an Körperstellen, an denen typischerweise nicht geknibbelt wird, zum Beispiel in der Armbeuge. Damit die Bewegung unauffällig ist, sollte jeweils nur ein kleiner Bogen beschrieben werden. Alternativ können Sie mit den Fingern auch leicht auf der Haut tippeln. Die Bewegung an sich, gerade wenn sie recht schnell ausgeführt wird, hilft bereits beim Abreagieren, einer wichtigen und eventuell sogar unvermeidlichen und nützlichen Körperreaktion auf starke Emotionen. Anders als bei den meisten BFRBDs sollte die neue Bewegung so ausgeführt werden, dass sie einem Streicheln ähnelt.

Die wichtigsten Schritte des Habit Replacement werden in dieser Video-Demonstration zusammengefasst: <https://clinical-neuropsychology.de/habit-replacement/>.

Sobald Ihnen Ihr Verhalten bewusst wird – beispielsweise beim Knibbeln –, Sie eine der auslösenden Emotionen wahrnehmen oder eine starke Anspannung bemerken, wenden Sie das Habit-Replacement-Verfahren an.

- Kleine, kreisende Bewegungen zum Beispiel mit Fingern an Hose oder Ärmel; mit Fingerkuppe der einen Hand am anderen Unterarm. Sie können auch andere, möglichst einfache Bewegungsmuster wählen, zum Beispiel eine Acht formen. Alternativ können Sie auch sanft mit den Fingern trippeln/klopfen. Wenn Sie einen oder mehrere Ringe tragen, können Sie diese ebenfalls einbeziehen.
- Die Bewegung soll zart und leicht sein, so dass es zu keiner Beschädigung oder Stauchung der Haut oder des Nagels kommt. Führen Sie die Bewegung je nach Bedarf schnell, aber ohne Nagelberührung oder Druck auf die jeweilige Körperstelle aus. Versuchen Sie, die neue Bewegung mit einem positiven Gefühl zu verbinden und die sanfte Bewegung ein wenig zu genießen.
- Versuchen Sie auch im Alltag ruckartige, schmerzhaft oder druckvolle Berührungen des eigenen Körpers zu vermeiden – egal ob es die Hände, Füße oder die Zunge betrifft. Das wird Ihnen nicht immer gelingen. Seien Sie nachsichtig mit sich selbst. Sehen Sie die Übungen als einen Prozess, der nicht nur die BFRBDs reduziert, sondern auch zu mehr Selbstfürsorge und Achtsamkeit führt.

Allgemeine Hinweise zur Umsetzung der Selbsthilfetechniken

Starten Sie am besten mit der Technik, die Ihnen spontan am meisten zusagt. In einer Studie war der Erfolg am größten, wenn mit der Entkopplungsmethode begonnen wurde. Sie können die Techniken einzeln anwenden oder kombinieren. Schauen Sie, was bei Ihnen am erfolgreichsten ist. Da es sich bei BFRBDs oft um langjährig eingeschliffene Verhaltensmuster handelt, ist es notwendig, das neue Verhalten mehrmals am Tag ganz bewusst und in den typischen Situationen einzuüben. Die neue Verhaltenssequenz sollte

jeweils fünf Mal hintereinander und für mindestens drei Minuten durchgeführt werden. Stellen Sie sich dazu am besten einen Smartphone-Timer.

Lassen Sie sich nicht demotivieren, wenn Sie Rückfälle erleben oder die Übungen nicht sofort funktionieren. Betrachten Sie diese Situationen als Lernchancen, denn oft sind wir uns nicht bewusst, was unsere Finger, Zunge usw. genau tun, wenn wir nervös sind oder uns langweilen.

Wir sind bei der Veranschaulichung der Techniken vor allem auf das Haareziehen und Nägelkauen eingegangen. Die Techniken können allerdings leicht – teilweise mit ein wenig Fantasie – auf andere unerwünschte Verhaltensweisen übertragen werden.

Zusätzlich zu den hier vorgestellten Bewegungen des Habit Replacement tun Sie Ihrem Körper öfter etwas Gutes. Gönnen Sie sich eine Massage, nehmen Sie ein Bad und cremen Sie sich hinterher ganz bewusst und liebevoll ein. Narben oder vorstehende Hautpartien sollten Sie nicht berühren. Wenn der Drang zu groß ist, umkreisen Sie die Stelle ohne Druck.

Bitte beachten Sie zum Schluss noch Folgendes:

Mit diesen Techniken wird ein Verhalten durch ein anderes ersetzt. Der große Unterschied besteht jedoch darin, dass das neue Verhalten nicht zu Folgeschäden führt – wie etwa verletzte Hautpartien, ausgerissene Haare oder abgeissene Nägel und Nagelhaut. Nägelkauen kommt auch dann nicht infrage, wenn ein Nagel einmal eingerissen ist. Nehmen Sie stattdessen eine Nagelfeile. Auch sollten zum Beispiel Pickel nicht einfach abgepult oder unebene Haut entfernt werden. Ebenso dürfen graue oder splissige Haare nicht ausgerissen werden. Wir raten dazu, stets ein wenig Handcreme bzw. eine Feile bei sich zu führen – gerade, wenn Sie zum Skin Picking neigen oder Ihre Nägel kauen.

Gelegentliche Ausrutscher können passieren! Es geht zunächst darum, das Verhalten zu reduzieren. Es ist schon viel gewonnen, wenn das Verhalten seltener auftritt. Sie sollten sich allerdings keinesfalls von vornherein Ausrutscher, zum Beispiel in Form von Nagelstücken, Haaren oder Hautfetzen, »gestatten«. Üben Sie weiter, auch wenn Sie das Verhalten bereits deutlich reduzieren konnten. Am besten üben Sie immer zu bestimmten Zeiten und/oder wenn der Drang einsetzt. Das neue Verhalten sollte Ihnen quasi in »Fleisch und Blut« übergehen. Neues Verhalten braucht Zeit, um sich zu etablieren. Ein Effekt stellt sich am ehesten ein, wenn Sie die jeweilige Methode konsequent täglich anwenden.

Achtsamkeitsbasierte und mitgeföhlsbasierte Strategien

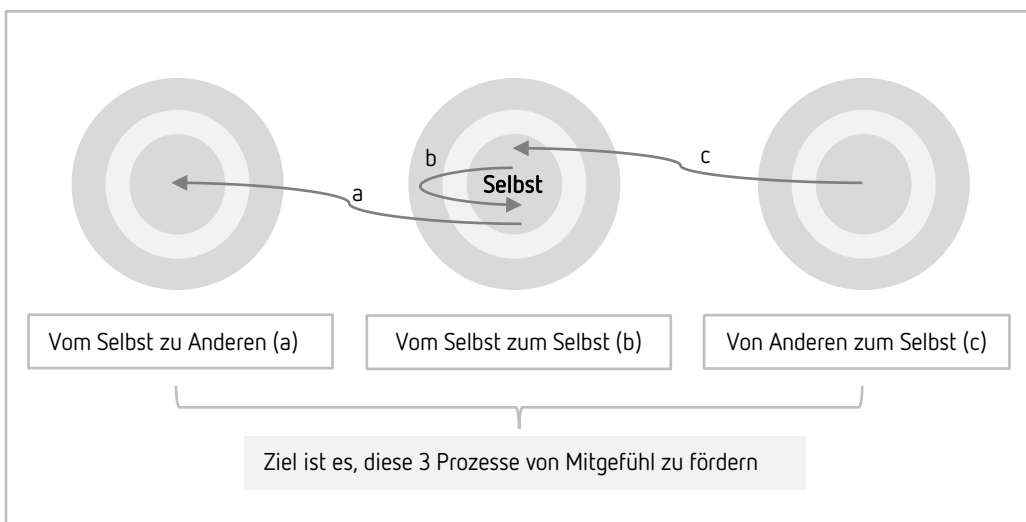
BFRBDs gehen häufig mit ausgeprägtem Schamerleben und entwertender Selbstkritik einher. Hierfür bietet sich die weitere Integration zusätzlicher Behandlungsbausteine als Ergänzung zur kognitiven Verhaltenstherapie an.

In der Therapie von Scham und Selbstkritik gelten mitgeföhlsfokussierte Ansätze als besonders vielversprechend. Besondere Bedeutung kommt hier Compassion-Focused Therapy (CFT) zu, die das vollständige Therapiemodell darstellt und als ein Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie eingeordnet wird. Ziel ist hier entwertende, schädliche Selbstkritik zu reduzieren und Mitgefühl für sich und andere zu fördern (Abbildung 7).

Mitgefühl ist die Sensibilität für das eigene und das Leiden anderer sowie die Motivation, dieses zu lindern und zu verhindern. Mitgefühl richtet sich in drei Prozessen aus: vom Selbst zu Anderen, von Anderen zum Selbst vom Selbst zum Selbst.

»Selbstmitgefühl« definiert sich als die Fähigkeit, sich selbst in Momenten des Leidens oder des wahrgenommenen Unvermögens mit Freundlichkeit und Verständnis zu begegnen, sich mit anderen im Sinne einer »common humanity« (»geteilten Menschlichkeit«) verbunden zu fühlen und achtsam mit sich und den eigenen Gedanken umzugehen.

Abbildung 7: Prozesse von Mitgefühl



Die Grundlage für diesen therapeutischen Ansatz bildet ein evolutionspsychologisches, biopsychosoziales Störungsverständnis. Zentral ist die Förderung des Mitgeföhls durch Psychoedukation zu genetischen, biologischen, psychologischen und sozialen Einflüssen auf die menschliche Psyche sowie zu psychischen Belastungen und Störungen. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um Motivation und Intention für einen mitfühlenden Umgang mit sich selbst und anderen zu entwickeln. Häufig ist dies für Betroffene zunächst ungewohnt und fühlt sich fremd an. Im Rahmen der Psychoedukation wird das emotionale Erleben der Patient:innen in das sog. »3 Kreise-Modell« eingeordnet (Abbildung 8a). In diesem Affektregulationsmodell wird postuliert, dass Menschen drei primäre affektive Systeme besitzen:

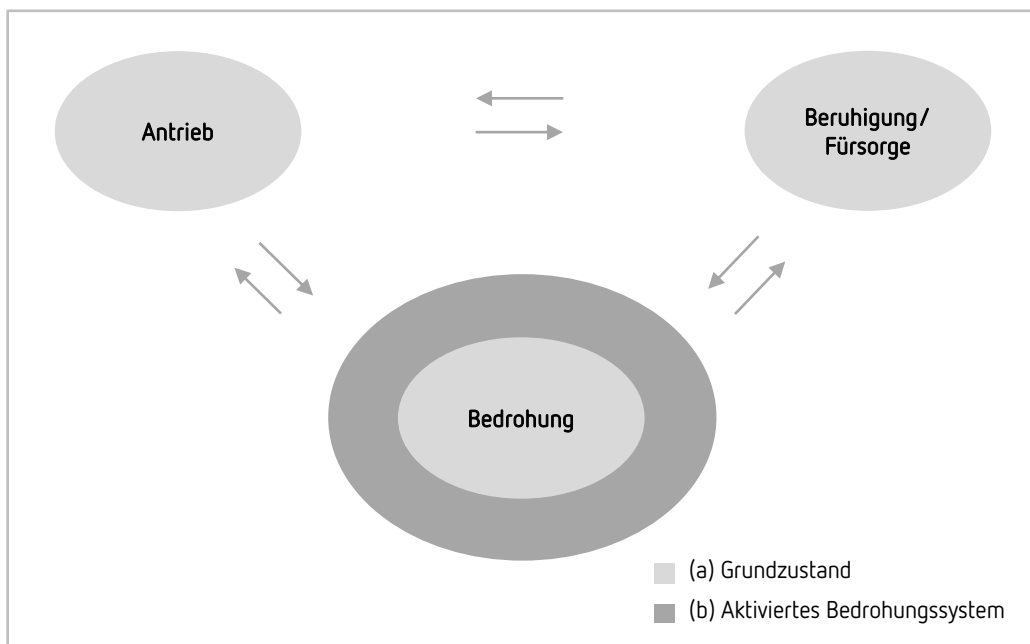
Bedrohungssystem: Aktiviert bei Angst, Stress und Gefahr (z.B. Trigger für BFRBDs),

Antriebssystem: Gesteuert von Belohnung und Zielerreichung,

Beruhigungssystem: Zuständig für Sicherheit, Bindung und Wohlbefinden.

Diese drei Systeme sind bei psychischen Erkrankungen häufig in Dysbalance und bei Zwangsstörungen häufig durch ein überrepräsentiertes Bedrohungssystem gekennzeichnet (Abbildung 8b).

Abbildung 8: Das 3-Kreise-Modell



Ziel der CFT ist es, das Beruhigungssystem zu stärken, um ein Gegengewicht zum überaktiven Bedrohungssystem zu schaffen. Dies geschieht durch die Entwicklung von Mitgefühl für sich selbst und andere.

Zentrale Interventionen in der CFT sind gezielte Atemtechniken zur Beruhigung des Nervensystems (Soothing Rhythm Breathing), der Einsatz von Imaginationsübungen (zum Beispiel »Mitfühlender Begleiter«), das Schreiben mitfühlender Briefe sowie die Arbeit mit verschiedenen Selbstanteilen (Disputation des Inneren Kritikers, zum Beispiel im Rahmen von Stuhlaufstellungen). Darüber hinaus lassen sich Interventionen aus dem Bereich der Metta-Meditationen (zum Beispiel Herzensgüte-Meditation) und weiteren achtsamkeitsbasierten Ansätzen verbinden.

Weitere mitgeföhlsbasierte Interventionen finden sich in verschiedenen therapeutischen Ansätzen, zum Beispiel Mindful Self-Compassion oder dem Mindfulness-Based Compassionate Living Ansatz, aber auch in neueren Entwicklungen der Dialektisch Behavioralen Therapie.

Medikamentöse Behandlung

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine Medikation, die explizit für BFRBDs zugelassen ist. Es gibt – zum Teil ältere – Studien, die durchaus ein Ansprechen auf bereits etablierte Medikamente wie Antidepressiva aus der Gruppe der SSRIs (Selektive Serotonin Wiederaufnahme-Hemmer) und andere Antidepressiva (z.B. Clomipramin, Mirtazapin), N-Acetylcystein (NAC) sowie Neuroleptika (z.B. Olanzapin, Aripiprazol, Risperidon) beschreiben, jedoch kann dadurch nach wie vor keine Behandlungsempfehlung abgeleitet werden. In der klinischen Praxis wird die Entscheidung zu einer Medikation auch durch komorbide Störungen wie Zwangsstörungen, Depressionen oder Angststörungen mitbestimmt. SSRIs und Clomipramin sind zwar oft die erste Wahl bei einer Behandlung, zeigen in kontrollierten Studien jedoch nur geringe bis moderate Effekte – insbesondere bei alleiniger Gabe ohne begleitende psychotherapeutische Maßnahmen. Insgesamt gibt es zu wenige Studien, die einen klaren Vorteil einzelner Substanzen aufzeigen können.

Auch wenn NAC Erfolge in der Behandlung von BFRBDs bei Erwachsenen zeigt mit leichtem Vorteil bei Trichotillomanie, gibt es nach wie vor zu wenige Studien und Fallberichte, um systematische Empfehlungen aussprechen zu können. Eine klare Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Auch andere Substanzen, die bereits in der Neurologie eingesetzt werden, wie Antagonisten an glutamatergen NMDA-Rezeptoren (z.B. Memantin), Antiepileptika (z.B. Topiramat) oder Naloxon (ein Antagonist an Opioidrezeptoren) wurden untersucht sowie Substanzen wie Tetrahydrocannabinol; bisher konnten jedoch keine Behandlungsempfehlungen aus den Studienergebnissen abgeleitet werden aufgrund niedriger Evidenz oder fehlendem Ansprechen. Beruhigende Substanzen wie Benzodiazepine sollten nicht zur Behandlung der BFRBDs eingesetzt werden.

Ob eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, sollte individuell mit dem/ der behandelnden Arzt/ Ärztin besprochen werden, insbesondere, wenn sog. Co-Morbiditäten vorhanden sind (s.o.). Nebenwirkungen und Kontraindikationen sollten sinnvoll gegen eine erhoffte Wirkung abgewogen werden vor dem Beginn einer Medikation. Es empfiehlt sich, eine medikamentöse Behandlung in eine psychotherapeutische Behandlung einzubetten, auch wenn dies nach wie vor mit Wartezeiten verbunden ist. Es fehlen Studien, die belegen, dass eine alleinige medikamentöse Behandlung ausreichend wirksam ist, auch besteht weiterhin ein

Studienbedarf zu Dauer und Dosierung einer alleinigen medikamentösen Behandlung. Aktuell ist eine alleinige Medikation unterlegen gegenüber Psychotherapie, insbesondere gegenüber Verhaltenstherapie mit HRT-Elementen.

Kinder, Jugendliche und ihr pädagogisches Umfeld

Manchmal fällt Haareziehen im frühen Kleinkindalter auf. Auch wenn dies nicht als Verhaltensstörung eingestuft wird, soll es der Vollständigkeit halber eingeordnet werden.

Frühkindliches Haareziehen

Meist hält das Haareziehen bei Kleinkindern in diesem Alter lediglich einige Monate an und klingt dann wieder ab. Dennoch empfiehlt es sich, wenn Eltern bei ihrem Kleinkind Haarverlust feststellen, den Kinderarzt oder einen Hautarzt aufzusuchen, um andere Erkrankungen wie z. B. kreisrunden Haarausfall, Pilzinfektionen oder auch Schilddrüsenerkrankungen auszuschließen.

Das Haareziehen bei Kleinkindern stellt möglicherweise einen Teil der normalen Körperexploration und Selbstentdeckung dar: Berühren, Streicheln, Zwirbeln, Ziehen der eigenen und auch der Haare der Bezugspersonen. Es wird angenommen, dass Kleinkinder, die sich die Haare ausziehen, zusätzliche körperliche Stimulation benötigen. Sie setzen das Haareziehen als selbstberuhigendes Verhalten ein. Einige Säuglinge bzw. Kleinkinder ziehen sich im Schlaf eigene Haare aus.

Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche leiden sehr unter den Symptomen ihrer Erkrankung und haben ein überaus großes Schamgefühl. In unserer klinischen Sprechstunde hören wir nicht selten Sätze wie »Ich traue mich nicht, mit anderen darüber zu sprechen, auch mit meinen Eltern nicht.« Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht, welche Behandlungsaspekte bei Kindern und Jugendlichen besonders zu beachten sind.

Fallbeispiel

Fallbeispiel Emil

Emil lebt gemeinsam mit seiner Mutter, seinem Vater und der 4-jährigen Schwester in einer Wohnung. Die Eltern berichten, dass sie beobachtet hätten, dass Emil einzelne Kopfhare drehe, diese dann immer mit der gleichen Technik ausreißen würde und zum Teil in den Mund nehme. Emil selbst erzählt, dass er die Haare »gerne anlecke und zu einer Spitze forme«, die Haare aber nicht essen würde. Die Eltern geben weiterhin

an, dass das Haareziehen vor allem in Phasen mit hohem Stress, zum Beispiel bei der Schuleingewöhnung, stärker ausgeprägt sei. Emil bestätigt, dass er vor allem im angespannten Zustand Haare ausziehe, aber auch bei Entspannung drehe er gern an den Haaren und ziehe diese aus. Gehänselt werde er dafür nicht. Er mag das Haareziehen bis auf die damit einhergehenden gelegentlichen leichten bis teilweise stärkeren Kopfschmerzen.

Die Eltern berichten des Weiteren von Emils teilweise starken Wutausbrüchen. Diese würden immer dann auftreten, wenn Emil seinen Willen nicht bekommen würde und/oder sich ungerecht behandelt fühle, beispielsweise gegenüber seiner Schwester. Die Wutausbrüche äußerten sich durch Schreien und »um sich treten«. Die Eltern berichten, dass sie sich darum bemühten, Emil klare Strukturen zu geben, so dass er sich auf Anforderungen wie zum Beispiel das Zähneputzen besser einstellen könne. Auch versuchten sie ihm Anforderungen gut zu erklären, zum Beispiel weshalb er zur Schule gehen müsse, auch wenn er lieber zuhause bleiben würde.

Die Eltern geben auch an, dass Emil schon immer eine gewisse Rigidität hinsichtlich bestimmter Handlungsabläufe gehabt habe. So habe er zum Beispiel eine Zeit lang auf bestimmte Art und Weise die Schuhe geschlossen. Diese Rigidität zeigte sich phasenweise bezogen auf bestimmte Handlungsabläufe.

Das Drehen und Ausziehen der Haare sei erstmals beim Besuch der Tagesmutter im Alter von zwei Jahren aufgetreten. Emil habe massive Probleme mit dem Aufenthalt bei der Tagesmutter gehabt, habe schon auf dem Weg dorthin begonnen, stark zu weinen und sich nicht von den Eltern trennen wollen. Die Tagesmutter sei zwar eine nette, aber raue Frau gewesen. Dies habe im starken Kontrast zur elterlichen Erziehung gestanden. Vorher sei es selten zur Trennung von den Eltern gekommen. Die Großeltern hätten manchmal Emil betreut, diese seien ihm aber ebenfalls sehr vertraut gewesen. Bei der Tagesmutter habe er schlecht in den Schlaf gefunden und massiv mit dem Ausziehen der Haare begonnen. Die Trennungsproblematik habe bei Emil nach einiger Zeit immer weiter nachgelassen. In den Kindergarten sei Emil nach anfänglichen Trennungsschwierigkeiten gern gegangen und auch der Schulbesuch funktioniere diesbezüglich gut.

Die Wutausbrüche zeigte Emil ebenfalls schon sehr lange. Ähnlich wie das Haareziehen seien diese phasenweise stärker oder weniger stark ausgeprägt. Die Eltern nehmen an, dass auch die Wutausbrüche vor allem in Phasen mit hohem Stress auftreten würden.

Emil wirkte im Gespräch insgesamt altersgerecht entwickelt und gut begabt. Zu Beginn des therapeutischen Gespräches zeigte er sich zurückhaltend, nach kurzer Zeit dann zugewandt. Emil war bemüht, Fragen und Therapieaufgaben zu beantworten bzw. zu bearbeiten. Gefiel ihm eine Aufgabe nicht, streifte er durch den Raum und vertiefte sich in ein Buch oder ein Spielzeug. Seine Stimmung war meist fröhlich, teilweise jedoch deutlich angespannt. Bewegte sich Emil im Raum, zeigten sich phasenweise deutlich kahle Stellen in Emils Kopfhaut. Es bestand kein Anhalt für Eigen- oder Fremdgefährdung. Auch zeigten sich keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten.

Interventionen für Kinder

Kindzentrierte Interventionen

Kindzentrierte Interventionen umfassen ein altersgerechtes und positives Beziehungsangebot zwischen dem Kind oder Jugendlichen und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten. Dabei wird ein transparentes und sicheres Therapieangebot geschaffen, unter anderem durch die gemeinsame Erarbeitung der Therapieziele. Ein weiterer Bestandteil ist die Psychoedukation zu Trichotillomanie und Störungen der Selbstregulation.

Die Kinder und Jugendlichen werden dazu angeleitet, ihr eigenes Verhalten altersgerecht zu beobachten:

- Wann reiße ich Haare aus?
- Was ist vorher passiert?
- Was geschieht danach?
- In welchen Situationen hilft mir das Haareziehen?

Im Rahmen des Habit Reversal Trainings wird die Selbstwahrnehmung durch Selbstbeobachtung verbessert und es werden alternative Verhaltensweisen eingeübt, die dem Problemverhalten entgegenwirken, beispielsweise durch haptische Reize wie Kälte oder Wärme. Zudem erhalten die Kinder und Jugendlichen eine Anleitung zur bewussten Entspannung, die sie mit Unterstützung der Eltern im Alltag selbstständig üben und anwenden können.

Zur Reduzierung von Wutanfällen wird zunächst der Schwerpunkt auf die Wahrnehmung und den Ausdruck von Gefühlen gelegt, bevor anschließend die Regulation von Emotionen wie Wut und Ärger thematisiert wird. Hierzu werden thematisch passende Kinderbücher eingesetzt wie »Wut, wofür bist du denn gut?« oder »Ich und meine Gefühle«. Die Kinder lernen, Gefühle anhand von Bildern zu erkennen, diese korrekt zu benennen und die Bedürfnisse der Buchfiguren zuzuordnen. Ergänzend erfolgt die Erstellung eines Ärger-Thermometers sowie der Einsatz von Methoden wie der Wut- und Coolbrille. Zudem werden gemeinsam sogenannte Ärger-Killergedanken erarbeitet und Rollenspiele durchgeführt, wobei der Fokus insbesondere auf Situationen liegt, in denen das Kind seinen Willen nicht durchsetzen kann oder sich ungerecht behandelt fühlt. Ziel ist es, die Toleranz gegenüber den Wünschen anderer zu stärken.

Abschließend findet eine gemeinsame Reflexion der Therapie statt. Die wichtigsten Erkenntnisse werden zusammengefasst und ein Notfallplan beziehungsweise ein Notfalkoffer für potenzielle Rückfälle erstellt.

Elternzentrierte Interventionen

Eltern können ihrem Kind durch verschiedene Verhaltensweisen, die sie einzeln oder auch zusammen einsetzen können, zu positiver Stimulation verhelfen, wie z. B.

- Kind streicheln, besonders auch am Kopf
- mit einer weichen Babybürste mehrere Male am Tag die Haare bürsten oder mit der Bürste über andere Körperteile streichen,
- den Rücken des Kindes massieren,
- zu den Zeiten, zu denen sich das Kind Haare ausreißt, sollte das Kind abgelenkt werden z. B.
 - es baden und dabei mit den Seifenblasen oder Schwimmtieren spielen und das Kind damit berühren. Die Aufmerksamkeit wird auf andere Körperteile gelenkt.
 - dem Kind Spielsachen oder Gegenstände mit ähnlichen Texturen wie Haar, beispielsweise Federn, Quasten, Satintuch in die Hand geben, wenn es zum Beispiel vor dem Einschlafen zur Ruhe kommen soll.

Im täglichen Umgang miteinander kann es hilfreich sein, u.a. folgende Empfehlungen umzusetzen:

- Kinder lernen über unterschiedliche Lernmechanismen. Ein zentraler Lernmechanismus stellt das Modelllernen dar. Dieses beinhaltet, dass Kinder über Vor- und Nachmachen lernen. Sie beobachten das Verhalten von Modellen und Vorbildern und übernehmen unreflektiert, was ihnen vorgelebt wird. Für Eltern bedeutet das, sich selbst zu beobachten und zu hinterfragen, wie sie mit Anspannung und Stresssituationen umgehen. Wie regulieren sie sich als Eltern, wenn sie sich beispielsweise in Wut, Angst oder Niedergeschlagenheit versetzen? Sie können als Eltern ihrem Kind als Vorbild dienen und ihm zeigen, wie man sich in stressbesetzten Situationen angemessen verhält. Dazu gehört auch, mit dem Kind über Gefühle zu reden.
- Lernen am Erfolg bedeutet, dass Kinder Verhaltensweisen dann wiederholen, wenn sie dafür positive Rückmeldungen erfahren. Erlebt ein Kind eine angenehme Konsequenz, etwa Lob, Zuwendung oder Freude, betrachtet es dies als Belohnung. Der Lerneffekt für das Kind: »Wenn ich mich so verhalte, passiert wieder etwas Schönes.« Auf diese Weise wird das Verhalten gestärkt und mit der Zeit gefestigt.
- Eltern können sich überlegen, wie sie selbst als Eltern/als Bezugspersonen Probleme lösen und dies dem Kind vermitteln. Gemeinsam können Eltern und Kinder absprechen, was und wie geändert werden soll.
- Kinder anleiten und unterstützen, den Alltag zu strukturieren und Stress zu senken und beispielsweise Entspannungsübungen und Fantasiereisen zu integrieren.
- Schuld oder Bestrafung sollten vermieden werden. Nicht selten besteht bei Eltern der Eindruck, dass das Kind ein Verhalten zeigt, um damit Eltern zu »ärgern«. Eltern sollten dabei wissen, dass je jünger das Kind ist, umso größer die

Wahrscheinlichkeit ist, dass dem nicht so ist, weil Kinder noch nicht so differenziert denken können.

- Gute Schlafroutinen, Reizüberflutung (z. B. durch Medien) vermeiden, gesunde Ernährung und Bewegung helfen ebenso.

Eine gute Beziehung zum Kind ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Veränderung des unangemessenen Verhaltens. Dabei gilt es weiterhin folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Es ist wichtig, dass Sie bewusst Zeit für Ihr Kind einplanen. Diese sollte sowohl Raum für soziale und emotionale Zuwendung bieten, etwa durch Kuscheln, Zuhören und liebevolle Fürsorge, als auch Gelegenheiten schaffen, in denen das Kind in einer anregenden Lernumgebung aktiv werden kann.
- Ermutigung und positive Zuwendung stärken die Motivation von Kindern. Besonders wirkungsvoll ist es, gezielt zu loben, dem Kind aufmerksam zuzuhören und sich kindgerecht mit ihm zu unterhalten. Dabei kommt es darauf an, einfühlsam auf die individuellen Bedürfnisse und Signale des Kindes einzugehen.
- Auf herausforderndes Verhalten von Kindern sollte klar und konsequent reagiert werden. Dafür braucht es verbindliche Regeln im Umgang miteinander (und dem Problemverhalten) sowie Selbstdisziplin und Verlässlichkeit seitens der Eltern.
- Viele Erziehungsprobleme haben ihren Ursprung in überhöhten Erwartungen. Eltern wünschen sich, dass ihr Kind angepasst, erfolgreich und »pflegeleicht« ist. Doch Kinder entwickeln sich individuell, mit eigenen Stärken, Schwächen und einem ganz persönlichen Tempo. Es hilft, das Kind so anzunehmen, wie es ist und gemeinsam realistische Ziele zu setzen.
- Eltern können besser auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen, wenn sie auch ihre eigenen Bedürfnisse nicht aus dem Blick verlieren. Der Wunsch nach Erholung, nach gemeinsamer Zeit als Paar oder für sich allein ist ganz natürlich und wichtig, um langfristig Kraft, Geduld und emotionale Präsenz für das Kind aufbringen zu können. Wer gut für sich selbst sorgt, schafft die Grundlage für eine stabile und liebevolle Beziehung zum Kind.

Elternzentrierte Interventionen am Fallbeispiel Emil

- Beziehungsaufbau zwischen Therapeut:in und Eltern durch Vermittlung eines sicheren Gesprächsangebotes
- Psychoedukation zu TTM und Problematik der Selbstregulation
- Thematisierung des potenziellen Einflusses der Eltern auf Emils innere Anspannung durch Reflexion des bisherigen Erziehungsverhaltens u.a. bezüglich: Was kann Emil bereits selbst entscheiden? Und in welchen Situationen benötigt er noch Orientierung und Grenzen durch die Eltern? Unterstützung bzgl. hilfreicherer Emotionsregulation zum Beispiel durch Ermöglichung eines möglichst reizfreien Ruhebereichs, Anleiten von und Erinnern an Atemübungen/Entspannungsübungen.
- Einüben von klarer und gleichzeitig liebevoller Kommunikation bezüglich Grenzen und Anforderungen durch »Rollenspiele«, Aufbau von konsequentem und damit für Emil nachvollziehbarem Verhalten bei gleichzeitigem, situationsangemessenem Fordern von Flexibilität zur Aufweichung von Emils Rigidität
- Anleitung der Eltern, zum Umgang mit Emils Wutanfällen

Schulzentrierte Interventionen

Das Ziel der schulzentrierten Interventionen besteht darin, die Bedingungen in der Schule, die zur (Mit-)Bedingung und Aufrechterhaltung der Problematik eines Kindes/Jugendlichen beitragen, zu verändern (z. B. angemessener Umgang mit Belastungssituationen, wie starke schulische Anforderungen, Prüfungsphasen, Konflikte mit Mitschüler:innen). Die Einbeziehung der Lehrkräfte ist nur mit dem Einverständnis des Kindes/Jugendlichen sowie der Eltern möglich.

- Vermittlung eines sicheren Gesprächsangebots.
- Psychoedukation zu Trichotillomanie und dabei insbesondere zu innerer Anspannung und fehlender, hilfreicherer Selbstregulation.
- Gegebenenfalls Anleitung der Klassenlehrer:innen zum Umgang mit der mangelnden Selbstregulation des Kindes (Unterstützung des Kindes bei der Anwendung von Selbstregulationsstrategien (Drücken eines Antistressballes; Anwendung von Achtsamkeitsübungen, wie beispielsweise der 5-4-3-2-1-Übung (nacheinander werden fünf Dinge, anschließend vier, dann drei, dann zwei und schließlich ein Ding identifiziert, die man sehen, hören, fühlen, riechen oder schmecken kann)), möglicherweise, insbesondere bei Kindern, Einsatz von Verstärkerplänen).
- Falls ein Kind/Jugendlicher aufgrund kahler Stellen durch Mitschüler:innen bloßgestellt, beschimpft, beleidigt oder ausgegrenzt wird, sollten mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern und dem Lehrpersonal, sowie auch dem/der Schulsozialarbeiter/-in entsprechende Maßnahmen zum Abbau eingesetzt werden.

Schulzentrierte Interventionen am Fallbeispiel von Emil

Emil zeigte sich im schulischen Setting sehr angepasst. Im Gespräch mit der Klassenlehrerin gab diese an, dass ihr im schulischen Kontext keine innere Anspannung und auch kein Haareausreißen bei Emil auffallen. Ihr fielen jedoch teilweise die kahlen Stellen in Emils Kopfhaar auf. Die Lehrerin wünschte sich, dass Emil ihr mitteile, wenn er »sich sehr angespannt fühlt«, damit sie ihn dabei unterstützen könne, entsprechende Regulationsstrategien anzuwenden. Emil war es aber wichtig, diesbezüglich im schulischen Kontext möglichst nicht aufzufallen. Daher wurden mit ihm mögliche Regulationsstrategien erarbeitet, die er »unauffällig« durchführen konnte. So wollte er bei starker innerer Anspannung einen Stressball in der Hosentasche mit der Hand quetschen. Dies wurde entsprechend auch mit der Lehrerin thematisiert. Emil wollte zunächst nicht die Klassenlehrerin jedes Mal darüber informieren, wenn er ihn nutzte, erklärte sich aber damit einverstanden, wenn die innere Anspannung für ihn zu stark werde, dass er ihr dies dann mitteile. Dann könne er sich, wie mit der Lehrerin vereinbart, kurz in die Spielecke im Klassenzimmer zurückziehen. Emil gab an, dass er dies »aber nur machen möchte, wenn es gar nicht anders geht«.

- Vermittlung eines sicheren Gesprächsangebotes
- Psychoedukation zu innerer Anspannung und fehlender, hilfreicherer Selbstregulation
- Gegebenenfalls Anleitung der Klassenlehrerin im Umgang mit Emils mangelnder Selbstregulation

Wege in die Therapie

Anerkannte Therapien

Derzeit gibt es folgende anerkannte Therapieansätze: die Psychoanalyse (PA), die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), die Systemische Therapie (ST) und die Verhaltenstherapie (VT). Diese können alle von den Krankenkassen finanziert werden.

Die therapeutische Beziehung

Wichtig ist es, eine vertrauensvolle Beziehung zur/zum Therapeut:in aufzubauen. Die therapeutische Beziehung macht mindestens 50 % des Behandlungserfolgs aus. Beide Seiten klären für sich, ob sie sich sympathisch sind und sich eine Zusammenarbeit vorstellen können.

Sollte die Beziehungsebene nicht stimmen, ist es wichtig, dies offen anzusprechen und sich gegebenenfalls an eine weitere Therapeut:in zu wenden.

Folgende Fragen und Anregungen vor Beginn einer Therapie können Sie unterstützen:

Fragen zur Motivation

Warum möchte ich jetzt eine Therapie machen?

Ist es mein eigener Entschluss? Oder drängen mich Angehörige, Freund:in oder Partner:in zu einer Therapie?

Was denke ich selbst, was sich in meinem Leben ändern sollte?

Was glaube ich, wie mich die Therapie unterstützen kann?

Bin ich bereit, Therapieansätze auszuprobieren, um mein Verhalten zu verändern?

Ambulant, teilstationär oder stationär?

In der Regel ist eine ambulante Behandlung empfehlenswert. Wenn in der ambulanten Behandlung aufgrund persönlicher oder sozialer Bedingungen keine Besserung möglich ist, kann eine teilstationäre bzw. stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn zu der Störung noch weitere Erkrankungen wie schwere Depressionen, Ängste, Zwänge oder weitere psychische Symptome hinzukommen.

Wie finde ich einen Therapieplatz?

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. www.zwaenge.de verfügt über eine umfangreiche Liste von Verhaltenstherapeut:innen und Kliniken, die auf Zwangsstörungen spezialisiert sind. Der gemeinnützige Verein bietet Mo–Fr. von 10–12 eine kostenlose Telefonsprechstunde an, (040 689 13 700) in der man die Adressen erfragen kann.

Der Verein Skin Picking und Trichotillomanie e.V. www.BFRBDs.de ist bei der Suche von Therapeut:innen ebenfalls gern behilflich.

Internationale Aufklärung und Unterstützung bietet u.a. auch die gemeinnützige Organisation »The TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors« www.bfrb.org an.

Auf den Internetseiten www.therapie.de und www.psychotherapie.de finden Sie Therapeut:innen in Ihrer Region, die auf unterschiedliche Therapieverfahren spezialisiert sind. Unabhängig davon, für welche Therapierichtung Sie sich entscheiden, sollte die Therapeut:in über Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Zwangsstörungen verfügen.

Hausärzt:innen und Krankenkassen können auch Auskünfte zu Therapeut:innen in Ihrer Nähe geben.

Über die Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung www.kbv.de können Sie unter »Service für Patienten« Auskunft bekommen.

Auf der Webseite www.116117.de finden Sie ebenfalls Therapeut:innen in Ihrer Region. Geben Sie als Stichwort »Praxissuche« ein.

In einigen Bundesländern ist es nach wie vor möglich, dass die Krankenkassen über ein sogenanntes Kostenerstattungsverfahren auch die Behandlung in Privatpraxen bewilligen. Bei Fragen zum Kostenerstattungsverfahren wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Achten Sie auf die Telefonsprechzeiten der jeweiligen Praxis und nutzen Sie diese für den Erstkontakt.

Fragen an Therapeut:innen

Für die erste Kontaktaufnahme, die meistens und am besten telefonisch oder gegebenenfalls per E-Mail erfolgt, können Sie folgende Fragen stellen:

- Kennen Sie sich mit der Behandlung von BFRBDs wie Skin Picking, Trichotillomanie oder Nägelkauen aus?
- Wären Sie bereit, sich mit mir in dieses Thema weiter einzuarbeiten?
- Gibt es bei Ihnen auch die Möglichkeit der Online-Beratung/Online-Therapie?
- Werden meine Angehörigen/Partner:in, Eltern in die Behandlung einbezogen?

- Wie lang ist die Wartezeit bei Ihnen?
- Wie geht es jetzt weiter? Soll ich mich in Abständen wieder bei Ihnen melden oder melden Sie sich, wenn ein Platz frei geworden ist?

So beginnt eine Psychotherapie im Idealfall

Alle Therapeut:innen, die über eine Kassenzulassung verfügen, müssen Patient:innen ein Beratungsgespräch im Rahmen der sogenannten psychotherapeutischen Sprechstunde anbieten. Hier wird geklärt, ob und welche Therapieform für Sie infrage kommt und die Diagnostik kann begonnen werden. Nach zwei bis drei Sprechstundenterminen beginnen die probatorischen Sitzungen, in denen sie sich beide besser kennenlernen können und entscheiden, ob sie zusammenarbeiten möchten. Therapieziele werden geklärt, ein gemeinsames Krankheitsmodell erarbeitet und erste therapeutische Techniken werden vermittelt. Spätestens in der 4. probatorischen Sitzung wird eine Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragt mit den weiteren Schritten Kurzzeittherapie 1, Kurzzeittherapie 2, Langzeittherapie und gegebenenfalls Verlängerung der Langzeittherapie. Wenn die letzte Psychotherapie vor weniger als zwei Jahren abgeschlossen wurde, muss ein Gutachterverfahren erfolgen. Videotermine sind grundsätzlich während aller Therapiephasen mit individuellen Vereinbarungen möglich.

Unabhängig von der Therapierichtung stehen den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (KJP) neben den Therapieeinheiten für Kinder und Jugendliche zusätzliche Stunden für Elterngespräche in Form von sogenannten Bezugspersonenstunden (im Verhältnis 1:4) zur Verfügung. Auch können im Bedarfsfall gesetzlich krankenversicherte Jugendliche bereits ab 15 Jahren ohne Zustimmung der Eltern eine Psychotherapie aufnehmen, um die schambesetzte Symptomatik anzusprechen.

Wann ist es sinnvoll, weitere Fachärzt:innen aufzusuchen?

Generell empfiehlt es sich, zu Beginn einer Psychotherapie in Absprache mit der/dem Therapeut:in auch eine ärztliche Abklärung vornehmen zu lassen. Aufgrund der BFRBDs können jedoch weitere Untersuchungen erforderlich werden, insbesondere wenn körperbezogene Verhaltensweisen Haut, Haare, Nägel, Lippen oder Wangen schädigen.

Neben den Verhaltensauffälligkeiten können Schmerzen oder körperliche Schäden auftreten:

- im Magen durch das Verschlucken von Haaren,
- an den Zähnen durch Abrieb des Zahnschmelzes beim Nägelkauen,
- lockere Zähne durch Nägelkauen,
- an Fingern und Händen durch langanhaltende, gleichförmige Handhaltungen,
- an Lippen und Wangen durch Entzündungen im Mund- und Rachenraum beim Beißen,

- an entzündeten Hautstellen durch Kratzen.

All diese Symptome sollten sehr ernst genommen werden, da sie zu schwerwiegenden Komplikationen wie etwa einer Blutvergiftung führen können. Betroffene sollten Fachärzt:innen wie Internist:innen, Hautärzt:innen, Zahnärzt:innen oder Orthopäd:innen vorgestellt werden.

Auch wenn es für die Betroffenen häufig mit Scham und Peinlichkeit verbunden ist, ist es wichtig, offen über diese Probleme zu sprechen. Nur so können Ärzt:innen die notwendige Behandlung einleiten und schwerwiegendere Schäden verhindern.

Erfahrungsbericht von Antonia Peters, ehemalige Betroffene mit einer BFRBD

Seit 1970 riss ich mir die Kopfhaare aus, führte sie über die Lippen, kaute darauf herum und schluckte sie schließlich hinunter. Um die ersten kahlen Stellen zu verbergen, trug ich Kopftücher und später vier Jahre lang eine Perücke.

In den 1980er Jahren absolvierte ich meine erste Verhaltenstherapie und verbrachte später acht Wochen in einer psychosomatischen Klinik. Zwar konnte ich einiges daraus für mich mitnehmen, doch das Haareziehen blieb bestehen.

1997 erfuhr ich von der ersten deutschen Studie zur Trichotillomanie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Leitung von Professor Iver Hand.

Zunächst nahm ich zwei Jahre lang einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Bereits nach einer Woche verspürte ich keinen Drang mehr, an den Haaren zu ziehen. Allerdings traten Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Hautjucken, Gewichtszunahme und ein unsicherer Gang auf – letzteres war besonders schwierig, da ich seit meiner Geburt gehbehindert bin. Nach zwei Jahren glaubte ich, das Haareziehen überwunden zu haben, und schlich das Medikament langsam aus. Doch mit der letzten Tablette kehrte der Zwang zurück. Daher bat ich im Anschluss um eine ambulante Verhaltenstherapie.

Von 2000 bis 2001 absolvierte ich 50 Stunden Verhaltenstherapie an der Ambulanz für Verhaltenstherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Meine Ziele waren:

- die Trichotillomanie um mindestens 50 % zu reduzieren,
- meine Gefühle wieder wahrnehmen zu lernen,
- von meinen hohen Ansprüchen abzurücken,
- eine neue Tagesstruktur zu entwickeln.

Als Methode wählte ich das Habit Reversal Training. Häufig bemerkte ich selbst gar nicht mehr, wann und warum ich an meinen Haaren zog. Mithilfe eines Selbstbeobachtungsbogens lernte ich, meine Auslöser und Situationen zu erkennen (siehe Anhang). Dabei stellte sich heraus, dass ich vor dem Ziehen eine körperliche Anspannung verspürte, jedoch nicht benennen konnte, welche Emotionen dahinterstanden. Deshalb arbeitete ich gemeinsam mit meiner Therapeutin an verschiedenen Emotionen: Welche waren mir vertraut, welche konnte ich nicht erkennen oder zulassen? Dazu zählten unter anderem Wut, Trauer und Angst. Ich bemühte mich, diese unterschiedlichen Gefühle im Alltag wahrzunehmen und ihnen Raum zu geben.

Im Anschluss untersuchten wir, wie in meiner Kindheit und Jugend mit Gefühlen – insbesondere mit meinen eigenen – umgegangen wurde. Diese wurden meist abgetan, ignoriert oder nicht ernst genommen. Wenn ich wütend oder traurig war, hieß es oft: »Stell dich nicht so an.« Danach entwickelte ich zusammen mit meiner Therapeutin Strategien gegen meinen Haarziehwang:

- eine Mütze aufsetzen,
- Handschuhe anziehen,
- Pflaster um die Finger wickeln oder die Haare nass machen,
- die Hände zu Fäusten ballen und die Anspannung auszuhalten.

Diese Strategien setzte ich zunächst nur bei ein bis zwei Auslösern beziehungsweise Situationen ein, etwa wenn ich am Computer saß oder abends vor dem Fernseher. Dabei griff ich anfangs auf zwei Methoden zurück: die Fäuste zu ballen und Handschuhe anzuziehen. Diese wandte ich täglich so lange an, bis ich mich darin sicher fühlte. Erst danach ergänzte ich weitere Strategien, die ich schließlich auf alle auslösenden Situationen übertrug.

Hinzu kamen Entspannungsübungen. Morgens nach dem Frühstück begann ich mit zehn Qi-Gong-Übungen, um gut in den Tag zu starten und mich besser wahrzunehmen. Tagsüber setzte ich zudem bewusstes Atmen ein.

Wie in der Verhaltenstherapie bei klassischen Zwängen spielte auch für mich das Thema Exposition eine wichtige Rolle. Eine passende Expositionsübung zu finden, war jedoch nicht einfach. Beispielsweise hätte ich meine Perücke oder das Haarteil vor meiner Therapeutin abnehmen oder sogar ohne Perücke beziehungsweise Haarteil von zu Hause in die Praxis kommen können. Dank der vorausgegangenen medikamentösen Therapie waren jedoch alle meine Haare wieder nachgewachsen. Mir fiel jedoch auf, dass ich vor allem dann in Versuchung geriet, an den Haaren zu ziehen, wenn ich von einer Aktivität zur Ruhe kam. Deshalb übte ich fortan täglich, fünf Minuten still zu sitzen oder zu liegen, ohne an den Haaren zu ziehen. Anfangs fiel mir das sehr schwer und ich konnte es kaum aushalten. Doch je häufiger ich diese Übung machte, desto besser gelang sie mir. Schließlich empfand ich sie sogar als so wohltuend, dass ich die Zeit täglich um eine Minute verlängerte. Heute schaffe ich es, mehr als eine Stunde zu entspannen.

Nach der gelungenen Expo durfte und wollte ich mich belohnen. Zu meinen Belohnungen zählen und zählten Musik hören, Lesen, Kochen, Backen, Spaziergehen und das Treffen mit Freund:innen, um meine Erfolge mit ihnen zu teilen.

Für das Zeitmanagement entwickelten wir folgendes Konzept: Während des Frühstücks plante ich meinen Tag mithilfe meines Therapiebuchs:

- Qi-Gong-Übungen durchführen,
- am Vormittag nur zwei Aufgaben erledigen, etwa abwaschen, einkaufen, E-Mails beantworten oder Vereinsaufgaben erledigen,
- Mittagessen,
- eine Expo-Entspannungsübung durchführen,
- mir eine kleine Belohnung gönnen.

Jedes Mal, wenn ich eine Aufgabe erledigt hatte, hakte ich sie mit einem dicken roten Stift in meinem Therapiebuch ab.

Am Ende jedes Tages fragte ich mich, wie zufrieden ich mit mir und dem Tag war und trug meinen Wert auf einer Skala von 0 bis 8 ein.

Meistens lag meine Zufriedenheit zwischen 5 und 8.

Eine weitere hilfreiche Methode bestand darin, kleine Klebebildchen mit grünen Fröschen auf meine Badezimmerkacheln zu kleben. Bei einem Ausrutscher stellte ich den Frosch auf den Kopf – so erkannte ich sofort, wo es einen Rückfall gegeben hatte. Anschließend fragte ich mich, was hinter dem Ausrutscher steckte und versuchte, mein Bedürfnis entsprechend auszurichten oder zu befriedigen.

Je länger die »Froschlinie« wurde, desto stolzer war ich auf mich und es motivierte mich zusätzlich, weiterhin reißfrei zu werden oder zu bleiben.

Zudem lernte ich, mehr auf meine Bedürfnisse zu achten und auch einmal Nein zu sagen. Ich übte mich darin, mir zu verzeihen, wenn es doch zu kleinen Ausrutschern kam und mich auf das Hier und Jetzt zu konzentrieren. Fast jeden Morgen sagte ich mir vor dem Spiegel: »Heute brauche ich das Haare ziehen nicht!«

»Was gestern war und was morgen sein wird, ist egal. Nur das Heute zählt.« Seitdem ich den Druck herausgenommen und mir selbst vergeben habe, geht es mir deutlich besser.

Am Ende der Therapie gab mir der Studienleiter, Herr Professor Iver Hand, einen wichtigen Rat mit auf den Weg: »Sie müssen täglich mindestens eine Stunde weiter üben, auch wenn es Ihnen gut geht, um sich so vor einem Rückfall zu schützen.«

Diesen Rat habe ich gerne befolgt. Tagesablauf und Strategien habe ich so verfestigt, dass ich mich auch heute noch daran halte. Nach mehr als 24 Jahren bin ich immer noch zu 95 % zwangsfrei – ich bin sehr stolz darauf und dankbar dafür.

Praktische Hinweise zur Haar-, Haut- und Nagelpflege

»Meine Friseurin hat mir das regelmäßige Bürsten empfohlen. Früher dachte ich, dadurch würden nur noch mehr Haare ausfallen – doch sie hat mir erklärt, dass dem nicht so ist. Inzwischen bürste ich mein Haar mehrmals täglich und genieße den massierenden, ordnenden Effekt. Danach fühlt sich mein Kopf angenehm leicht an, und der Drang, an meinen Haaren zu ziehen, verschwindet.«

Birgit, Betroffene

Der Bereich der Haar-, Haut- und Nagelpflege bietet für die BFRBDs, die auch als pathologisches, das heißt übersteigertes Körperpflegeverhalten angesehen werden, einen Bezugspunkt. Das Erreichen eines angemessenen Pflegeverhaltens kann ebenso Ziel der Therapie sein. Nachfolgend einige praktische und leicht anwendbare Beispiele/ Empfehlungen:

Haarpflege von außen

Bürsten Um Ihren Haaren und Ihrer Kopfhaut etwas Gutes zu tun, können Sie sich jeden Tag mit sanften, liebevollen Bewegungen bürsten. Dadurch wird der Blutkreislauf angeregt und, wenn es sich um eine Naturborstenbürste handelt, die natürlichen, eigenen Haaröle bis in die Spitzen verteilt. Bürsten kann entspannend oder anregend wirken.

Kopfhaut massieren: Für manche Betroffene kann eine Eigenmassage das Haareziehen auslösen, für andere ist es eine Alternative zum Haare ziehen. Eine professionelle Kopfhautmassage oder auch eine von nahestehenden Personen ausgeführte kann angenehm und beruhigend sein. Berührt zu werden von einem anderen Menschen, kann aber auch unangenehm oder schwer aushaltbar sein.

Kopfhaut waschen: Generell sprechen wir vom Waschen der Kopfhaut versus Waschen der Haare, denn wenn die Kopfhaut shampooiniert wird, wird das Haar beim Herausspülen des Shampoos mitgewaschen. Es ist nicht notwendig, die Haare durch eine reibende Bewegung zu waschen. Dies kann das Haar unnötig verkleben und die äußere Schuppenschicht aufrauen.

Wasserqualität: Sehr kalkhaltiges Wasser hinterlässt einen Belag auf dem Haar, was beim Suchen und Scannen nach bestimmten Haaren ein Auslöser für das Haareziehen sein kann. Da gibt es mehrere Möglichkeiten: Wasser abkochen, Wasser filtern oder stilles Mineralwasser benutzen.

Shampoo und Haarseifen: Weniger ist mehr! Um das Austrocknen von Haaren zu vermeiden, empfiehlt es sich, wenig Shampoo zu benutzen oder dieses zu verdünnen und mit einer Applikatorflasche direkt auf der Kopfhaut entlang aufzutragen. Lesen Sie bezüglich der Shampooauswahl das Etikett: Je weniger Inhaltsstoffe, desto natürlicher. Das bedeutet, dass weniger chemische, austrocknende Inhaltsstoffe enthalten sind, die dann zusätzlichen Konsum von Pflegeprodukten erfordern.

Die Häufigkeit des Waschens hängt von Ihrer Lebenssituation ab. Grundlegende Empfehlung wäre zwei- bis dreimal die Woche und man kann natürlich die Haare auch mal nur mit Wasser ausspülen. Nasse Haare lassen sich nicht gut ziehen!

Zusätzliche Pflegeprodukte wie Spülungen, Ölbehandlung, Kuren

Prinzipiell ist es hilfreich, sich seinen Haaren liebevoll und pflegend zu widmen. Wichtig ist es für sich herauszufinden, ob diese Pflegeprodukte eher als Ausgleich, Barriere oder Auslöser wirken. Wenn zum Beispiel fettige Haare eher ein Auslöser sind, ist vielleicht eine Ölbehandlung nicht angebracht.

Vorsicht vor falschen Versprechungen und vor chemischen und aggressiven Haarwachstumsmitteln. Hier empfiehlt es sich, gründlich zu recherchieren und Kundenrezensionen zu lesen. Bei Anwendung kann es nämlich auch zu Jucken und Brennen der Kopfhaut sowie zu einer veränderten Textur des Haares wie zum Beispiel einem Belag oder Trockenheit führen, was für manche ein zusätzlicher Auslöser für das Haareziehen sein kann.

Haarteile

Perücken bieten einen Schutz vor den Reaktionen des sozialen Umfelds. Sie funktionieren auch als Barriere. Allerdings gibt es Nachteile. Die Kopfhaut ist bedeckt und durch die Perücke entsteht unnatürliche Wärme, die Schweiß, eine geänderte Talgproduktion und somit eventuell Trockenheit und Schuppenbildung sowie fettige Haare hervorrufen kann. Das Perückentragen kann auch dazu führen, dass Betroffene mehr und ungehemmter an den Haaren ziehen, wenn sie allein sind, da sie ja wissen, dass sie die Folgen unter der Perücke verstecken können. Dieses unangemessene Sicherheitsverhalten kann zu extremen Episoden führen. Eine Perücke kann selbst zur Belastung werden – etwa beim Sport oder bei bestimmten Wetterbedingungen, wenn sie keinen verlässlichen Schutz bietet. Auch in zwischenmenschlichen Beziehungen kann das Tragen eines Haarteils Stress verursachen und zur Vermeidung körperlicher Nähe – von Umarmungen bis hin zur Sexualität – führen.

Hautpflege von außen

Einer der ersten und auch weiteren Schritte könnte ein Beratungstermin in einem Kosmetikstudio sein, um den individuellen Hauttyp bestimmen zu lassen und um für diesen Haut- und Pflegeproduktetipps zu bekommen. Darauf basierend könnten Sie sich eine Hautpflegeroutine aneignen, die Sie unabhängig von dem Skin Picking anwenden.

Nagelpflege von außen

Menschen haben individuelle Präferenzen bezüglich der Pflege ihrer Finger- und Zehennägel. Am besten finden Sie heraus, was für Sie geeignet ist: Feilen mit einer Nagelfeile, Abknipsen mit einem Knipser, Schneiden mit einer Schere. Damit die Haut um die Nägel herum geschmeidig bleibt, benutzen Sie eine Handcreme oder auch ein spezielles Nagelpflegeprodukt. Es kann hilfreich sein, sich ab und zu mal eine professionelle Maniküre oder Pediküre in einem Nagelstudio zu gönnen.

Professionelle Haar-, Haut-, Nagelpflege

Haare schneiden im Salon

Vor einem Ersttermin empfehlen wir, unbedingt mit der Friseurin oder dem Friseur zu sprechen und von Trichotillomanie zu erzählen. Wenn Ihnen Privatsphäre wichtig ist, fragen Sie, ob es einen separaten Raum gibt oder eine Zeit während der Woche, wo der Salon wenig besucht ist.

Wichtig ist, dass Sie sich beim Friseurbesuch verstanden und nicht bewertet, sondern einfach ganz normal respektvoll behandelt fühlen.

Wenn Ihre Haare aufgrund der Trichotillomanie eher dünner und ausgefranst sind, bitten Sie um einen Haarschnitt, der mit einer stumpfschneidetechnik präzise angleicht. Verzichten Sie dafür auf eine Haarbehandlung mit einer Effilierschere, mit den Techniken des Ausdünnens, dem Federn, Pointen und Slicen. Auch Stufen sollten vorab besprochen werden. Stufen können nur bei welligem Haar, wenn überhaupt, optisch mehr Volumen schaffen. Stufen reduzieren immer das Haarvolumen.

Gesichts- und Dekolletébehandlung im Kosmetikstudio

Zusätzlich zu der oben erwähnten individuellen Pflege- und Produktberatung, empfiehlt sich ein Besuch bei der Kosmetikerin für eine Behandlung, um sich etwas Gutes zu tun, zu entspannen und die Symptomatik in andere Hände geben zu können. Gönnen Sie sich so oft wie es Ihnen gut tut einen solchen Termin.

Nagelpflege im Nagelstudio

Nagellack, Mani- und Pediküre sind bekannte Barrieremaßnahmen, um nicht an den Nägeln zu kauen. Auch hier kann es eine Wohltat und beruhigende Erfahrung sein, sich in einem Nagelstudio verwöhnen zu lassen.

Haar-, Haut-, Nagelpflege von innen

Es gibt eine Fülle an Nahrungsergänzungsmitteln, die speziell für die Gesundheit der Haare, Haut und Nägel entwickelt wurden. Diese Präparate sowie Ernährungstipps sollten immer individuell überprüft und gegebenenfalls mit dem Haus- und Hautarzt abgeklärt werden. Durch ein umfangreiches Blutbild kann herausgefunden werden, ob gegebenenfalls ein Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen vorliegt. Generell versteht sich, dass ein ausgewogener, gesunder Ernährungs- und Lebensstil dem allgemeinen Wohlbefinden der Betroffenen dienlich ist.

Eigen- und Fremdwahrnehmung bei den sichtbaren BFRBDs

Betroffene, deren BFRBDs sichtbar sind, machen sich häufig intensive Gedanken über ihr äußeres Erscheinungsbild und darüber, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Oft befürchten sie, dass ihre Erkrankung sofort erkannt wird. Diese Sorge kann soziale Kontakte stark beeinträchtigen und im Extremfall sogar zu sozialer Isolation führen.

Ein Verhaltensexperiment, welches therapeutisch oder familiär begleitet wird, könnte darin bestehen, sich ohne Haarbedeckung oder Make-up zu zeigen, um herauszufinden, wie andere auf das Aussehen des/der Betroffenen reagieren. Wie sehen mich andere? Was passiert, wenn ich mich mit den Spuren der TTM, des Skin Picking oder abgekauerten Fingernägeln zeige?

Wenn Betroffene dieses Verhalten üben, kann es zu gesteigertem Selbstvertrauen und Akzeptanz der Erkrankung führen.

Was können Betroffene tun?

Erwachsene Betroffene können sich oft selbst wirksam unterstützen. Selbsthilfe ist ein wichtiger Schritt – sie gibt das Gefühl, nicht länger dem Zwang ausgeliefert zu sein, sondern aktiv etwas verändern zu können.

Selbsthilfe steht kostenlos zur Verfügung, ist jederzeit möglich und unabhängig von Therapieplätzen oder Wartezeiten. Sie kann eine professionelle Therapie sinnvoll ergänzen oder ihr vorausgehen.

Wichtige Bestandteile der Selbsthilfe sind:

- Selbstbeobachtung: Wann und warum tritt das Verhalten auf?
- Selbsterkenntnis: Was brauche ich wirklich in diesen Momenten?
- Selbstfindung: Was hilft mir ganz persönlich?

Viele Betroffene wissen oft mehr über ihre Störung als ihr Umfeld – auch mehr als Fachleute, die keine Erfahrung mit BFRBDs haben. Sie sind Expert:innen für ihr eigenes Verhalten. Deshalb kann es einfacher und hilfreicher sein, bei sich selbst anzusetzen, statt anderen ständig erklären zu müssen, was eigentlich los ist.

Selbsthilfe umfasst:

- Maßnahmen zur generellen Verbesserung der Lebensumstände und der Lebensqualität,
- das Erproben und Anwenden konkreter BFRBDs-Strategien, um Auslöser zu vermeiden und konstruktive Verhaltensalternativen zu etablieren,
- sowie die aktive Nutzung von Informationsquellen, Netzwerken und Selbsthilfegruppen, die sich mit BFRBDs beschäftigen.

Im Folgenden gehen wir auf diese drei Bereiche näher ein.

Maßnahmen zur generellen Verbesserung der Lebensumstände und Lebensqualität

Nachfolgend sind Lebensbereiche mit Beispielen aufgeführt, die in Zusammenhang mit BFRBDs stehen können. Selbsthilfe für Betroffene bedeutet zunächst, die eigenen Lebensbereiche hinsichtlich potenziellen Stresses, Über- oder Unterforderung, Langeweile sowie Ungleichgewichte zu reflektieren. Zur Selbstbeobachtung im Bereich der Lebensgestaltung gehört auch die Berücksichtigung möglicher Einflüsse wie

Drogen- und Medikamenteneinnahme, allgemeiner Gesundheitszustand, Ernährung, Menstruationszyklus, körperliche Aktivitäten sowie Schlafverhalten auf das symptomatische Verhalten. Anpassungen und Verbesserungen in diesen Bereichen können den Drang und die Intensität des BFRBDs beeinflussen.

Es kann hilfreich sein, eine stabile Tagesstruktur zu etablieren, die eine Balance zwischen Aktivität und Entspannung schafft. Dazu zählen ausreichend Schlaf, eine gesunde und regelmäßige Ernährung sowie ein individuell optimales Maß an sozialen Kontakten, Online-Aktivitäten, Hobbys und Sport. Betroffene neigen oft zu Impulsivität, Perfektionismus und setzen sich nicht selten selbst unter hohen Druck. Hier kann es sinnvoll sein, einen Wochenplan zu erstellen, in dem Aktivitäten und Entspannungsphasen festgehalten werden. Auch tägliche Eintragungen am Morgen in ein Ring- oder Tagebuch erfüllen denselben Zweck.

Erste Schritte können darin bestehen, den eigenen Tagesablauf aufmerksam zu beobachten und auszuwerten. Es kann hilfreich sein, Verhaltensmuster und Abläufe gezielt zu verändern, um eine individuell passende und wohltuende Tagesstruktur zu etablieren.

Ein bewusster und reflektierter Umgang mit Social-Media ist ratsam – gegebenenfalls unterstützt durch gezielte Regulationsmechanismen wie beispielsweise festgelegte Bildschirmzeiten.

Das regelmäßige Praktizieren von Entspannungsverfahren trägt zur inneren Balance bei.

Sich täglich bewusst etwas Gutes zu tun, fördert das Wohlbefinden. Überlegen Sie, was Ihnen Freude bereitet und halten Sie diese Ideen in einer gedanklichen oder schriftlichen Liste fest.

Dem Aufbau und der Stärkung des Selbstwertgefühls sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das eigene Selbstbild sollte nicht ausschließlich vom äußeren Erscheinungsbild oder Verhalten abhängen, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit mit all seinen individuellen Stärken umfassen. Ziel ist es, den eigenen Schwächen und Lernprozessen mit Wohlwollen und Akzeptanz zu begegnen.

Im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen empfiehlt es sich, die Kommunikation zu verbessern, eigene Bedürfnisse klar zu äußern und die Bedürfnisse anderer zu erfragen. Beziehungen profitieren von Aufmerksamkeit und Wertschätzung. Ebenso wichtig ist es, Konflikte auszuhalten, sich Herausforderungen zu stellen, Grenzen zu setzen und »Nein« zu sagen – ebenso wie sich zu öffnen, »Ja« zu sagen und um Unterstützung zu bitten.

Strategien gegen BFRBDs

Die erste BFRBD-Strategie besteht in der Selbstbeobachtung des symptomatischen Verhaltens. Vielen Betroffenen ist oft gar nicht bewusst, wann und in welchen Situationen sie an ihrer Haut knibbeln, an den Haaren ziehen, Nägel kauen oder andere körperbezogene Verhaltensweisen ausführen. Daher ist es hilfreich, sich selbst über einige Tage oder Wochen hinweg zu beobachten, um die Auslöser – sogenannte Trigger – und die jeweiligen Situationen zu erkennen. Hierfür kann ein Selbstbeobachtungsbogen (Abbildung 9) genutzt werden.

Abbildung 9: Selbstbeobachtungsbogen

Datum	Situation/ Ereignis vorher	Gefühle vorher	Gedanken vorher	BFRD- Verhalten?	Wie lange? Wie oft?	Gefühle danach	Was hätte ich stattdessen tun können?

Weitere bewährte BFRBD-Strategien sind Schutz, Ablenkung und das Aushalten:

Schutz bieten beispielsweise Mützen, Handschuhe, Haarbänder, Vaseline für die Augenbrauen, künstliche Nägel, Nagellack, gedimmtes Licht im Badezimmer oder abgedeckte Spiegel.

Ablenkung kann bedeuten, Fidget Toys (Abbildung 10) wie Knautschbälle, Stofftiere, Armbänder, Ringe oder vibrierende Armbänder zu verwenden. Handarbeiten wie Nähen, Stricken oder Häkeln beschäftigen die Hände, sodass diese nicht gleichzeitig ins Gesicht oder in die Haare greifen können. Auch Kaugummi, Brausetabletten oder das Riechen und Schmecken an einem scharfen Gewürz helfen, Betroffene aus einem tranceähnlichen Zustand zurück ins Hier und Jetzt zu holen. Die Situation zu verlassen – etwa den Raum, das Sofa, den Computer oder das Bett – und aufzustehen, um sich etwas zu trinken oder zu essen zu holen, kann ebenfalls hilfreich sein. Oft genügt bereits Bewegung, um die Handlung zu unterbrechen.

Abbildung 10: Verschiedene Fidget Toys

Fidget Toys etc.	Klassische • Fidget Spinner – rotierende Spielzeuge, die zwischen den Fingern gedreht werden • Fidget Cube – Würfel mit verschiedenen Knöpfen, Schaltern, Rädern und Flächen • Pop It / Push Pop Bubble – Silikonplatten mit Blasen zum Reindrücken (wie Luftpolsterfolie) • Tangle Toy – verdrehbares Gliederspielzeug, das immer neu geformt werden kann • Stressball / Anti-Stressball – weiche Bälle zum Kneten und Drücken • Infinity Cube – zusammenklappbarer Würfel, der sich endlos falten lässt • Magnetische Kugeln / Bausteine – kleine Magnetteile zum Kombinieren und Formen • Knetmasse / Thinking Putty – dehnbare, formbare Masse, ähnlich wie Knete • Fidget Pad – wie ein Gamecontroller mit verschiedenen Knöpfen und Schaltern • Marble and Mesh – eine Kugel, die durch ein Netz geschoben werden kann
	Sensorisch / taktil betonte • Texturplatten / Sensorikpads – mit rauen, weichen, stacheligen oder glatten Flächen • Flauschige Stofftiere oder Stoffbänder – zum Streicheln, besonders bei sensorischem Bedarf • Klick-Klack-Armbänder – schnappbare oder drehbare Armbänder • Quietsch- oder Drückspielzeuge – mit Geräuschen oder Widerstand
	Besondere Varianten • Fidget Jewelry (z. B. drehbare Ringe) • Zappelmänner / Zappeltiere – flexible Figuren mit beweglichen Gelenken • Handtrainer mit Federn oder Widerstand – kombinieren Spieltrieb mit Krafttraining • Fidget Pen – Stifte mit drehbaren, klickbaren oder magnetischen Teilen • Bendable Sticks – biegsame Stäbe aus Gummi oder Draht • Worry Stones (Sorgensteine) – glatte Steine, die durch Reiben beruhigend wirken

... und andere

Diese Verhaltensweisen treten häufig dann auf, wenn man allein ist. Daher kann es hilfreich sein, den Kontakt zu vertrauten Personen zu suchen. BFRBDs zeigen sich oft während ruhiger oder passiver Tätigkeiten wie Fernsehen, Videogesprächen oder Lesen. In solchen Momenten können Achtsamkeit – etwa durch bewusstes Atmen – und der gezielte Einsatz von Fidget Toys unterstützend wirken.

Aushalten bedeutet, innere Anspannung, Unruhe oder starke Emotionen bewusst wahrzunehmen und auszuhalten. Betroffene können sich dazu beispielsweise auf die Hände setzen, eine Faust ballen oder die Hände gegeneinanderpressen. Wichtig ist, die Erfahrung zu machen, dass die innere Anspannung, Unruhe oder Angst nach einiger Zeit wieder abklingt. Bei manchen dauert dies nur wenige Minuten, andere erleben eine Besserung erst nach ein bis zwei Stunden. In der klassischen Verhaltenstherapie wird dies als Exposition mit Reaktionsverhinderung bezeichnet. Diese Expositionsübungen

sind herausfordernd und mitunter belastend. Deshalb sollten sie zunächst gemeinsam mit einem Psychotherapeuten eingeübt werden, bevor Betroffene sie eigenverantwortlich fortführen. Für viele Menschen sind Leerlaufzeiten oder gar Langeweile schwer auszuhalten. Daher empfiehlt es sich, gezielt zu lernen, sich zu entspannen und Leerlaufphasen auszuhalten.

Je häufiger die genannten Strategien – idealerweise täglich – angewendet werden, desto stärker verankert sich das neue Verhalten. Nach jeder erfolgreichen Übung kann der Effekt durch eine positive Erfahrung verstärkt werden: Lieblingsmusik hören, kochen, lesen, Freund:innen treffen oder sich selbst eine kleine Freude machen.

Ressourcen zu (re-)aktivieren ist wichtig, da gute Verhaltensalternativen wieder bewusst integriert werden sollten, um Abstand von dem Verhalten zu nehmen, was man ändern möchte. Wenn man zum Beispiel die Pflegeroutine verkürzen will, ist es hilfreich, wenn ein spannender Krimi schon nebenan wartet. Ein Leitsatz kann dabei unterstützend sein: »Do more of what makes you happy.« Freudvolle Aktivitäten bewusst im Leben zu integrieren, gleicht Belastungen und Stress aus.

Betroffene sollten sich durch Ausrutscher oder Rückfälle nicht entmutigen lassen, sondern sich selbst verzeihen und am nächsten Tag einfach weiterüben. »Das ist okay! Morgen ist ein neuer Tag, an dem ich dem Zwang widerstehen werde!« Es kann hilfreich sein, in sich hineinzuhorchen und sich zu fragen: »Was fehlt mir? Was brauche ich jetzt?«

Die bereits genannten Methoden – Habit Reversal Training, Habit Replacement Methode und Entkopplungsmethoden – lassen sich eigenständig anwenden. Apps wie Cogito oder Knibbelstopp unterstützen dabei, Verhaltensweisen wahrzunehmen und zu unterbrechen.

Informationsquellen, Netzwerke und Selbsthilfegruppen

»Ich freue mich sehr, dass es diese Gruppe gibt und ich nicht mehr alleine bin. Es tut gut, zu hören, wie andere Betroffene damit umgehen.«

Michael, Betroffener

Organisierte Selbsthilfegruppen können eine großartige Möglichkeit für Verbindung, emotionale Unterstützung und Vernetzung sein.

Viele Betroffene schämen sich ihres Verhaltens sehr und glauben, dass sie die Einzigen sind, die an den Haaren ziehen, an der Haut knibbeln oder an den Nägeln kauen. In ihrem privaten Umfeld, mit Familie, Freunden, aber auch in Schule und Beruf erfahren sie nicht

selten Unverständnis und müssen sich immer wieder den verletzenden Satz: »Hör doch auf damit...!« anhören. Das führt zu stärkerem, sozialem Rückzug und zu geringerem Selbstvertrauen. Selbsthilfegruppen bieten hier eine gute Möglichkeit, sich mit Menschen auszutauschen, die auch an BFRBDs leiden. Hier fühlen sich Betroffene verstanden, angenommen und erfahren, welche Erfahrungen im Leben mit Therapie- oder Selbsthilfe Manualen gemacht wurden. Selbsthilfegruppen ersetzen keine Therapie. Sie bieten aber die Möglichkeit, vor und nach der Therapie weiter am Thema zu bleiben und bei möglichen Krisen Anteilnahme und Verständnis zu erfahren. Selbsthilfegruppen werden von Betroffenen geleitet, sind ein kostenloses Angebot und sind unabhängig von kulturellem und religiösem Hintergrund. Zu den ca. 10 bestehenden Präsenzgruppen in Deutschland finden seit ein paar Jahren auch Online-Gruppen für Betroffene, Angehörige und Kinder- und Jugendliche statt. Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de), der Skin-Picking und Trichotillomanie e.V. (www.bfrbs.de) und die Webseite von Dr. Christina Gallinat www.skinpicking-trichotillomanie.de geben gern Auskunft zu den Gruppen. Neben diesen Angeboten bietet Antonia Peters, Vorstandsmitglied der DGZ e.V., telefonische und kostenlose Beratung zu den BFRBDs an. Montag 19–22 Uhr unter 0402006139.

Gruppen in sozialen Medien

Seit mehreren Jahren haben Betroffene und Angehörige die Möglichkeit, sich in verschiedenen Gruppen auf Facebook und Instagram auszutauschen. Diese Online-Plattformen bieten den Vorteil, dass Menschen aus allen Regionen Zugang zu Informationen erhalten und miteinander in Kontakt treten können. Die Facebook-Seite »Trichotillomanie-Infopoint und Kummerkasten« ermöglicht Betroffenen und Angehörigen, ihre Erfahrungen miteinander zu teilen. Eine weitere Seite, »Trichotillomanie Infostelle«, dient dazu, dass Antonia Peters ihre persönlichen Erfahrungen mit Trichotillomanie und Therapie weitergibt und Mut macht, dem Ziehen, Knibbeln und Beißen entgegenzutreten.

Im Bereich der Selbsthilfe gilt: Alles, was Betroffenen bei der Bewältigung und Überwindung der Erkrankung hilft, ist richtig – sei es das Führen eines Tagebuchs, das Anfertigen von Protokollen, das Erlernen der Traumanalyse, die Teilnahme an Workshops zur Selbstfindung, Yoga, Meditation, Sport, der Besuch einer Selbsthilfegruppe, das Forschen zur Erkrankung oder vieles mehr.

Seit 1970 riss ich mir die Kopfhaare aus, führte sie über die Lippen, kaute darauf herum und schluckte sie schließlich hinunter. Um die ersten kahlen Stellen zu verbergen, trug ich Kopftücher und später vier Jahre lang eine Perücke.

Selbstbeobachtung

Viele Betroffene wissen oft gar nicht, wann und wie häufig sie an ihren Nägeln kauen, an der Haut kratzen oder an den Haaren ziehen. Diese Verhaltensweisen treten bei vielen Menschen unbewusst und automatisch auf. Ein erster Schritt zur Veränderung kann die bewusste Selbstbeobachtung sein. Es gibt verschiedene Methoden, um herauszufinden, wann und wie oft man zieht, kratzt oder kaut.

Strichliste

Eine Möglichkeit besteht darin, eine Strichliste zu führen oder in einen großen Kalender einzutragen, wann und wie oft nicht gezogen wurde. Visuell ansprechender ist es vielleicht, zur Ermutigung kleine Herzen in den Tageskalender zu malen oder für jeden reißfreien Tag bunte Sticker aufzukleben. Kommt es zu einem Rückfall, kann man sich sagen: »Okay, heute gab es offenbar nichts Besseres, als zu kauen, zu kratzen oder zu ziehen. Aber morgen habe ich wieder die Chance, es zu lassen.

Visuelle Beobachtung und Dokumentation

Viele Betroffene greifen heute zum Handy oder Smartphone, um mit einem Foto ihr Erscheinungsbild zu überprüfen oder kleine Erfolge zu feiern – etwa dann, wenn sie es geschafft haben, das Ziehen oder Kratzen zu unterlassen.

Das bewusste Auseinandersetzen mit dem eigenen Aussehen kann jedoch bei manchen Betroffenen das Verhalten verstärken, insbesondere wenn der Gedanke aufkommt: »Jetzt ist es sowieso egal.« Schuldgefühle und Ängste nehmen dann zu, sodass das Verhalten zur Beruhigung eingesetzt wird. Daher ist Vorsicht geboten! Am besten erfolgt diese Beobachtungsphase im Rahmen einer Psychotherapie.

Eigenmotivation

Um mich zu motivieren, habe ich mir inspirierende Sprüche auf Karten geschrieben und sie im Badezimmer sowie an jenen Orten aufgehängt, an denen ich häufig an meinen Haaren gezogen habe. Mein Lieblingsspruch lautete: »Ich liebe meine Haare und heute brauche ich das Ziehen oder Reißen nicht. Ich schaffe das!« Zusätzlich habe ich ein altes Foto von mir, auf dem ich eine Dauerwelle und volles Haar trage, an meinen Badezimmerspiegel gehängt – so wollte ich wieder aussehen.

Was können Angehörige tun?

»Jegliches gutes Zureden hat nichts geholfen – im Gegenteil, es hat die Situation oft nur noch verschlimmert.«

Wolf, Angehöriger

Eltern, Angehörige, Partner:innen, Freund:innen und Kolleg:innen können Betroffene dabei unterstützen, BFRBDs zu reduzieren und zu überwinden. Die folgenden Hinweise richten sich gezielt an enge Bezugspersonen. Empfehlungen für Lehrkräfte und Erzieher:innen finden sich im weiteren Verlauf dieser Behandlungsempfehlungen.

Jede:r Angehörige sollte für sich abwägen, welche der Empfehlungen im individuellen Umgang mit Betroffenen sinnvoll erscheinen. Es gibt keine universell gültige Lösung – vielmehr gilt es, die Hinweise an die jeweilige Familiensituation, Beziehungsdynamik und persönliche Lebensrealität anzupassen und alltagstauglich zu integrieren.

Bevor Sie das Gespräch suchen, empfiehlt es sich, diese Behandlungsempfehlungen vollständig zu lesen und sich zusätzlich über BFRBDs zu informieren.

Empfehlungen für ein erstes Ansprechen

Für die Gruppe der Angehörigen, die bislang noch nie mit den Betroffenen über deren Verhalten gesprochen haben, stellt sich zunächst die Frage: Wie spreche ich mein Kind oder meinen Partner auf die Verhaltensweisen an? Wir empfehlen, für dieses Gespräch ausreichend Zeit einzuplanen und einen Moment zu wählen, in dem Sie ungestört miteinander reden können. Dies ist besonders wichtig, da es sich für die Betroffenen um ein höchst schambehaftetes Thema handelt.

Hier einige Formulierungsvorschläge:

- Ich habe etwas auf dem Herzen und möchte gern mit dir darüber sprechen.
- Können wir einen Zeitpunkt vereinbaren, zu dem wir beide ungestört reden können?

Wenn Sie dann mit der oder dem Betroffenen zusammensitzen:

- Ich möchte dir sagen, dass ich mich informiert habe, was es mit deinem Verhalten auf sich hat. Ich habe gelernt, dass es keine schlechte Angewohnheit

ist, die man sich einfach abgewöhnen kann. TTM, SPD oder andere gehören zu den Zwangsspektrumsstörungen.

- Wie geht es dir damit?
- Ich möchte dir sagen, dass ich für dich da bin. Was brauchst du von mir?
- Wie kann ich dich unterstützen? Wollen wir gemeinsam verschiedene Möglichkeiten zusammentragen?
- Eine Möglichkeit wäre, dass ich dich auf dein Verhalten anspreche oder – wenn wir nicht allein sind – ein Codewort oder eine Geste verwende. Ich spreche nur mit deinem Einverständnis mit anderen Menschen.

Empfehlungen für Eltern von Kindern mit BFRBDs

Sich über die Erkrankung informieren

Entscheidend ist, dass sich Eltern Wissen zur Erkrankung aneignen. Es gibt hilfreiche Empfehlungen und Strategien, wie Eltern ihre Kinder bei der Bewältigung der Krankheit unterstützen können.

Fokus ändern – die Symptomatik sollte nicht den Alltag bestimmen

Hilfreich kann es u.a. sein, den Blick nicht nur auf die Symptomatik selbst, sondern auch auf angenehme, gemeinsam verbrachte Zeit zu lenken. Je nach Alter der Betroffenen und des Einbezogeneins kann es empfehlenswert sein, gemeinsame Zeiten zu fördern.

Selbstfürsorge

Eltern sollten auch auf Zeiten für sich selbst achten. Die Balance zwischen eigener Selbstfürsorge und »Eltern sein« erscheint dabei entscheidend.

Wann und warum brauchen Angehörige professionelle Hilfe?

Manche Angehörige von Menschen mit BFRBDs fühlen sich durch die Erkrankung emotional belastet. Sie möchten helfen, fühlen sich jedoch gleichzeitig überfordert, frustriert oder hilflos. Diese Gefühle können sich mit der Zeit verstärken, besonders wenn der Eindruck entsteht, dass sich trotz aller Bemühungen nichts verbessert. In solchen Fällen kann es sehr sinnvoll sein, selbst professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Der Wunsch zu helfen, kann bei Angehörigen auch dazu führen, dass sie sich selbst zurückstellen oder in kontrollierende Rollen verfallen. Manche übernehmen die Verantwortung für das Verhalten des betroffenen Menschen, was sowohl die Beziehung als auch die Symptome negativ beeinflussen kann.

Wenn familiäre Spannungen zunehmen, Missverständnisse dominieren oder der Alltag stark vom Verhalten der betroffenen Person geprägt ist, könnte das darauf hinweisen, dass auch Angehörige Unterstützung benötigen.

Professionelle Hilfe bietet Angehörigen die Möglichkeit, mehr über die Erkrankung zu erfahren. Durch Psychoedukation können sie das Verhalten der betroffenen Person besser einordnen und erkennen, dass es sich nicht um eine bloße schlechte Angewohnheit handelt, sondern um eine ernstzunehmende psychische Störung. Gleichzeitig lernen sie, wie sie unterstützend und gleichzeitig abgrenzend handeln können, ohne in Überfürsorglichkeit oder Druck zu verfallen.

Therapeutische Unterstützung kann auch dabei helfen, die eigene seelische Gesundheit zu schützen. Viele Angehörige entwickeln mit der Zeit selbst Symptome von Erschöpfung, Angst oder sogar Depression, weil sie sich in der Unterstützungsrolle aufreiben. Gespräche mit Fachpersonen oder der Austausch in Selbsthilfegruppen kann in solchen Situationen entlasten, neue Perspektiven eröffnen und Wege aufzeigen, wie man gut für sich selbst sorgen kann, während man für eine geliebte Person da ist.

Nicht zuletzt profitieren auch die betroffenen Menschen selbst, wenn ihr Umfeld informiert, stabil und unterstützend ist. Ein verstehendes, aber nicht drängendes soziales Umfeld kann die Wirkung therapeutischer Maßnahmen verstärken und Rückfälle abfedern. Die professionelle Begleitung von Angehörigen ist also keine »Nebensache«, sondern ein wichtiger Bestandteil der Behandlung und Begleitung bei BFRBDs.

Sollten Angehörige sich selbst Hilfe suchen?

Angehörige können sich Hilfe und Unterstützung innerhalb von Selbsthilfegruppen für Angehörige holen. Wenn die eigenen Belastungen zu groß werden, oder eigene Ängste und Unsicherheiten hinzukommen, besteht auch die Möglichkeit, eine Psychotherapie für sich selbst in Anspruch zu nehmen. Neben Bezugspersonenstunden für Eltern von

betroffenen Kindern, können Therapeut:innen auch für Angehörige ein Stundenkontingent von ca. 10 Stunden beantragen.

Fragen, die Angehörige an sich selbst richten können:

- Wie geht es mir mit der Erkrankung meiner oder meines Angehörigen? Wie beeinflusst das Verhalten unsere Beziehung?
- Kontrolliere ich mein Kind bzw. Partner:in etc. zu stark?
- Stelle ich zu hohe Ansprüche an mein Kind bzw. Partner:in etc.?
- Fordere ich zu viel? Stelle ich zu viele Spielregeln für das gemeinsame Miteinander auf?
- Wobei kann ich mein Kind/Partner:in etc. gegebenenfalls noch mehr unterstützen?
- Wie kann ich als Angehöriger noch mehr die gesunden Anteile meines Kindes/Partner:in etc. fördern?
- Leide ich auch an einem BFRBD? Fühle ich mich deshalb schuldig und reagiere deshalb kontrollierend?

Entscheidend ist: Es geht nicht darum, einen Schuldigen zu finden! Hilfreich kann es aber trotzdem sein, herauszufinden, ob Angehörige zur Aufrechterhaltung der körperbezogenen Zwänge beitragen.

Anhang

Auswahl an Videos/ Podcast zu BFRBDs

Podcast von Dr. Christina Gallinat

bfrbcare.podigee.io

Selbsthilfetechniken

www.tricks-gegen-ticks.de/

www.youtube.com/watch?v=vsGhunUHVYI

www.clinical-neuropsychology.de/habit-replacement/

Nägelkauen

www.youtube.com/watch?v=Gb0hfeE9no

Skin Picking

www.youtube.com/watch?v=YAJA6-h708Y

www.youtube.com/watch?v=7ez6s2eBQbo

Podcast zur Selbstwirksamkeit mit einer Folge zu Skin Picking

Skin Picking Betroffene Julia Röseler bei [Raus aus der Sinnlosigkeit, rein in die Selbstwirksamkeit](#)

www.podcast.de/episode/664413480/19

Trichotillomanie

www.youtube.com/watch?v=7A9z07rgmJA

www.youtube.com/watch?v=7J0-gZuu7gg

www.youtube.com/watch?v=hbQzWWFcews

Glossar der BFRBDs

Kopf- und Barthaar, Augenbrauen, Wimpern, Körperbehaarung, Haare im Intimbereich

Trichocryptomanie – das Haar über der Kopfhaut abbrechen

Trichodaknomanie – auf den Haaren beißen

Trichophagie – das Essen der Haare

Trichorrexomanie – das Abschneiden der Haare mit den Fingernägeln

Trichorrhizophagie – das Essen der Haarwurzel

Trichoteiromanie – das Reiben der Kopfhaare, auch um Juckreiz zu lindern, resultiert in sehr kurzen Borstenhaaren

Trichotemnomanie – das Abschneiden der Haare, der Haarspitzen

Trichotillomanie, Hair Pulling Disorder – das Ausziehen der eigenen Haare

Haut

Acne excoriée – die von Akne betroffenen Hautpartien bearbeiten

Dermatillomanie, Excoriation Disorder, Skin Picking Disorder – an der Haut pulen oder knibbeln, quetschen oder kratzen

Dermatophagie – in die eigene Haut beißen, an der Haut knabbern und essen

Perionychoophagie – das Abknabbern der Haut um die Nägel herum

Perionychotillomanie – das Abreißen der Haut um die Nägel herum

Puritus – sich intensiv kratzen

Nägel

Onychodaknomanie – Schmerzhaftes Nägel beißen

Onychophagie – Nägelkauen, Nägelbeißen, essen

Onychotillomanie – Nagelreißen

Onychoteiromania – Nagelreiben

Onychotemnomania – Nägelschneiden

Augen

Schleimfischer-Syndrom, Mucus Fishing Syndrome – die Augen wiederholt mit den Fingern reinigen, um Augensekrete wie Schleim oder Ausscheidungen zu entfernen

Ohren

Waschzwang – Die Ohren wiederholt mit den Fingern oder Instrumenten reinigen, um Ohrensekrete zu entfernen

Nase

Rhinotillexomanie – in der Nase pulen, zwanghaftes in der Nase bohren

Mukophagie – Nasensekrete essen

Mund

Bruxismus – Zähne knirschen oder aufeinander pressen, Unterkiefer hin und her schieben

Cavitadaxia – Sammelbegriff für das Wangen-, Lippen- und Zungenbeißen

Cheilitis factitia – Lippen lecken

Morsicatio buccarum – Wangenbeißen

Morsicatio labiorum – Lippenbeißen

Morsicatio linguarum – Zungenbeißen

Morsicatio mucosae oris – auf der Schleimhaut des Mundes beißen

Zähne mit Fingernägeln und Zahnstochern säubern, Zähne mit der Zunge lecken

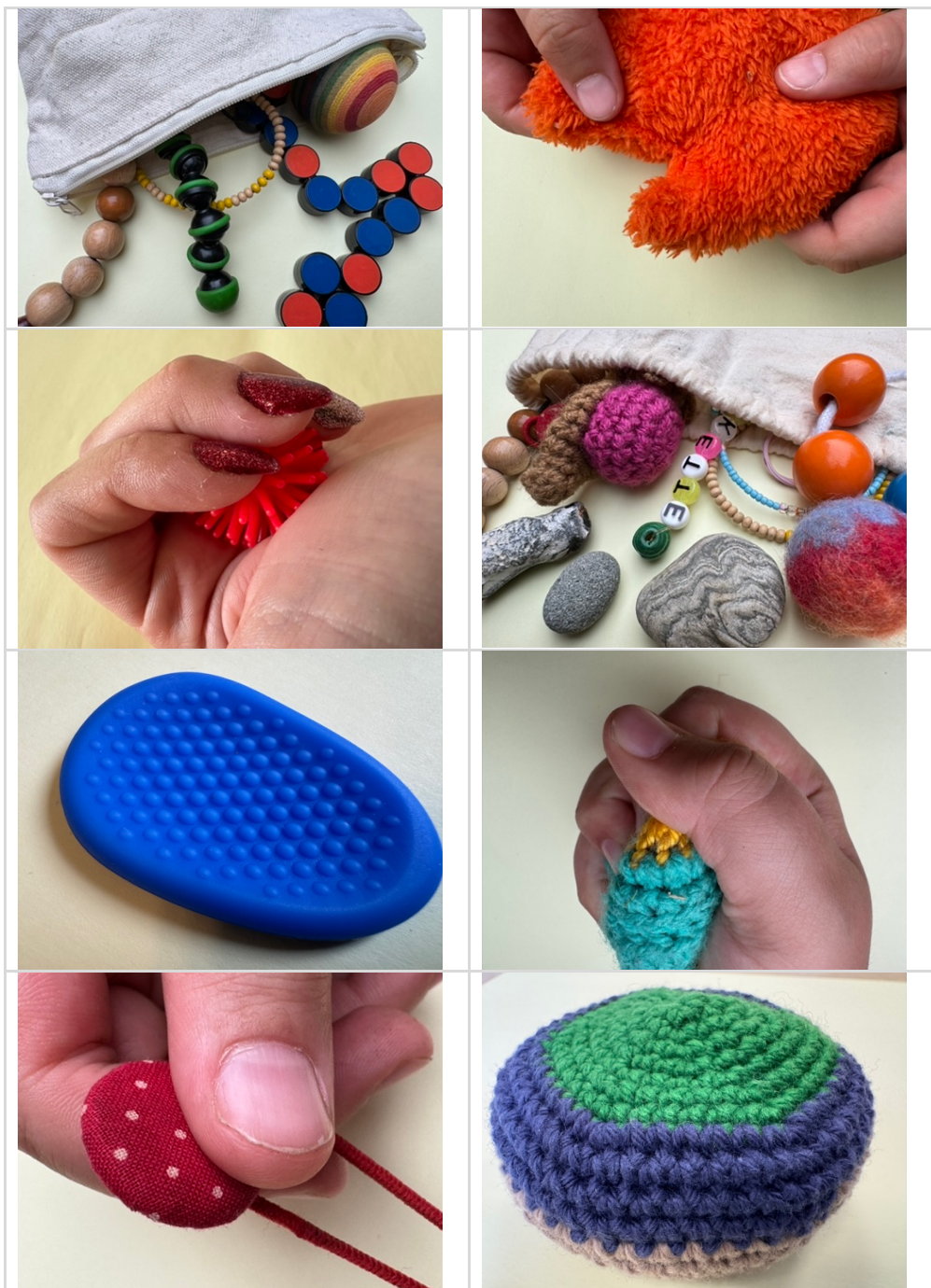
Finger und Gelenke

Lutschhabit, Saugreflex – An den Fingern oder Daumen lutschen

Tylositis pararticularis – Unechte Fingerknöchelpolster, Veränderungen durch Reiben, Kauen

Krepitation – Gelenke knacken

Fidget Toys auf einen Blick – Bunte Bildgalerie



Literatur

- Bartels, M. (2021). Editorial: The Value of Genetically Informative Designs to Understand Pathways of Intergenerational Transmission and Direction of Causality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(7), 808–810. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.017>
- Bäumer, I. (with Gallinat, C.). (2022). Frieden Mit Meiner Haut: Wege, Skin Picking Zu Überwinden (1st ed). Frankfurt am Mabuse.
- Bäumer, I., & Schubert, B. (2019). In meiner Haut: Leben mit Skin Picking (3., aktualisierte Auflage). Frankfurt am Mabuse.
- Bohne, A. (2009). Trichotillomanie. Hogrefe.
- Christensen, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *American Journal of Psychiatry*, 148(3), 365–370. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.3.365>
- Eckartsberg, E. (2022). Wut, wofür bist du denn gut? Juniek.
- Farhat, L. C., Olfson, E., Nasir, M., Levine, J. L. S., Li, F., Miguel, E. C., & Bloch, M. H. (2020). Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 37(8), 715–727. <https://doi.org/10.1002/da.23028>
- Gallinat, C., Keuthen, N. J., & Backenstrass, M. (2016). Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Dermatillomanie: Reliabilität und Validität der deutschsprachigen Version der Skin Picking Scale-Revised. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66(6), 249–255. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107255>
- Ghanizadeh, A. (2011). Nail biting; etiology, consequences and management. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 36(2), 73–79.
- Gilbert, P. (2013). Compassion Focused Therapy. Junfermann.
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2019). Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV). Hogrefe.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2011). Dronabinol, a cannabinoid agonist, reduces hair pulling in trichotillomania: A pilot study. *Psychopharmacology*, 218(3), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2347-8>
- Grant, J. E., Leppink, E. W., Tsai, J., Chamberlain, S. R., Redden, S. A., Curley, E. E., Odlaug, B. L., & Keuthen, N. J. (2016). Does comorbidity matter in body-focused repetitive behavior disorders? *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28(3), 175–181.

- Grant, J. E., Valle, S., Chesivoir, E., & Ehsan, D. (2022). Tetrahydrocannabinol fails to reduce hair pulling or skin picking: Results of a double-blind, placebo-controlled study of dronabinol. *International Clinical Psychopharmacology*, 37(1), 14. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000382>
- Grant, J. E., Chesivoir, E., Valle, S., Ehsan, D., & Chamberlain, S. R. (2023). Double-Blind Placebo-Controlled Study of Memantine in Trichotillomania and Skin-Picking Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 180(5), 348–356. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220737>
- Hoffman, J., Williams, T., Rothbart, R., Ipser, J. C., Fineberg, N., Chamberlain, S. R., & Stein, D. J. (2021). Pharmacotherapy for trichotillomania. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD007662. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007662.pub3>
- Hollatz, L., & Gerlach, A. L. (2025). Validation of the German Beliefs in Trichotillomania Scale (BiTS-D). *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 1616-3443/a000793. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000793>
- Houazene, S., Aardema, F., Leclerc, J. B., & O'Connor, K. (2021). The Role of Self-Criticism and Shame in Body-Focused Repetitive Behaviour Symptoms. *Behaviour Change*, 38(1), 10–24. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.16>
- Houghton, D. C., Maas, J., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., Franklin, M. E., & Woods, D. W. (2016). Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Research*, 239, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.063>
- Hunger, A., & Lüttmann, H. (2016). Ratgeber Trichotillomanie: Informationen zum krankhaften Haarausreißen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02309-000>
- Jafferany, M., & Osuagwu, F. C. (2017). Use of Topiramate in Skin-Picking Disorder: A Pilot Study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.16m01961>
- Jafferany, M., & Patel, A. (2019). Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. *CNS Drugs*, 33(4), 337–346. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00621-7>
- Jahn, I. (Hrsg.). (2025). Zwangsland: Leben mit Ängsten, Unsicherheiten und Zweifeln. Psychiatrie Verlag.
- Jeyco, D. (2024). Trichotillomanie. Arbeitsbuch: Kognitive Verhaltenstherapietechniken zur Überwindung der Haarziehstörung bei Erwachsenen.
- Jones, G., Keuthen, N., & Greenberg, E. (2018). Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 728–736. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.008>

- Keshtkarjahromi, M., Mariscal, J., Dempsey, K., & Tonarelli, S. (2021). Treatment of Severe Excoriation Disorder With Mirtazapine: A Case Report. *Clinical Neuropsychopharmacology*, 44(5), 189. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000467>
- Krajewski, P. K., Zirpel, H., Saceda-Corrado, D., Thaçi, D., & Szepletowski, J. C. (2025). Exploring pharmacological treatment for trichotillomania: Do we need better education? *International Journal of Dermatology*, 64(1), 92–100. <https://doi.org/10.1111/ijd.17269>
- Kreul, H. (2011). *Ich und meine Gefühle*. Loewe.
- Lee, D. K., & Lipner, S. R. (2022). The Potential of N-Acetylcysteine for Treatment of Trichotillomania, Excoriation Disorder, Onychophagia, and Onychotillomania: An Updated Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6370. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116370>
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Sceery, W., & Guroff, J. J. (1992). Rates of Obsessive Compulsive Disorder in First Degree Relatives of Patients with Trichotillomania: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(5), 925–933. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb01966.x>
- Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 13, 1867–1872. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121138>
- McGuire, J. F., Ung, D., Selles, R. R., Rahman, O., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.015>
- Mehrmann, L. M., & Gerlach, A. (2020). *Ratgeber Skin Picking: Hilfe Bei Dermatillomanie*. Springer.
- Moritz, S., Fricke, S., Treszl, A., & Wittekind, C. E. (2012). Do it yourself! Evaluation of self-help habit reversal training versus decoupling in pathological skin picking: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.11.001>
- Moritz, S., Penney, D., Missmann, F., Weidinger, S., & Schmotz, S. (2023). Self-Help Habit Replacement in Individuals With Body-Focused Repetitive Behaviors: A Proof-of-Concept Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatology*, 159(9), 992. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.2167>
- Moritz, S., & Rufer, M. (2011). Movement decoupling: A self-help intervention for the treatment of trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.07.001>

- Moritz, S., Treszl, A., & Rufer, M. (2011). A Randomized Controlled Trial of a Novel Self-Help Technique for Impulse Control Disorders: A Study on Nail-Biting. *Behavior Modification*, 35(5), 468–485. <https://doi.org/10.1177/0145445511409395>
- Murphy, Y. E., Flessner, C. A., & Smith, A. C. (2016). Relationship of Body-Focused Repetitive Behavior Disorders to OCD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(4), 385–393. <https://doi.org/10.1007/s40501-016-0097-2>
- Oliver, G., Dean, O., Camfield, D., Blair-West, S., Ng, C., Berk, M., & Sarris, J. (2015). N-Acetyl Cysteine in the Treatment of Obsessive Compulsive and Related Disorders: A Systematic Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(1), 12–24. <https://doi.org/10.9758/cpn.2015.13.1.12>
- Petermann, F. (2020). Therapie-Tools Eltern- und Familienarbeit (2. Aufl.). Beltz.
- Peters, A. (Ed.). (2008). Trichotillomanie: Fragen und Antworten zum zwanghaften Haare ausreißen (1. Aufl.). Pabst.
- Rodrigues-Barata, A. R., Tosti, A., Rodríguez-Pichardo, A., & Camacho-Martínez, F. (2012). N-acetylcysteine in the Treatment of Trichotillomania. *International Journal of Trichology*, 4(3), 176–178. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.100090>
- Sani, G., Gualtieri, I., Paolini, M., Bonanni, L., Spinazzola, E., Maggiora, M., Pinzone, V., Brugnoli, R., Angeletti, G., Girardi, P., Rapinesi, C., & Kotzalidis, G. D. (2019). Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). *Current Neuropharmacology*, 17(8), 775–786. <https://doi.org/10.2174/1570159X17666190320164223>
- Santhanam, R., Fairley, M., & Rogers, M. (2008). Is it Trichotillomania? Hair Pulling in Childhood: A Developmental Perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 409–418. <https://doi.org/10.1177/1359104508090604>
- Schlosser, S., Black, D., Blum, N., & Goldstein, R. (1994). The Demography, Phenomenology, and Family History of 22 Persons with Compulsive Hair Pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(3), 147–152. <https://doi.org/10.3109/10401239409148996>
- Selles, R. R., La Buissonnière Ariza, V., McBride, N. M., Dammann, J., Whiteside, S., & Storch, E. A. (2018). Initial psychometrics, outcomes, and correlates of the Repetitive Body Focused Behavior Scale: Examination in a sample of youth with anxiety and/or obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 81, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.001>
- Slikboer, R., Nedeljkovic, M., Bowe, S. J., & Moulding, R. (2017). A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical Psychologist*, 21(1), 20–32. <https://doi.org/10.1111/cp.12074>
- Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity,

- similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 618–629. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.008>
- Stavemann, H. H., & Bergmann, W. (2019). Auf ins Leben! Wie Kinder lernen, selbstsicher, motiviert und zuversichtlich zu sein. dgvt.
- Stemberger, R. M. T., Stein, D. J., & Mansueto, C. S. (2003). Behavioral and Pharmacological Treatment of Trichotillomania. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 339–352. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg025>
- Stierle, C. (2022). Compassion Focused Therapy in der Praxis. Beltz.
- Varghese, K., Yan, X., Cao, F., Varghese, K., Yan, X., & Cao, F. (2024). Low-Dose Naltrexone for Excoriation Disorder. *Cureus*, 16(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.55336>
- Vollmeyer, K., & Fricke, S. (2012). Die eigene Haut retten: Hilfe bei Skin Picking (1. Aufl). BALANCE Buch- und Medien.
- Winchel, R. M., Jones, J. S., Stanley, B., Molcho, A., & Stanley, M. (1992). Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(9), 304–308.
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/en/>
- Woods, D. W., & Houghton, D. C. (2014). Diagnosis, Evaluation, and Management of Trichotillomania. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 301–317. <https://doi.org/10.1016/j.pscdgtDqvc.2014.05.005>

