

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/013	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 153 - 166

Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

Inhalt:

- [Pathologisches Glücksspiel](#)
- [Pathologisches Brandstiftung \(Pyromanie\)](#)
- [Pathologisches Stehlen \(Kleptomanie\)](#)
- [Trichotillomanie](#)

Pathologisches Glücksspiel (F63.0)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Pathologisches Spielen ist durch die Unfähigkeit charakterisiert, dem Impuls zum Glücksspiel zu widerstehen, obwohl schwerwiegende persönliche, familiäre oder berufliche Konsequenzen drohen oder bereits eingetreten sind. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

1.2 Leitsymptome

- Häufiges und wiederholtes Spielen
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspiel (z.B. Spieltechniken, Möglichkeiten der Geldbeschaffung für neue Glücksspiele)
- Wiederholte erfolglose Versuche, dem Spieldrang zu widerstehen
- Fortgesetztes Spiel trotz schwerwiegender Konsequenzen wie Verarmung, Zerrüttung der persönlichen Beziehungen
- Das Spiel dient als Möglichkeit, Problemen oder einer depressiven Stimmung auszuweichen
- Das Spielverhalten wird oft gegenüber Familienangehörigen, dem Therapeuten oder anderen verheimlicht
- Kriminelle Handlungen wie Diebstahl zur Finanzierung des Spielens
- Spielen mit steigenden Geldmengen, um die erwünschte Spannung zu erzielen
- Unruhe oder erhöhte Irritierbarkeit bei dem Versuch, auf Spielen zu verzichten
- Vertrauen auf andere zur Begleichung der Schulden.

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt

1.4 Untergruppen

Entfällt

1.5 Ausschlussdiagnose

Entfällt

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Interview (mit Eltern oder Stellvertreter und Patient bzw. Patientin getrennt)

- Allgemeine Anamnese des Jugendlichen
- Spezifische Anamnese, in der die in den Leitsymptomen genannten Verhaltensmuster erfragt werden.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern oder Stellvertretern

Die folgenden Störungen werden in der Vorgeschichte von Patienten mit pathologischem Glücksspiel häufiger gefunden:

- Hyperkinetisches Syndrom im Kleinkind- oder frühen Schulalter
- Tourette-Syndrom
- Störung des Sozialverhaltens
- Drogen- und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit (häufig!)
- Affektive und Angststörungen
- Die Störung tritt manchmal in Zusammenhang mit dem Tod einer wichtigen Bezugsperson, einer körperlichen Erkrankung, schulischen oder beruflichen Misserfolgen und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld auf.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patienten

- Vor allem Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit
- Hyperkinetisches Syndrom mit und ohne Störung des Sozialverhaltens
- Affektive Erkrankungen (pathologisches Spielen findet sich häufiger bei Patienten mit depressiver oder bipolarer Erkrankung)
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Negative Stressbewältigung
- Suizidalität!

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Eltern und Patienten

- Familienanamnese
- Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in der Familie, vor allem bei den Eltern
- Häufung von pathologischen Spielern in der Familie
- Geringe familiäre und/oder außerfamiliäre Unterstützung
- Feststellung von Entwicklungsstörungen
- Feststellung kognitiver Probleme
- Eruierung körperlicher Erkrankungen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Allgemeine Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Befragung von Eltern und Patienten, Beobachtung, Testdiagnostik

- Gewohnheitsmäßiges Spielen oder soziales Spielen (Kontrollmöglichkeit durch den Betroffenen ist vorhanden)
- Spielen im Rahmen einer akuten Manie (F30)
- Spielen im Rahmen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2) (zusätzliche dissoziale oder aggressive Handlungen und mangelnde Empathie gegenüber anderen) oder Störung des Sozialverhaltens (F91). (Diese Störung ist im Jugendalter wesentlich häufiger als das pathologische Spielen.)
- Spielen im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Hierbei ist vor allem auf den für das pathologische Spielen typischen Kontrollverlust zu achten, außerdem Überprüfung der Kriterien einer zusätzlichen Störung des Sozialverhaltens.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Auf der MAS-Achse V (aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) sind eine psychische Störung eines Elternteils sowie akute belastende Lebensereignisse, z.B. Verlust einer liebevollen Beziehung, abzuklären.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

- Soziales Spielen (im Freundeskreis mit vorher vereinbarten und begrenzten Verlusten)
- Professionelles Spielen (mit absehbaren Risiken)
- Spielen im Rahmen von bipolaren Erkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens und antisozialer Persönlichkeitsstörung (s. Kap. 2.3). Bei Suizidalität und psychiatrischen Erkrankungen (affektive Störungen, aber auch hyperkinetisches Syndrom) sind diese vorrangig zu behandeln.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Eine stationäre Behandlung kann angezeigt sein, um eine Herausnahme aus dem Milieu des Patienten zu gewährleisten und längerfristige Behandlungsschritte zu planen. Weitere Indikationen können ausgeprägte depressive Verstimmung und Suizidalität sein.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Über die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsmethoden liegen wenige empirische Befunde vor. Allgemeine Behandlungsprinzipien, die bei den meisten hier genannten Impulskontrollstörungen gelten, sind:

- Aufklärung, Zielanalyse, Motivationsklärung
- Anleitung zur Selbstbeobachtung, Protokollierung von auslösenden Situationen, begleitenden Emotionen und Kognitionen
- Klärung und Bearbeitung der Hintergrundproblematik
- Verhaltenstherapeutische Techniken
 - Training zur Verbesserung der Stressbewältigung, des Problemlöseverhaltens und der sozialen Kompetenz
 - Systematische Desensibilisierung, bei der die Entspannung mit dem Gedanken an Spielverzicht gekoppelt wird
 - Kognitive Umstrukturierung
 - In-sensu- und In-vivo-Exposition (sukzessiver Ersatz anfänglich externer Kontrolle durch Selbstkontrolle)
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe
- Beratung der Eltern und/oder stützend-strukturierende Familientherapie.

Randomisierte placebokontrollierte Studien bei Erwachsenen zeigten keine eindeutige Überlegenheit

von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Fluvoxamin, Sertralin, Paroxetin) gegenüber Placebo. Beachtenswert ist hierbei ein ausgeprägter Placeboeffekt von 50-70%. Kontrollierte Studien zu Lithium, Valproat und Topiramal belegten eine Wirksamkeit, beinhalteten jedoch keinen Placebovergleich. Insgesamt kann zur Zeit keine Empfehlung zur medikamentösen Behandlung des pathologischen Glückspiels im Kindes- und Jugendalter gegeben werden.

Es gibt nur ganz wenige kontrollierte Studien, die auf eine Wirksamkeit von Verhaltenstherapie oder kognitiv-behavioraler Therapie hinweisen. Beachte: Die Studien zeichnen sich durch kleine Fallzahlen und unzureichendes Design aus (V).

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Siehe Kapitel 4.1 und 4.2.

4.4 Vorgehensweise und Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.1 und 4.2.

4.5 Vorgehensweisen und Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.1 und 4.2.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Auftreten von pathologischem Spielen in der Adoleszenz und Aufrechterhaltung der Symptomatik durch ein pathologisches Milieu ist eine stationäre Behandlungsmaßnahme in einer spezifischen Jugendhilfeeinrichtung sinnvoll. Eine Strukturierung des Alltags verbunden mit dem Wiedereinstieg in Schul- oder Berufsausbildung kann für jugendliche Patienten mit pathologischem Glücksspiel sehr hilfreich sein.

Pathologisches Brandstiftung (Pyromanie) (F63.1)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Unter Pyromanie versteht man wiederholte Brandstiftung, die meist in der Kindheit beginnt, ohne dass erkennbare Motive vorliegen (auszuschließen sind materieller Gewinn, Rache, politischer Extremismus sowie Spuren beseitigung nach krimineller Handlung). Die echte Pyromanie ist selten, sie tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf.

Brandstiftung im Kindes- und Jugendalter ist praktisch immer nur im Rahmen von Störungen des Sozialverhaltens zu beobachten, die an dieser Stelle nicht gemeint sind. Neben Brandstiftung weisen diese Jugendlichen regelverletzendes, aggressives und delinquentes Verhalten auf, das im Allgemeinen schwerwiegender als bei dissozialen Jugendlichen ohne Brandstiftung in der Anamnese ist.

1.2 Leitsymptome

- Faszination von allen Themen, die mit Feuer und Feuerbekämpfung in Verbindung stehen
- Ein unwiderstehlicher Drang und wachsende Spannung vor der Feuerlegung sowie Erleichterung und Zufriedenheit nach ihrer Ausführung. Das Feuer wird nicht aus Wut, Rache oder einer profitablen Absicht gelegt.

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt.

1.4 Untergruppen

Entfällt.

1.5 Ausschlussdiagnose

Entfällt.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Eltern und Patient sollten nach den Leitsymptomen befragt werden. Das besondere Interesse an Feuer muss erfragt werden. Patienten mit echter Pyromanie halten sich häufig in der Nähe von Feuer oder Brandherden auf oder veranlassen falschen Feueralarm. Selten geben die Brandstifter zu, dass sie den Brand gelegt haben.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern oder Stellvertretern.

Das ausgeprägte Interesse an Feuer besteht im Allgemeinen schon seit der frühen Kindheit. Viele Patienten waren daher schon als Kinder oder Jugendliche an Brandstiftung beteiligt. In der Literatur wird berichtet, dass ein Teil der Eltern in Berufen arbeitet, die mit Feuer zu tun haben, oder die Brandstifter sind selbst Mitglied einer freiwilligen Feuerwehr.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patienten

Es gibt nur eine begrenzte Anzahl von Fallstudien, die darauf hinweisen, dass eine Komorbidität mit affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen vorliegen kann.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Familienanamnese: Spezifische familiäre Befunde sind bei der Pyromanie nicht bekannt
- Feststellung von Entwicklungsstörungen
- Feststellung kognitiver Probleme
- Feststellung von akutem Drogen- oder Alkoholmissbrauch.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Allgemeine Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Befragung von Eltern und Patient, Beobachtung, Testdiagnostik

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung (zusätzliche aggressive oder dissoziale Handlungen, mangelnde Empathie, F60.2)
- Hyperkinetische Störungen (F90)
- Entwicklungsbedingtes Experimentieren mit Feuer
- Im Kindes- und Jugendalter ist Brandstiftung fast immer ein Verhaltensmerkmal der Störung des Sozialverhaltens (F91), nur in seltenen Fällen liegt eine echte Pyromanie vor (s. Kap. 1.1). Vielfach ist der Übergang zwischen unbeabsichtigter Brandstiftung, Brandlegung im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens und der pathologischen Brandstiftung fließend.
- Brandstiftung im Rahmen einer akuten Schizophrenie (F20) oder Manie (F30)
- Brandstiftung bei organisch bedingten psychiatrischen Störungen (F0) oder geistiger Behinderung
- Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenintoxikation (F1).

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Verifizierung der für die Pyromanie typischen emotionalen Spannung im Zusammenhang mit Feuer

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung einer umschriebenen Entwicklungsstörung, einer Intelligenzminderung und psychosozialer Belastungsfaktoren.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Kapitel 2.3 und 2.6. Unbedingt erforderlich ist der Ausschluss einer Störung des Sozialverhaltens und/oder einer hyperkinetischen Störung, die ein umfassenderes Vorgehen erforderlich macht. Bei einer Komorbidität von Pyromanie und hyperkinetischer Störung sollte primär die hyperkinetische Störung behandelt werden.

4. Interventionen

Über eine wirksame Behandlung bei Kindern und Jugendlichen gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Am ehesten sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen empfehlenswert: Informationen über den sicheren Umgang mit Feuer, Monitoring (Dokumentation der Emotionen, die bei dem Wunsch nach Feuerlegung auftreten), Maßnahmen zur "Sättigung" (wiederholtes Feuermachen unter Aufsicht), Elterntraining und eventuell Aversionstraining.

Kontrollierte und randomisierte Studien zeigen die Effektivität von kognitiv-behavioraler Therapie und Psychoedukation bei Kindern im Grundschulalter auf (II). Dabei handelt es sich jedoch nicht um Pyromanie im engeren Sinne.

Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (F63.2)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die betroffene Person versagt darin, dem Impuls zu widerstehen, Dinge (in Geschäften oder an anderen Orten) zu stehlen, die weder dem persönlichen Gebrauch noch der Bereicherung dienen. Gestohlene Gegenstände werden versteckt, weggegeben, gehortet oder zurückgegeben. Die echte Kleptomanie ist im Vergleich zum gewöhnlichen Ladendiebstahl extrem selten und scheint häufiger bei Frauen aufzutreten.

1.2 Leitsymptome

- Steigende Spannung vor der Handlung
- Freude, Erleichterung oder ein Gefühl der Befriedigung während und nach der Tat
- Der/die Betroffene handelt nicht aus Ärger oder Rache
- Zwischen den einzelnen Diebstählen können Angst und Schuldgefühle auftreten, verhindern aber nicht das erneute Stehlen.

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt

1.4 Untergruppen

Entfällt

1.5 Ausschlussdiagnose

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Eltern und Patient sollten nach den genannten Leitsymptomen befragt werden. Insbesondere ist es wichtig, die steigende Spannung vor der Handlung und den Spannungsabfall nach der Handlung zu erfragen, um die Kleptomanie von Störungen des Sozialverhaltens abzugrenzen. Patienten mit Kleptomanie sind sich fast immer darüber bewusst, dass ihr Verhalten falsch ist, und empfinden Scham und Schuldgefühle. Vielfach vermeiden sie Orte, wo das Stehlen eine besonders große Versuchung darstellt; manche betreten kein Geschäft mehr.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Eltern oder Stellvertretern

- Die meisten Patienten berichten über traumatische Lebensereignisse, aber die wenigsten können angeben, was dem ersten Stehlakt vorausging
- Bei einem Teil der Patienten verläuft die Erkrankung periodisch mit längerfristigen Remissionen, bei anderen chronisch ohne bedeutende Fluktuation.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patienten

- Monopolare und bipolare depressive Störungen
- Angststörung
- Essstörung, vor allem Bulimia nervosa
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Drogen- und Alkoholmissbrauch.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Familienanamnese: Spezifische familiäre Befunde sind bei der Kleptomanie nicht bekannt.
- Feststellung von Entwicklungsstörungen
- Feststellung von kognitiven Problemen.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Allgemeine Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Befragung von Eltern und Patienten, Beobachtung, Testdiagnostik

- Gewöhnliches Stehlen zu persönlichem Nutzen
- Störung des Sozialverhaltens (zusätzlich andere dissoziale Handlungen) (F91)
- Antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Auftreten anderer aggressiver oder antisozialer Handlungen, mangelnde Empathie und Egozentrik) (F60.2)
- Stehlen im Rahmen einer akuten Manie (F30)
- Stehlen im Rahmen organischer psychiatrischer Störungen (F0), auch bei geistiger Behinderung
- Stehlen im Rahmen von depressiven Episoden (F31-33)
- Stehlen von Nahrungsmitteln im Rahmen einer Bulimia nervosa. Stehlen wird bei Jugendlichen manchmal als Mutprobe, oppositionelles Verhalten oder Ritual beobachtet. Ein solches Verhalten ist nicht als Kleptomanie zu klassifizieren.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Siehe Kapitel 1.2, insbesondere Abklärung eines ununterdrückbaren Impulses, den Diebstahl

durchzuführen.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen, von Intelligenzminderungen und psychosozialen Belastungen.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

- Unterscheidung von gewöhnlichem Diebstahl
- Unterscheidung von Diebstahl als Racheakt oder Mutprobe
- Vortäuschung einer Kleptomanie, um Strafverfolgung zu entgehen.

Siehe auch Kapitel 2.3 und 2.6.

Tiefgreifende psychiatrische Störungen, insbesondere affektive Erkrankungen und Essstörungen, sind vorrangig zu behandeln.

4. Interventionen

Es gibt nur wenige gesicherte Erkenntnisse. Verhaltenstherapeutische Interventionen (einschließlich aversiver Techniken) haben sich in Einzelfallstudien als wirksam erwiesen, in anderen Fällen wurden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit Erfolg eingesetzt. Kontrollierte Studien gibt es weder für das Erwachsenen- noch Jugendlichenalter. Zusammenfassend ist der Evidenzgrad aller verfügbaren Studien nicht höher als IV einzuschätzen.

Trichotillomanie (F63.3)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die betroffene Person wehrt sich vergeblich gegen den Impuls, ihre Haare auszureißen, mit der Folge eines beträchtlichen Haarverlustes. Während die Störung im Kindesalter etwa gleich häufig bei Mädchen und Jungen beobachtet wird, zeigt sich im Jugend- und Erwachsenenalter ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts.

In der Literatur besteht Uneinigkeit darüber, ob die Trichotillomanie als Störung der Impulskontrolle oder als eine Störung aus dem Spektrum der Zwangserkrankungen angesehen werden soll.

1.2 Leitsymptome

- Ein Gefühl steigender Spannung vor dem Ausreißen der Haare
- Freude, Zufriedenheit oder Erleichterung während oder nach dem Haarausreißen
- Spannung und Erleichterung müssen nicht immer vorhanden sein.
- Das Ausreißen kann in allen behaarten Körperregionen, auch im Schambereich, erfolgen; am häufigsten betrifft es die Kopfhare, Augenbrauen und Wimpern.
- Neben der Trichotillomanie kann Trichophagie mit der Gefahr eines Bezoar auftreten.
- Von einigen Patienten wird die Störung verleugnet.

1.3 Schweregrad

Die Trichotillomanie kann sich auf einige Stellen des behaarten Kopfes beschränken, kann aber auch den ganzen Kopf und weitere Haarregionen (s.o.) betreffen.

1.4 Untergruppen

In der neueren Literatur werden 2 Formen unterschieden:

- Eine frühe Form, die vielfach vor dem sechsten Lebensjahr auftritt, meist nur wenige Monate anhält und gut auf einfache verhaltenstherapeutische Maßnahmen anspricht

- Eine späte Form, die in der frühen Adoleszenz beginnt und zur Habitualisierung und späteren Chronifizierung neigt.

Es ist unklar, ob ein Übergang von der frühen in die adoleszente Form der Trichotillomanie existiert oder ob es sich um 2 unterschiedliche Krankheitsentitäten handelt.

1.5 Ausschlussdiagnose

Entfällt

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Eltern und Patient sollten nach den genannten Leitsymptomen befragt werden. Insbesondere sollte geklärt werden, ob der Patient den Akt des Haarausreißen realisiert und welche Affekte vor, während und nach dem Haarausreißen auftreten. Viele Patienten leugnen ihre Störung und tragen Hüte oder Perücken, um die kahlen Stellen zu verdecken. An den betroffenen Lokalisationen finden sich im Allgemeinen Haare unterschiedlicher Länge, manchmal Anzeichen von Verletzungen.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Hier sollten Belastungssituationen, Trennungserlebnisse und Deprivationserfahrungen eruiert werden.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Eltern und Patienten

- Angsterkrankung (soziale Phobie als Folge der Trichotillomanie)
- Zwangserkrankung (s. Kap. 1.1)
- Affektive Störungen (primär oder sekundär)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Fast alle Patienten erleben ihre Erkrankung als stigmatisierend und sozial isolierend.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Eltern und Patienten

- Familienanamnese. Bei den Familienangehörigen scheint eine erhöhte Prävalenz von Erkrankungen aus dem Formenkreis der Zwangserkrankungen, Ticstörungen oder Stereotypien vorzuliegen
- Feststellung von Entwicklungsstörungen
- Feststellung kognitiver Probleme (Intelligenzminderung)
- Eruiierung körperlicher Erkrankungen.

Bei einer Trichophagie sollte das Vorliegen eines Trichobezoars ultrasonographisch, radiologisch oder endoskopisch abgeklärt werden.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

In einigen Fällen wird das Vorliegen einer Trichotillomanie vom Patienten und der Familie verneint. Zur Abgrenzung von der Alopecia areata oder einer Tinea capitis ist daher in seltenen Fällen eine Biopsie erforderlich.

- Allgemeine Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik

Befragung von Eltern und Patient

- Haarausreißen nach einer Hauterkrankung
- Haarausreißen als Reaktion auf einen Wahn oder eine Halluzination (Schizophrenie, besonders Leibhalluzinationen) (F20)
- Haarezupfen oder Haaredrehen im Rahmen einer stereotypen Bewegungsstörung (ohne ein Gefühl der Entlastung nach dem Haarausreißen)

- Haarausreißen im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms
- Haarausreißen bei Intelligenzminderung.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Überprüfung des Vorliegens der Leitsymptome (s. Kap. 1.2), insbesondere des Spannungsgefühls vor und während des Haarausreißens. Weiterhin Überprüfung der Kriterien einer Zwangserkrankung.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Abklärung von umschriebenen Entwicklungsstörungen, einer Intelligenzminderung und körperlicher Erkrankungen (v.a. Hauterkrankungen) bzw. Folgeerkrankungen (Trichobezoaren) sowie von psychosozialen Belastungen (psychische Störung der Eltern).

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Bei Haarausreißen im Rahmen anderer Erkrankungen (Schizophrenie, geistige Behinderung, Autismus) sollten diese vordringlich behandelt werden.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Bei jungen Kindern ist der Behandlungsmodus überwiegend ambulant in enger Zusammenarbeit mit den Eltern. Bei Jugendlichen kann eine stationäre Behandlung sinnvoll sein, wenn sich die Trichotillomanie im familiären Umfeld habitualisiert hat, eine Diagnostik bezüglich auslösender Situationen erfolgen soll und/oder eine Chronifizierung der Störung droht.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Bei Kindern reichen im Allgemeinen Aufklärung über das Problem, stützend-strukturierende Maßnahmen sowie einfache verhaltenstherapeutische Techniken. Immer ist zusätzlich eine intensive Beratung der Eltern erforderlich. Bei Jugendlichen mit bereits länger andauernder Störung liegen nur wenige Erkenntnisse über wirksame Therapiemaßnahmen vor. Für dieses Lebensalter existieren keine kontrollierten Studien. Am ehesten eignen sich kognitiv-behaviorale Therapie, Response Prevention (Verhinderung des Haarezupfens trotz Impuls) und Habit reversal (Einüben alternativer Verhaltensweisen als Antwort auf den Impuls). In 2 randomisierten kontrollierten Studien bei Erwachsenen zeigte sich die Verhaltenstherapie der medikamentösen Behandlung mit Fluoxetin/Clomipramin überlegen (II). Allerdings ließ auch der Effekt der Verhaltenstherapie innerhalb von 2 Jahren deutlich nach. Patienten, die bei Beendigung der Therapie eine vollständige Remission in Bezug auf das Haarezupfen zeigten, wiesen deutlich bessere Ergebnisse nach 2 Jahren auf. Die Behandlung sollte daher unbedingt auf eine komplette Remission der Trichotillomanie abzielen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung

Entfällt

4.4 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Bei Verstärkung der Symptomatik im familiären Umfeld kann eine zeitweilige außerfamiliäre Unterbringung notwendig werden. Hier ist die Mitwirkung von Einrichtungen der Jugendhilfe erforderlich.

4.5 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt

Literatur:

1. Bennett BK et al., Burn education awareness recognition and support (BEARS): a community based juvenile firesetters assessment and treatment program. J Burn Care Rehabil (2004), 25, 324-327
2. Blanco C et al., A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. Annals of Clinical Psychiatry (2002), 14, 9-15
3. Dannon PN et al., Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. Clinical Neuropharmacology (2005), 28, 6-10
4. Grant JE et al., Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-centre randomized controlled trial. Int Clinical Neuropharmacology (2003), 18, 243-249
5. Herpertz S (2000) Behandlung von abnormen Gewohnheiten und von Störungen der Impulskontrolle. In: Möller HJ (Hrsg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen, 1076-1086, Georg Thieme, Stuttgart
6. Keijsers GP et al., Behavioural treatment of trichotillomania: Two-year follow-up results. Behav Res Ther (2006), 44(3), 359-370. Epub 2005 May 31.
7. King RA et al., Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1995), 34, 1451-1459
8. Kolko DJ, Efficacy of cognitive-behavioral treatment and fire safety education for children who set fires: initial and follow-up outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry (2001), 42, 359-369
9. Lynch WJ, Maciejewski PK, Potenza MN, Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. Arch Gen Psychiatry (2004), 61, 1116-1122
10. Minnen A van et al., Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. Archives of General Psychiatry (2003), 60, 517-522
11. Oakley-Brown MA, Adams P, Mobberley PM, Interventions for pathological gambling. Cochrane Database Systems Review (2000), 2, CD01521
12. Pietrzak RH, Ladd GT, Petry NM. Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. Paediatr Drugs (2003), 5, 583-595
13. Warnke A (2005) Störungen der Impulskontrolle und abnorme Gewohnheiten. In: Schneider S. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, Bd. Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

B. Herpertz-Dahlmann, C. Wewetzer, K. Holtkamp, S. Herpertz

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

B. Herpertz-Dahlmann, K. Holtkamp, S. Herpertz, M. Meusers, B. Peters-Wallraf

Korrespondenz an:

Dr. Michael Meusers
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke

Redaktionskomitee:

Rederführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 09:45:28

Gültigkeit abgelaufen, LL wird zu überprüfen