

# Entwurf eines Zusatzmoduls für das DIPS Open Access zur Diagnostik von körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen

Linda M. Mehrmann, Lavinia Widemann, Jan Cwik  
und Alexander L. Gerlach

Universität zu Köln

Bitte bei Verwendung im Forschungskontext gerne folgenden Artikel zitieren:

Mehrmann, L. & Gerlach, A. L. (2022). Dermatillomanie (Exkoriationsstörung):  
Hintergrundwissen und Interventionsstrategien für Psychotherapeut:Innen. *Verhaltenstherapie  
& Verhaltensmedizin*, 43(1), 97–113.

## Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen)

**\*1.1** *Reißen Sie immer wieder Ihre eigenen Haare aus, was zum Verlust Ihrer Haare führt?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

**\*1.2** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie immer wieder Ihre Haare ausgerissen haben, was zum Verlust Ihrer Haare geführt hat?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

**1.3** *Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_*

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Dermatillomanie« (S.8).

**\*2.** *Haben Sie wiederholt versucht, das Haarausreißen einzuschränken oder zu unterlassen?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

**3. Wie häufig reißen Sie Ihre eigenen Haare in den folgenden Körperbereichen aus?**

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

- |     |                          |       |
|-----|--------------------------|-------|
| 3.1 | Kopfhaare                | _____ |
| 3.2 | Augenbrauen              | _____ |
| 3.3 | Wimpern                  | _____ |
| 3.4 | Achselhaare              | _____ |
| 3.5 | Gesichtshaare            | _____ |
| 3.6 | Beinhaare                | _____ |
| 3.7 | Armhaare                 | _____ |
| 3.8 | Schamhaare               | _____ |
| 3.9 | andere Körperhaare:_____ | _____ |

**4. Wie häufig verspürten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats den Drang, Ihre Haare auszureißen?**

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

5. *Welches Ausmaß hatte der Drang, Ihre Haare auszureißen, an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie das Ausmaß des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

6. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über den Drang, Ihre Haare auszureißen?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, Ihre Haare auszureißen.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

7. *Wie viele Stunden haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, Ihre Haare auszureißen?*

Anzahl Stunden: \_\_\_\_\_

8. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über das Haareausreißen, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit dem Ausreißen der Haare aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über das Haareausreißen anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

9. *Wird das Haarausreißen von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Spannung vor dem Haarausreißen oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung, Vergnügen nach dem Haarausreißen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. *Nehmen Sie es in der Regel bewusst wahr, wenn Sie Ihre Haare ausreißen?*

*Damit meine ich, dass bei manchen Personen das Ausreißen der Haare eher automatisiert erfolgt. Zum Beispiel reißen manche Personen ihre Haare aus ohne es zu bemerken, während sie sich auf eine andere Aktivität konzentrieren.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

11. *Gibt es eine bestimmte Art und Weise im Sinne von Ritualen, wie Sie beim Haarausreißen vorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie eine bestimmte Art von Haaren aussuchen (z. B. Haare mit einer bestimmten Struktur oder Farbe), oder diese auf eine bestimmte Art und Weise versuchen auszureißen (z. B. dass die Wurzel intakt bleibt oder mit ausgerissen wird), oder dass Sie mit dem herausgerissenen Haar anschließend noch etwas Bestimmtes machen eine bestimmte Weise manipulieren (z. B. Zerstückeln und/ oder Essen des Haares).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

**12.1** *Haben Sie wegen des Haarausreißen oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z.B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

**12.2** *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

**13.** *Wie schwer sind derzeit Ihr Haarverlust und sonstige haarbezogene Schäden (z.B. kahle Stellen, Schäden des Haarwachstums oder der Haarqualität) aufgrund des Ausreißen der Haare? Berücksichtigen Sie nur die Haarschäden, die durch das Ausreißen Ihrer Haare entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

**\*14.** *Wie stark werden Sie durch das wiederholte Haarausreißen in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala (≥4 ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0–8)

Belastung: \_\_\_\_\_ (0–8)

15. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte Haareausreißen belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): \_\_\_\_\_

**\*16. Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begann besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z.B. Hautentzündungen oder andere dermatologische Beschwerden)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

**\*17. Ausschluss anderer psychischer Störungen:**

*Hatte das Haareausreißen einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z.B., dass Sie dadurch versucht haben, einen Mangel oder Defekt in Ihrem äußeren Erscheinungsbild zu verbessern)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Hinweis:

## Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen)

### \*1.1 Zupfen oder Quetschen Sie immer wieder Ihre Haut, was Hautverletzungen zur Folge hat?

*Damit meine ich auch das Manipulieren oder Bearbeiten der Haut in Form von Reiben, Ausdrücken, Einschneiden, Beißen, Knabbern oder auch umgangssprachlich „Pulen“ oder „Knibbeln“. Dies kann durch das Benutzen von Fingernägeln, Pinzetten, Nadeln oder anderen Gegenständen erfolgen.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

### \*1.2 Gab es jemals eine Zeit, in der Sie immer wieder Ihre Haut gequetscht oder gezupft haben, was Hautverletzungen zur Folge hatte?

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls JA:

### 1.3 Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_

► Falls eindeutig NEIN bei 1.1 und 1.2: weiter zu »Körperbezogene Wiederholungszwänge« (S.15).



**\*2.** *Haben Sie wiederholt versucht, das Bearbeiten Ihrer Haut einzuschränken oder zu unterlassen?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**3.** *Wie häufig bearbeiten Sie Ihre Haut in den folgenden Körperbereichen?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

**3.1** *Kopfhaut* \_\_\_\_\_

**3.2** *Gesicht* \_\_\_\_\_

**3.3** *Dekolleté* \_\_\_\_\_

**3.4** *Arme* \_\_\_\_\_

**3.5** *Hände* \_\_\_\_\_

**3.6** *Finger* \_\_\_\_\_

**3.7** *Rücken* \_\_\_\_\_

**3.8** *Beine* \_\_\_\_\_

**3.9** *Füße* \_\_\_\_\_

**3.10** *andere Körperbereiche:* \_\_\_\_\_

4. *Wie häufig verspürten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats den Drang, Ihre Haut zu bearbeiten?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

5. *Welches Ausmaß hatte der Drang, Ihre Haut zu bearbeiten, an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie das Ausmaß des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

6. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über den Drang, Ihre Haut zu bearbeiten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, Ihre Haut zu bearbeiten.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

7. *Wie viele Stunden haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, Ihre Haut zu bearbeiten?*

Anzahl Stunden: \_\_\_\_\_

8. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über das Hautbearbeiten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit dem Bearbeiten der Haut aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über das Hautbearbeiten anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

9. *Wird das Bearbeiten Ihrer Haut von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Spannung vor dem Bearbeiten der Haut oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung, Vergnügen nach dem Bearbeiten der Haut)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. *Nehmen Sie es in der Regel bewusst wahr, wenn Sie Ihre Haut bearbeiten?*

*Damit meine ich, dass bei manchen Personen das Bearbeiten der Haut eher automatisiert erfolgt. Zum Beispiel bearbeiten manche Personen ihre Haut ohne es zu bemerken, während sie sich auf eine andere Aktivität konzentrieren.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

11. *Gibt es eine bestimmte Art und Weise im Sinne von Ritualen, wie Sie beim Bearbeiten der Hautvorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie nach bestimmten Unebenheiten suchen (z. B. Hautschorf), die Haut auf eine bestimmte Weise bearbeiten (z. B. Pulen mit den Fingernägeln), oder*

*dass Sie die gezupfte Haut anschließend noch auf eine bestimmte Weise manipulieren (z. B. in den Mund nehmen oder schlucken).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**12.1** *Haben Sie wegen des Bearbeitens der Haut oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z.B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

**12.2** *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

**13.** *Wie schwer ist Ihre Haut derzeit aufgrund des Bearbeitens beschädigt? Berücksichtigen Sie nur die Hautverletzungen, die durch das Bearbeiten Ihrer Haut entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

**\*14.** *Wie stark werden Sie durch das Bearbeiten Ihrer Haut in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala ( $\geq 4$  ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0–8)

Belastung: \_\_\_\_\_ (0–8)

15. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte Bearbeiten Ihrer Haut belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): \_\_\_\_\_

**\*16. Ausschluss von Substanzeffekten:**

- \*16.1** *Nahmen Sie unmittelbar bevor oder seitdem Sie Ihre Haut bearbeiten, irgendeine Art von Medikamenten oder Drogen, oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

\_\_\_\_\_

Falls JA:

- \*16.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**\*17. Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z.B. Akne oder andere dermatologische Beschwerden)?*

Hinweis: Dermatillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Hautzupfen/-quetschen primär auf einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. Skabies) zurückzuführen ist. Jedoch kann Dermatillomanie durch eine dermatologische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt werden.

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**\*18. Ausschluss anderer psychischer Störungen:**

*Hatte das Bearbeiten der Haut einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z.B., dass Sie dadurch versucht haben, einen wahrgenommenen Mangel oder Defekt in Ihrem äußeren Erscheinungsbild zu verbessern, oder dass Sie dadurch versucht haben, sich zu verletzen, oder dass Sie dies getan haben, weil Sie Dinge auf Ihrer Haut spürten, die für andere nicht sichtbar waren)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Hinweis: Dermatillomanie ist nicht zu diagnostizieren, wenn das Hautzupfen/-quetschen primär auf eine andere psychische Erkrankung (z.B. Körperdysmorphie Störung) zurückzuführen ist. Jedoch kann Dermatillomanie durch eine psychische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt werden.

# Körperbezogene Wiederholungszwänge

## (Andere Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen)

**\*1.1** *Führen Sie immer wieder Verhaltensweisen aus, die auf Ihren Körper bezogen sind und die körperliche Schäden zur Folge haben?*

*Damit ist jedes Verhalten gemeint, dass auf den Körper bezogen ist und sich wiederholt. Das können Verhaltensweisen sein, wie z. B. das wiederholte Kauen auf den eigenen Nägeln oder Wangen oder das wiederholte Beißen der eigenen Lippen. Körperliche Schäden, die aus diesen Verhaltensweisen resultieren können, zum Beispiel Wunden, Narben oder Entzündungen.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

► Falls JA bei 1.1: weiter zu Frage 2.

**\*1.2** *Gab es jemals eine Zeit, in der Sie immer wieder Verhaltensweisen ausgeführt haben, die auf Ihren Körper bezogen waren und die körperliche Schäden zur Folge hatten?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Falls **JA**:

1.3 Wann war das zum letzten Mal? Von (Mt./J.) \_\_\_\_\_ bis (Mt./J.) \_\_\_\_\_

► Falls **JA** bei 1.1 und 1.2: weiter zu Frage \*2.

\*2. Haben Sie wiederholt versucht, Ihre sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweisen einzuschränken oder zu unterlassen?

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Wie häufig führen Sie folgendes sich wiederholenden körperbezogenen Verhaltensweisen aus?

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Häufigkeit

3.1 Nägelkauen (Onychophagie) \_\_\_\_\_

3.2 Nägelausreißen (Onychotillomanie) \_\_\_\_\_

3.3 Lippenbeißen \_\_\_\_\_

3.4 Wangenbeißen \_\_\_\_\_

3.5 Zungenbeißen \_\_\_\_\_

3.6 Haareessen (Trichophagie) \_\_\_\_\_

3.7 Hautbeißen und -essen (Dermatophagie) \_\_\_\_\_

3.8 Haarschneiden (Trichotemnomanie) \_\_\_\_\_



**3.9** *andere körperbezogene Wiederholungszwänge:* \_\_\_\_\_

4. *Wie häufig verspürten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats den Drang, \_\_\_\_\_ (zuvor genannte sich wiederholende körperbezogene Verhaltensweise)?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

5. *Welches Ausmaß hatte der Drang, \_\_\_\_\_, an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats?*

Beurteilen Sie das Ausmaß des Drangs anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
kein Drang	schwach	mäßig	stark

6. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über den Drang, \_\_\_\_\_?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie sich davon abhalten konnten, \_\_\_\_\_.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über den Drang anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

7. *Wie viele Stunden haben Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats damit verbracht, \_\_\_\_\_?*

Anzahl Stunden: \_\_\_\_\_

8. *Wie viel Kontrolle hatten Sie an einem durchschnittlichen Tag während des letzten Monats über \_\_\_\_\_, wenn Sie bereits damit begonnen hatten?*

*Damit meine ich, inwiefern Sie mit \_\_\_\_\_ aufhören konnten, wenn Sie bereits damit begonnen hatten und dabei waren, dies zu tun.*

Beurteilen Sie die Kontrolle über \_\_\_\_\_ anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
keine	wenig	mäßig	viel

9. *Wird das \_\_\_\_\_ von emotionalen Zuständen begleitet (z. B. Gefühle der Angst, Langeweile oder Spannung vor dem Ausführen der körperbezogenen repetitiven Verhaltensweise oder Gefühle der Entspannung, Befriedigung, Vergnügen nach dem Ausführen der körperbezogenen repetitiven Verhaltensweise)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. *Nehmen Sie es in der Regel bewusst wahr, wenn Sie \_\_\_\_\_?*

*Damit meine ich, dass bei manchen Personen das Ausführen von körperbezogenen repetitiven Verhaltensweisen eher automatisiert erfolgt. Zum Beispiel führen manche Personen diese aus ohne es zu bemerken, während sie sich auf eine andere Aktivität konzentrieren.*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

11. *Gibt es eine bestimmte Art und Weise im Sinne von Ritualen, wie Sie bei \_\_\_\_\_ vorgehen?*

*Damit meine ich z. B., dass Sie bestimmte Nägel, Haare oder Hautpartien aussuchen, oder diese auf eine bestimmte Weise bearbeiten, oder dass Sie die abgebissenen Haut-, Haar- oder Nagelstücke anschließend noch auf eine spezielle Weise manipulieren (z. B. in den Mund nehmen oder schlucken).*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

12.1 *Haben Sie wegen des \_\_\_\_\_ oder dessen Folgen irgendetwas vermieden (z.B. Aktivitäten, Verabredungen, Situationen oder Menschen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Falls JA:

12.2 *Wie häufig haben Sie die zuvor beschriebenen Dinge vermieden?*

Beurteilen Sie die Häufigkeit anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

13. *Wie schwer ist \_\_\_\_\_ derzeit aufgrund des \_\_\_\_\_ beschädigt? Berücksichtigen Sie nur die Hautverletzungen, die durch das \_\_\_\_\_ entstanden sind.*

Beurteilen Sie die Schwere anhand der folgenden Skala:

0	1	2	3
gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer

- \*14. *Wie stark werden Sie durch das wiederholte \_\_\_\_\_ in Ihrem Leben, Ihrer Arbeit, in sozialen Situationen, während sonstiger Aktivitäten usw. beeinträchtigt? Wie stark sind Sie dadurch belastet?*

Beurteilen Sie die Beeinträchtigung und die Belastung anhand der folgenden Skala ( $\geq 4$  ist als klinisch relevant zu bewerten):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
gar nicht		schwach		mäßig		schwer		sehr schwer

Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0–8)

Belastung: \_\_\_\_\_ (0–8)

15. *Wie alt waren Sie, als Sie erstmals durch das wiederholte \_\_\_\_\_ belastet waren oder in Ihrem Alltag beeinträchtigt wurden?*

Beginn (Lebensalter): \_\_\_\_\_

**\*16. Ausschluss von Substanzeffekten:**

**\*16.1** *Nahmen Sie irgendeine Art von Drogen oder Medikamenten oder tranken Sie ungewöhnlich viel Alkohol, unmittelbar bevor oder seitdem Sie \_\_\_\_\_?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben** (Art, Dosis, Zeitpunkt Einnahme/Absetzen):

\_\_\_\_\_

Falls JA:

**\*16.2** *Hat die Einnahme von Medikamenten, Drogen oder Alkohol möglicherweise die Symptome verursacht?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**\*17. Ausschluss organischer Ursachen:**

*Lagen kurz bevor oder als die Symptomatik begonnen hat besondere körperliche Bedingungen oder Erkrankungen vor, die möglicherweise die Symptome verursacht haben (z.B. dermatologische Beschwerden)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

**\*18. Ausschluss anderer psychischer Störungen:**

*Hatte \_\_\_\_\_ einen bestimmten Zweck oder folgt es einem bestimmten Ziel (z.B. dass Sie dadurch versucht haben, sich zu verletzen)?*

JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_

**Beschreiben:** \_\_\_\_\_

Hinweis: Körperbezogene Wiederholungszwänge sind nicht zu diagnostizieren, wenn das gezeigte Verhalten primär auf eine andere psychische Erkrankung (z.B. Zwangshandlungen) zurückzuführen ist. Jedoch können Körperbezogene Wiederholungszwänge durch eine psychische Erkrankung ausgelöst oder verstärkt werden.

# Protokollbogen

**Trichotillomanie (Pathologisches Haareausreißen, F63.3)**

\*1.1 Haareausreißen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\*1.2 Haareausr. früher? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

\*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Häufigkeit Haareausr. (0–3): Häufigkeit

3.1 Kopfhaare \_\_\_\_\_

3.2 Augenbrauen \_\_\_\_\_

3.3 Wimpern \_\_\_\_\_

3.4 Achselhaare \_\_\_\_\_

3.5 Gesichtshaare \_\_\_\_\_

3.6 Beinhaare \_\_\_\_\_

3.7 Armhaare \_\_\_\_\_

3.8 Schamhaare \_\_\_\_\_

3.9 Andere: \_\_\_\_\_

4. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

5. Ausmaß d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

6. Kontrolle d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

7. Anzahl Stunden? \_\_\_\_\_ (h)

8. Kontrolle Haareausr. \_\_\_\_\_ (0–3)

9. Emot. Zustände? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. Bewusstes Wahrnehmen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

11. best. Vorgehensweise/ Rituale? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

12.1 Vermeidung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

12.2 Häufigkeit Vermeidung: \_\_\_\_\_ (0–3)

Kriterium A:→ *wiederh. Haareausreißen, das zu Haarverlust führt*

\*1.1 (aktuell)

\*1.2 (früher)

Kriterium B:→ *Wiederh. Versuche, das Haareausr. einzuschränken oder zu unterlassen*

\*2.



13. Schwere haarbez. Schäden \_\_\_\_\_ (0–3)
- \*14. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0–8)  
Belastung? \_\_\_\_\_ (0–8)
15. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*16. Organ. Ursache? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*17. andere Störung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_

**Diagnosekriterien nach DSM-5:****Trichotillomanie (Pathologisches Haareausreißen):**Aktuell: ☐ Früher: ☐

- A: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_ B: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- C: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_ D: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- E: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Kriterium C:→ *Leidensdruck*

\*14.

Kriterium D:→ *Ausschl. Krankheit*

\*16.

und differential-diagn.  
AbklärungKriterium E:→ *Ausschl. anderer  
Störungen*

\*17.

und differential-diagn.  
Abklärung

**Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen, F42.4)**

\*1.1 Hautzupfen/-quetschen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\*1.2 Hautzupfen/-quetschen früher? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

\*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Häufigkeit Hautzupfen/-quetschen(0–3): Häufigkeit

3.1 Kopfhaut \_\_\_\_\_

3.2 Gesicht \_\_\_\_\_

3.3 Dekolleté \_\_\_\_\_

3.4 Arme \_\_\_\_\_

3.5 Hände \_\_\_\_\_

3.6 Finger \_\_\_\_\_

3.7 Rücken \_\_\_\_\_

3.8 Beine \_\_\_\_\_

3.9 Füße \_\_\_\_\_

3.10 Andere: \_\_\_\_\_

4. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

5. Ausmaß d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

6. Kontrolle d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

7. Anzahl Stunden? \_\_\_\_\_ (h)

8. Kontrolle Hautzupfen/-quetschen \_\_\_\_\_ (0–3)

9. Emot. Zustände? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. Bewusstes Wahrnehmen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

11. best. Vorgehensweise/ Rituale? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

12.1 Vermeidung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

Kriterium A:

→ *wiederh. Hautzupfen/-quetschen, das zu Hautverletzungen führt*

\*1.1 (aktuell)

\*1.2 (früher)

Kriterium B:

→ *wiederh. Versuche, Hautzupfen/-quetschen einzuschränken oder zu unterlassen*

\*2.

- 12.2 Häufigkeit Vermeidung \_\_\_\_\_ (0–3)
13. Schwere Hautverletzungen \_\_\_\_\_ (0–3)
- \*14. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0–8)  
Belastung? \_\_\_\_\_ (0–8)
15. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*16.1 Medikam./Drogen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
- \*16.2 Symptome bed.? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- \*17. Organ. Ursache? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*18. andere Störung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_

**Diagnosekriterien nach DSM-5:****Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen/-quetschen):**Aktuell: ☐ Früher: ☐

- A: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_ B: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- C: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_ D: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- E: JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Kriterium C:→ *Leidensdruck*

\*14.

Kriterium D:→ *Ausschl. Sub-  
stanz/Krankheit*

\*16.1, \*16.2, \*17.

und differential-diagn.

Abklärung

Kriterium E:→ *Ausschl. anderer  
Störungen*

\*18.

und differential-diagn.

Abklärung

**Körperbezogene Wiederholungszwänge (Andere Näher  
Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen, F42.8)**

\*1.1 Körperbez. Wiederholungszwänge? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

\*1.2 Körperbez. Wiederholungszw. früher? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

1.3 Wann (Mt./J.)? von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

\*2. Versuch Kontrolle? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

3. Häufigkeit körperbez. Wiederholungszw. (0–3): Häufigkeit

3.1 Nägelkauen (Onychophagie) \_\_\_\_\_

3.2 Nägelausreißen (Onychotillomanie) \_\_\_\_\_

3.3 Lippenbeißen \_\_\_\_\_

3.4 Wangenkauen \_\_\_\_\_

3.5 Zungenbeißen \_\_\_\_\_

3.6 Haareessen (Trichophagie) \_\_\_\_\_

3.7 Hautbeißen und -essen (Dermatophagie) \_\_\_\_\_

3.8 Haareschneiden (Trichotemnomanie) \_\_\_\_\_

3.9 Andere: \_\_\_\_\_

4. Häufigkeit d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

5. Ausmaß d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

6. Kontrolle d. Drangs \_\_\_\_\_ (0–3)

7. Anzahl Stunden? \_\_\_\_\_ (h)

8. Kontrolle körperbez. Wiederholungszw. \_\_\_\_\_ (0–3)

9. Emot. Zustände? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

10. Bewusstes Wahrnehmen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

11. best. Vorgehensweise/ Rituale? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

12.1 Vermeidung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_

Beschreiben: \_\_\_\_\_

→ körperbez. Wiederholungszw., die zu körperl. Schäden führen

\*1.1 (aktuell)

\*1.2 (früher)

→ Wiederh. Versuche, die körperbez. Wiederholungszw. einzuschränken oder zu unterlassen

\*2.

- 12.2 Häufigkeit Vermeidung \_\_\_\_\_ (0–3)
13. Schwere körperl. Schäden \_\_\_\_\_ (0–3)
- \*14. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0–8)  
Belastung? \_\_\_\_\_ (0–8)
15. Erstmanifestation: \_\_\_\_\_ (Mt./J.)
- \*16.1 Medikam./Drogen? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Art: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
- \*16.2 Symptome bed.? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_
- \*17. Organ. Ursache? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*18. andere Störung? JA \_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_  
Beschreiben: \_\_\_\_\_

→ *Leidensdruck*

\*14.

→ *Ausschl. Substanz/Krankheit*

\*16.1, \*16.2, \*17.  
und differential-diagn.  
Abklärung

→ *Ausschl. anderer Störungen*

\*18.  
und differential-diagn.  
Abklärung