

HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit

Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit

Körperbemalung zur Verbesserung des Selbstwerts bei Trichotillomanie

Hausarbeit von Jule Günther

Seminar: BA S Hi/S08/2a Körperbemalung in der Pädagogik
Sommersemester 2020
DozentIn: Yulia Ezhova

3. Fachsemester
Matrikelnummer: 752086
Abgabetermin: 14. 08. 2020

Jule Günther
Lange Straße 29B 31171 Nordstemmen
+49 1578 544 8140
jule.guenther@stud.hawk.de

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Trichotillomanie.....	2
2.1 Störungsbild.....	2
2.2 Merkmale.....	4
2.3 Auslösefaktoren und Auftreten.....	6
2.4 Folgen	8
2.5 Therapie.....	10
3 Der Selbstwert.....	11
4 Körperbemalung.....	13
4.1 Durchführung.....	15
4.2 Wirkung.....	16
5 Anwendung von Körperbemalung zur Verbesserung des Selbstwerts bei Trichotillomanie.....	17
6 Fazit.....	20
Literatur.....	22

1 Einleitung

Diese Hausarbeit widmet sich der Frage, ob und wie die Körperbemalung eingesetzt werden kann, um den Selbstwert von Betroffenen der Impulskontrollstörung Trichotillomanie zu verbessern. Sie entsteht im Rahmen des Seminars „Körperbemalung in der Pädagogik“ bei Yulia Ezhova an der HAWK in Hildesheim. Zu Erörterung meiner Fragestellung verwende ich Literatur zu den Themen Selbstwert, Körperbemalung und Trichotillomanie. Sowohl das Bodypainting als auch die Impulskontrollstörung sind bislang nur wenig erforscht, weshalb ich mich auf wenige Quellen beschränken musste. Ich weiß von keiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Verbesserung des Selbstwerts bei Menschen mit Trichotillomanie durch Körperbemalung“, daher basiert meine Einschätzung bei der Erörterung meiner Fragestellung auf der Literatur zu den einzelnen Themen, den Verbindungen, die ich zwischen ihnen finden kann, und persönlichen Überlegungen bezüglich der Durchführung und den Risiken, welche ich als meine eigenen kennzeichnen werde. Ich verwende in dieser Hausarbeit eine gendergerechte Sprache.

Zunächst werde ich die Trichotillomanie, die Störung, um die es in dieser Ausarbeitung geht, vorstellen. Dabei stelle ich die verschiedenen Merkmale vor, die bei Betroffenen auftreten können und die das Störungsbild stark variieren lassen. Danach komme ich auf die möglichen Auslöser zu sprechen und welche Folgen die Trichotillomanie kurzfristig und langfristig für die Betroffenen haben kann. Außerdem stelle ich Teile der Behandlung vor, welche für den weiteren Verlauf dieser Hausarbeit von Relevanz sind. Im darauf folgenden Kapitel erläutere ich die Bedeutung des Begriffs „Selbstwert“, den ich in der Hausarbeit nutze. Dabei gehe ich darauf ein, wie sich der Selbstwert zusammensetzt und welche Folgen es auf den Menschen hat, wenn dieser niedrig ist. Ich lasse bewusst den überhöhten Selbstwert aus, da dies für das Thema dieser Arbeit nicht von Relevanz ist. Zudem stelle ich Bezüge zwischen der Trichotillomanie und dem Selbstwert her. Im Kapitel 4 stelle ich die Körperbemalung vor und wie diese angewandt wird. Anschließend verknüpfe ich die vorherigen Themen miteinander und widme mich der Beantwortung meiner

Fragestellung. In diesem Teil gehe ich auf die Chancen und Risiken ein, die die Körperbemalung bei Trichotillomanie haben kann. Zum Schluss folgt das Fazit, in dem ich meine Ergebnisse zusammenfasse.

2 Trichotillomanie

2.1 Störungsbild

Trichotillomanie ist eine Impulskontrollstörung bei der wiederholt Haare ausgerissen werden, wodurch es zu einem deutlichen Haarverlust kommt (vgl. Hertenstein/Vorderholzer 2014, S. 45). Im ICD-10 wird die Störung gemeinsam mit dem Nägelkauen und dem Skin Picking unter den körperfokussierten repetitiven Verhaltensweisen eingeordnet. Trichotillomanie wird im ICD-10 F63.3 nach folgenden Kriterien diagnostiziert: Zunächst muss ein sichtbarer Haarverlust vorliegen, der dadurch entsteht, dass die Person wiederholt nicht in der Lage ist, Impulsen des Ausreißen von Haaren zu widerstehen. Der sichtbare Haarverlust muss nicht sofort von außen erkennbar sein, da Betroffene die kahlen Stellen meist kaschieren. Es zählt hierbei lediglich, ob der Haarverlust diagnostizierbar ist. Wichtig ist dabei, dass die Betroffenen bereits häufiger bei dem Versuch gescheitert sind, sich dem Impuls zu widersetzen. Das zweite Kriterium ist, dass ein Spannungsgefühl vor dem Reißen vorhanden ist, welches einen unwiderstehlichen Drang des Haarausreißen hervorruft. Nachdem die Haare ausgezupft wurden, stellt sich ein Erleichterungsgefühl ein. Dieses Kriterium ist umstritten, da 15 bis 20 % der Betroffenen diesen Spannungsbogen nicht oder nur in geringem Ausmaß verspüren. Dies führt zu vielen Fehldiagnosen, wie dem pathologischen Haarausreißen, und damit zum Ausschluss von einer Therapie, für welche ein signifikantes Leiden beziehungsweise eine Beeinträchtigung vorliegen muss. Bei der Trichotillomanie wird dies als gegeben angesehen, während das beim pathologischen Haarausreißen nicht der Fall ist. Das letzte Kriterium ist, dass ausgeschlossen sein muss, dass vorher bereits eine Hautentzündung vorlag und dass das Ausreißen nicht mit Wahn oder Halluzinationen in Verbindung steht. (vgl. Bohne 2009, S. 1ff.) Trotz dieser Kriterien kann Trichotillomanie unterschiedliche Formen annehmen, worauf im Kapitel „2.2

Merkmale“ eingegangen wird.

Trichotillomanie wird den Impulskontrollstörungen zugeordnet. Bei diesen wird das Problemverhalten als positiv empfunden, da es zur Entspannung oder Stimulation beiträgt. Die Betroffenen empfinden die Folgen des Verhaltens jedoch als negativ. Häufig wird die Trichotillomanie als Zwangsstörung bezeichnet, was aber auf die meisten Betroffenen nicht zutrifft. Stellt die Trichotillomanie eine Zwangsstörung dar, dann empfinden die Betroffenen das Ausreißen der Haare selbst nicht als positiv. In diesem Fall gehen allgemeine Gedanken voraus wie, dass sie sich jetzt Haare ausreißen müssen. Allerdings ist die Abgrenzung zu der Impulskontrollstörung Trichotillomanie schwierig, da auch hier Gedanken um das Haar vorausgehen, doch bei diesen handelt es sich eher darum, dass ein bestimmtes Haar entfernt werden muss. Der größte Unterschied besteht darin, ob das Ausreißen der Haare als angenehm empfunden wird, wie es bei der Impulskontrollstörung der Fall ist, oder ob das Ausreißen erfolgt, um eine befürchtete Folge zu vermeiden, was wiederum auf eine Zwangsstörung hindeutet. (vgl. Bohne 2009, S. 20ff.)

In den meisten Fällen beginnt die Trichotillomanie im Kindes- und Jugendalter (vgl. Hertenstein/Voderholzer 2014, S. 46), im Bereich um das fünfte bis elfte Lebensjahr herum. Allerdings kann sie in jedem Alter, vom ersten Lebensjahr bis zum Seniorenalter, auftreten. Die Störung ist nur wenig erforscht und die Stichproben in den vorhandenen Studien sind meist nicht repräsentativ, weshalb nicht ausreichend bekannt ist, wie häufig sie auftritt. Lange ging man davon aus, dass es sich bei Trichotillomanie um eine seltene Störung handelt, doch mittlerweile stellte sich heraus, dass das Auftreten unterschätzt wurde. Dies kann daher rühren, dass das Haarausreißen mit Scham behaftet ist und Betroffene sich deshalb nicht an Ärzte oder Psychologen wenden. Zudem fragen die Fachkräfte in diagnostischen Gesprächen nicht danach, ob sich die KlientInnen Haare ausreißen, weshalb die Trichotillomanie häufig nicht erkannt wird. Die Studien, die zur Erforschung der Häufigkeit durchgeführt wurden, melden, dass 0,5 bis 2,5 % der Befragten Trichotillomanie haben. Diese starken Schwankungen entstehen durch die Verwendung unterschiedlicher Definitionen der Störung, da der Spannungsbogen,

der oben bereits kritisiert wurde, nicht in jeder Definition als Kriterium herangezogen wird. Die Studien stellten jedoch fest, dass mehr Frauen als Männer betroffen sind. Die Gründe dafür sind nicht bekannt. (vgl. Bohne 2009, S. 17f.)

Die Erkrankungsdauer von Trichotillomanie ist lang, sodass die Störung Betroffene ein Leben lang begleiten kann. Meist dauert es mehrere Jahre bis eine Behandlung beginnt, was vor allem auf die Scham und Unwissenheit sowohl aufseiten der Betroffenen als auch aufseiten der Behandelnden zurückzuführen ist. In der Regel beginnt eine Therapie erst im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, doch wenn man von einem typischen Beginn der Störung im Alter von ca. elf Jahren ausgeht, besteht die Störung zu diesem Zeitpunkt bereits seit zehn bis zwanzig Jahren. In diesem Zeitraum sind die Betroffenen oft bereits mehrmals daran gescheitert, die Trichotillomanie zu besiegen und je länger die Störung bereits besteht, desto schwieriger wird es, sie in der Therapie zu beseitigen. Allerdings beginnen Betroffene durchschnittlich immer früher eine Behandlung, was auf die bessere Aufklärung der Fachkräfte und der Präsenz des Themas in den Medien zurückzuführen ist. Der frühere Therapiebeginn kann den Prozess wiederum verkürzen. Die Rückfallquote nach einer professionellen Behandlung ist hoch, doch wenn die Trichotillomanie nicht behandelt wird, besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass sie chronisch wird. Auch in einem chronischen Verlauf gibt es Phasen, in denen die Störung stärker auftritt und Phasen, in denen keine Haare ausgerissen werden. Meist stehen diese Phasen in Verbindung mit Stress. (vgl. Bohne 2009, S. 19ff.)

2.2 Merkmale

Alle Betroffenen von Trichotillomanie haben gemeinsam, dass sie sich Haare ausreißen, doch trotzdem kann die Störung sehr unterschiedlich auftreten.

Zunächst ist verschieden wie häufig und wie intensiv die Reißphasen auftreten. So können sie mehrmals täglich oder nur gelegentlich vorkommen und von wenigen Minuten bis hin zu mehreren Stunden andauern. Dazwischen kann es zu Phasen kommen, in denen der Drang gänzlich verschwunden ist. Auch die Menge der ausgerissenen Haare variiert, was von wenigen Haaren bis hin zu Hunderten reichen

kann. Meist ist ein Zusammenhang zwischen Stress und der Häufigkeit und Intensität einer Phase erkennbar. (vgl. Bohne 2009, S. 7)

Betroffene bevorzugen zudem verschiedene Haartypen und unterschiedliche Körperstellen. Typisch ist das Ausreißen des Kopfhaars, der Wimpern oder der Augenbrauen, aber auch alle anderen Körperstellen können betroffen sein, sodass auch Scham- und Barthaare, Arm- und Beinhaare und sogar Ohren- und Nasenhaare ausgerissen werden können. In den meisten Fällen ist jedoch nicht nur eine Körperstelle betroffen. Teilweise werden nur die Haare auf einer Seite des Körpers ausgerissen, wobei die Seite von der Reißhand abhängig ist. Die Haare, die ausgezupft werden, werden anhand verschiedener Kriterien ausgewählt. Einige Betroffene wählen dabei Haare einer bestimmten Farbe aus, wie weiße oder besonders dunkle Haare. Andere wiederum reißen Haare aus, die eine besondere Struktur aufweisen, wie zum Beispiel krause oder borstige Haare. Auch die Haarlänge kann ein Kriterium sein. (vgl. Bohne 2009, S. 7) In manchen Fällen können auch Haare von anderen Personen, von Tieren, Puppen oder anderen Textilien ausgerissen werden (vgl. Hertenstein/Voderholzer 2014, S. 46). Die wenigsten Betroffenen verspüren Schmerz beim Reißen der eigenen Haare und sie beschreiben diesen eher als schwach. In den meisten Fällen wird das Ausreißen jedoch als angenehm wahrgenommen. (vgl. Bohne 2009, S. 9)

Das Ausreißen kann mit den Händen geschehen, aber teilweise werden auch Hilfsmittel wie Pinzetten verwendet. Die Reißhand kann variieren oder auch gleich bleiben. Vor und nach dem Ausreißen findet in den meisten Fällen eine zusätzliche Stimulierung statt. Im Vorfeld lassen die Betroffenen häufig die Haare durch die Finger ziehen und spielen an ihnen herum, ohne sie auszureißen. Dabei wird die Auswahl des Haares oder auch mehrerer Haare getroffen. Nach dem Reißen erfolgt meistens eine weitere Stimulation mit dem Haar, was auf verschiedene Weisen geschehen kann. Einige Betroffene streichen sich mit dem Haar über die Haut oder die Lippen, manche reißen oder beißen es durch und teilweise verschlucken die Betroffenen die Haare sogar. Dies wird als Trichophagie bezeichnet und kann lebensgefährlich werden, worauf ich in Kapitel „2.4 Folgen“ eingehen werde. (vgl.

Bohne 2009, S. 8)

Die Trichotillomanie kann einem bestimmten Ritual folgen. Das bedeutet, dass sie zum einen einen festen Bestandteil im Alltag der Person einnehmen kann, der gegebenenfalls geplant wird, zum anderen jedoch auch einem bestimmten Ablauf folgen kann, wie beispielsweise, dass das Haar jedes Mal durch die Zähne gezogen und anschließend zerrissen wird. Dieser Vorgang kann mit vollem Bewusstsein über die Aktion geschehen, aber auch automatisiert sein, sodass Betroffene nicht wahrnehmen, dass sie ihre Haare auszupfen, bis sie die ausgerissenen Haare sehen. Vor allem tritt dies auf, wenn nebenbei eine andere Tätigkeit ausgeübt wird, auf der die Konzentration liegt. Bei den meisten Betroffenen liegt sowohl eine Ritualisierung als auch eine Automatisierung vor. (vgl. Bohne 2009, S. 8f.)

Viele Betroffene bemerken durch das Haarereißern Veränderung auf sowohl der körperlichen als auch auf der emotionalen Ebene. Zum einen lässt das Kribbeln und Jucken der Haut nach und zum anderen stellt sich auch eine Beruhigung der Emotionen ein. So kann das Reißen als Entspannung in Stresssituationen dienen, aber auch als Stimulation in Situationen der Langeweile und Leere. Das Ausreißen der Haare stellt somit ein Mittel zum Ausgleichen des inneren Gefühlszustandes dar. (vgl. Bohne 2009, S. 9)

2.3 Auslösefaktoren und Auftreten

Es gibt verschiedene Faktoren, die eine Reißphase auslösen können, doch geht dem Ausreißen immer ein unwiderstehlicher Drang voraus, das Haar auszureißen. Dieser Drang zeigt sich in Form eines Spannungsgefühls, welches sowohl auf der emotionalen Ebene als Stress als auch auf der körperlichen Ebene als Muskelanspannung empfunden werden kann. (vgl. Bohne 2009, S. 2)

Ein Faktor, der die Trichotillomanie auslösen kann, sind die Gefühle. Starke negative Gefühle, wie Wut oder Trauer, aber auch starke positive Emotionen, wie Freude, können eine Überstimulation darstellen, welche durch das Ausreißen der Haare ausgeglichen wird. Es kann jedoch auch das Gegenteil der Fall sein, sodass auch eine

Unterstimulation durch Langeweile oder emotionale Leere einen Auslöser darstellen kann. In diesem Fall wirkt das Ausreißen anregend. Allerdings ist es individuell, ob eine Emotion eine Reißphase triggert. (vgl. Bohne 2009, S. 3)

Auch Körperwahrnehmungen können ein Grund dafür sein, dass Betroffene beginnen sich die Haare auszureißen. So wird von einem Kribbeln oder Jucken an der Körperstelle berichtet, an der später gerissen wird. Meist handelt es sich dabei um Stellen, die schon früher betroffen waren. Visuelle Reize, wie der Anblick bestimmter Haare oder einer Pinzette können ebenfalls zum erneuten Reißen führen, da diese in direkter Verbindung mit dem Verhalten stehen. Auch taktile und propriozeptive Reize triggern das Problemverhalten in vielen Fällen. Dies kann beispielsweise das Fühlen bestimmter Haarstrukturen, wie krausen Haaren, sein oder das Ausführen von Bewegungen und Einnehmen von Körperhaltungen, die auch während der Trichotillomanie vorkommen. So kann das Aufstützen des Kopfes auf der Hand während des Fernsehens schnell zum Ausreißen der Haare führen. (vgl. Bohne 2009, S. 2ff.)

Auch das Nachdenken über das Reißen kann dieses auslösen. Solche Gedanken können dysfunktionale Vorstellungen sein, wie zum Beispiel, dass der Drang sowieso nur stärker wird, wenn die Person jetzt nicht reißt, aber auch spezifische oder perfektionistische Gedanken, wie, dass die Haare auf beiden Körperseiten ganz symmetrisch sein müssen. Die Gedanken können auch hemmend wirken, indem Betroffene denken, dass sie es schaffen, dem Impuls zu widerstehen oder, dass das Reißen in dieser Situation zu unangenehmen Konsequenzen führen könnte. Viele Betroffene lenken ihre Aufmerksamkeit bewusst auf die negativen Folgen ihres Handelns, um sich selbst vom Haarausreißen abzuhalten. (vgl. Bohne 2009, S. 3f.)

Meist ist das Ausreißen ein Zusammenspiel von internalen und externalen Faktoren, denn auch das äußere Umfeld beeinflusst das Auftreten des Reißens, sodass die Gegebenheiten den Drang sowohl hemmen als auch fördern können. Oft wird das Zupfen der Haare in Verbindung mit einer weiteren Tätigkeit ausgeführt, wobei es sich bei diesen meist um sitzende Aktivitäten handelt oder um jene, bei denen die

Betroffenen in Gedanken sind. Diese Aktivitäten sind beispielsweise das Fernsehen, Lesen, Telefonieren oder das Erledigen von Hausaufgaben. Auch Belastungssituationen wie Stress oder Streit begünstigen das Ausreißen. Es gibt Orte an denen die Trichotillomanie verstärkt auftritt, die für jede Person individuell sind. Orte wie das Bett, das Auto oder der Schreibtisch sind häufig betroffen, da diese wiederum mit Aktivitäten in Zusammenhang stehen, die zu einer Über- oder einer Unterstimulation führen können. Auch an Plätzen, an denen beispielsweise Pinzetten oder Spiegel vorhanden sind, findet das Reißen vermehrt statt. Prinzipiell kann das Zupfen zu jeder Tageszeit stattfinden, doch eine Häufung lässt sich morgens und abends beobachten, was darauf zurückgeführt wird, dass die Körperpflege, die schließlich auch die Haare einschließt, vor allem zu diesen Zeiten stattfindet, wobei sowohl auslösende visuelle als auch taktile und propriozeptive Reize entstehen können. Zusätzlich findet die Körperpflege meist an Orten statt, an denen Hilfsmittel wie Pinzetten zur Verfügung stehen. Bei einigen Frauen lassen sich Parallelen zwischen den Reißphasen und bestimmten Phasen des Menstruationszyklus finden, was in Verbindung mit den körperlichen und emotionalen Faktoren stehen könnte. (vgl. Bohne 2009, S. 4f.)

Interessanterweise lassen sich individuelle Bedingungskonstellationen feststellen, in denen die Trichotillomanie auftritt. Zum Beispiel kann es sein, dass Betroffene sich ihre Haare ausreißen, wenn sie auf dem Schreibtischstuhl lesen, aber nicht, wenn sie im Bett lesen. Wenn sich Betroffene über ihre eigenen Bedingungskonstellationen bewusst sind, ist es möglich, fördernde Situationen zu meiden. Ebenfalls hemmend wirkt die Anwesenheit weiterer Menschen. In den meisten Fällen reißen die Betroffenen nicht, wenn ihr Verhalten durch andere entdeckt werden könnte, was aufgrund von Scham oder der sonst eintretenden Erklärungsnot der Fall sein könnte. Ebenfalls protektiv wirken Aktivitäten, für deren Ausführung beide Hände gebraucht werden. (vgl. Bohne 2009, S. 6)

2.4 Folgen

Die Folgen von Trichotillomanie liegen sowohl auf der körperlichen als auch auf der emotionalen Ebene und können in kurzfristig und langfristig auftretend

unterschieden werden. In den Anfängen der Störung treten die negativen Folgen eher oberflächlich auf und es sind die kurzfristigen positiven Folgen, die für die Betroffenen überwiegen. Jedoch treten mit dem Fortschreiten von Intensität und Dauer der Störung auch langfristige Folgen auf, die die Betroffenen zunehmend belasten. (vgl. Bohne 2009, S. 9)

Die kurzfristigen Konsequenzen, die vor allem positiv empfunden werden, sind körperlich und emotional bemerkbar, sodass sich für die Betroffenen direkt nach einer Reißphase ein Gefühl der Ausgeglichenheit und der Entspannung einstellt. Auch das Kribbeln beziehungsweise Jucken der Haut lässt nach. Allerdings treten nach dem Ausreißen auch selbstabwertende Gedanken auf, wie z. B. „Ich habe schon wieder die Kontrolle über mich verloren.“ Daraus entstehen Traurigkeit, Wut und Enttäuschung, die auf sich selbst bezogen sind. (vgl. Bohne 2009 S. 10)

Im Gegensatz dazu sind die langfristigen Folgen fast ausschließlich negativ. Mit dem Fortschreiten der Trichotillomanie wird der Haarverlust immer größer, sodass es von ausgedünnten Stellen bis hin zur Kahlheit kommen kann. Da dies für Außenstehende je nach betroffener Körperstelle sichtbar werden kann, versuchen die Betroffenen in der Regel diese zu verstecken. Wenn die Augenbrauen und Wimpern betroffen sind, werden z. B. künstliche Haare angeklebt, aufgemalt oder eintätowiert. Ist das Kopfhair betroffen, werden Frisuren gewählt, die die Stellen verdecken, Kopfbedeckungen und Perücken getragen oder, vor allem bei Männern, der Kopf rasiert. Infolge des Haarausreißen kann es an den betroffenen Stellen zu Entzündungen, Rötungen, Verschorfungen und sogar Narbenbildung kommen. Wenn die Trichotillomanie länger anhält, kann die Haarfollikel geschädigt werden, was eine veränderte Struktur der nachwachsenden Haare zur Folge hat. Diese Veränderungen können beispielsweise eine Farbveränderung, das Kräuseln der Haare, bis hin zum nachhaltig verzögerten Haarwachstum sein. Diese Faktoren erfüllen wiederum häufig das Reißmuster der Betroffenen und können somit eine erneute Reißphase auslösen. Je nachdem, was mit dem Haar anschließend geschieht, können Zahnschäden und Zahnfleischentzündungen durch wiederholtes Ziehen durch die Zahnzwischenräume oder Zerbeißen der Haare auftreten, aber auch die Gefahr

eines Trichobezoars besteht. Dabei handelt es sich um ein Haarknäuel im Magen-Darmtrakt, der entsteht, wenn Betroffene die Haare zusätzlich herunterschlucken. Dies kann zu einem Darmverschluss führen, was lebensgefährlich sein kann und chirurgische Maßnahmen notwendig macht. Allerdings vermeiden einige Betroffene Arztbesuche aus Scham oder aus Angst, dass die Trichotillomanie entdeckt werden könnte. Dies wirkt sich dabei auch auf Erkrankungen aus, die nicht in Verbindung mit der Störung stehen, sodass diese oft erst verzögert oder gar nicht behandelt werden. Auch Friseurbesuche werden häufig vermieden, was zur Folge hat, dass oft ausgefranste Frisuren entstehen, die das körperliche Erscheinungsbild beeinträchtigen und auch einen erneuten Trigger darstellen können. (vgl. Bohne 2009, S. 10ff.)

Jedoch sind es vor allem die psychosozialen Folgen, wegen derer sich Betroffene in Behandlung begeben. Sie empfinden starke Scham- und Schuldgefühle, die bis hin zur Selbstablehnung und zum Selbsthass reichen können. Auch das Selbstbild ist bei den meisten Betroffenen aufgrund der Beeinträchtigung ihrer körperlichen Attraktivität und des Gefühls der Unfähigkeit der Kontrolle ihres Körpers vermindert. Durch die Angst, dass ihr Verhalten entdeckt werden könnte, schränken Betroffene oft ihre sozialen Kontakte ein und ziehen sich zurück. Doch auch durch Unverständnis und Kritik durch andere können die Beziehungen negativ beeinflusst werden. Selbst an Freizeitaktivitäten wird häufig nur eingeschränkt teilgenommen, da Orte, an denen die kahlen Stellen bemerkt werden könnten, gemieden werden. Dies könnte z. B. bei Veranstaltungen sein, die hell beleuchtet sind oder bei denen die Betroffenen vor anderen Menschen sitzen. Aber auch sportliche Aktivitäten, bei denen sich im Beisein anderer umgezogen oder geduscht wird, werden vermieden. Diese psychosozialen Folgen begünstigen die Ausbildung einer weiteren psychischen Störung, wie Depressionen oder einer Sozialphobie. (vgl. Bohne 2009, S. 12f.)

2.5 Therapie

Um die Trichotillomanie zu behandeln, werden unter anderem Ablenkungsstrategien verwendet, sodass zum Beispiel in der Situation in der der Drang zum Haareausreißen kommt, die Aufmerksamkeit auf etwas anderes gerichtet wird, was nicht in Verbindung mit dem Reißen steht. Auch Strategien, die explizit darauf

abzielen die Spannung abzubauen, werden angewandt. Dazu kann eine taktile Stimulation der Reißstelle mit verschiedenen Gegenständen erfolgen, die jedoch individuell angepasst werden müssen. Dazu können beispielsweise weiche oder strukturierte Stoffe, Massagebälle oder auch Bürsten benutzt werden. Wichtig ist dabei, dass die Stimulation nicht mit den Händen erfolgt, da dies eine erneute Reißphase auslösen könnte. (vgl. Bohne 2009, S. 69)

Außerdem ist der Aufbau des Selbstwerts der Betroffenen fast immer Bestandteil der Therapie, da Betroffene häufig unter einem schlechten Selbstbild und starken Schuldgefühlen gegenüber der eigenen Person leiden. Es wird darauf hingearbeitet, dass die Betroffenen ihre Trichotillomanie akzeptieren können und als menschliche Schwäche erkennen, die jedoch nichts an ihrem Wert ändert. Dabei wird auf die Trennung zwischen dem Verhalten und der Person geachtet. Zudem kann in der Therapie die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse trainiert werden, damit Betroffene die auslösenden Emotionen rechtzeitig erkennen können und eine andere Möglichkeit finden, mit ihnen umzugehen. (vgl. Bohne 2009, S. 79ff.)

3 Der Selbstwert

Der Selbstwert setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen, die zu einem Teil intrapersonell sind und zu anderen Teil von außen beeinflusst werden. Die Selbstakzeptanz ist der erste Faktor, welcher darin besteht, inwieweit ein Mensch sich selbst annehmen kann, auch wenn sich dieser seiner schlechten Gewohnheiten und Eigenschaften bewusst ist. Dazu gehört auch der körperliche Aspekt, sodass die Höhe der Selbstakzeptanz davon beeinflusst wird, wie attraktiv sich ein Mensch einschätzt. (vgl. Potreck-Rose/Jakob 2007, S. 72f.) Bei Betroffenen von Trichotillomanie ist dies meist eingeschränkt, da viele sich für ihren Körper schämen und sich durch den Haarverlust unattraktiv fühlen können (vgl. Bohne 2009, S. 12).

Den zweiten Faktor stellt das Selbstvertrauen dar. Dieses umfasst, ob sich Menschen zutrauen, bestimmte Aufgaben zu bewältigen, Fähigkeiten zu erlangen und ob sie Erfolge erleben. Diese können aus unterschiedlichen Lebensbereichen stammen (vgl. Potreck-Rose/Jakob 2007, S. 73f.), daher wäre es möglich, dass für Betroffene von Trichotillomanie eine Einschränkung des Selbstvertrauens entstehen könnte, wenn

sie wiederholt daran scheiterten die Störung zu besiegen und ihren Impulsen zu widerstehen (vgl. Bohne 2009, S. 14).

Zu diesen internalen Bestandteilen des Selbstwerts kommen auch externale Faktoren hinzu, nämlich das Erleben der eigenen Kontaktfähigkeit und das soziale Netz. Hinein fließt dort, ob jemand gut mit anderen Menschen umgehen kann und sich in der Lage fühlt, schwierige soziale Situationen zu meistern. Dabei spielt auch die Fähigkeit Nähe und Distanz zu regulieren und auszuhalten eine Rolle. Das soziale Netz besteht aus der Einbindung in positive soziale Beziehungen und welche Qualität diese Beziehungen besitzen. Für den Selbstwert ist es förderlich, das Gefühl zu haben für andere Menschen von Bedeutung zu sein. Aber nicht nur die Qualität der Beziehungen beeinflusst den Selbstwert, sondern auch die Quantität, sodass eine hohe Beliebtheit förderlich ist. (vgl. Potreck-Rose/Jakob 2007, S. 77f.) Menschen mit Trichotillomanie vermeiden aus Angst vor Entdeckung der Impulskontrollstörung häufig soziale Kontakte und Aktivitäten, was eine Einschränkung der Sozialkontakte zur Folge hat und somit das soziale Netz schwächt. Auch durch Unverständnis und Kritik von anderen am Verhalten der Betroffenen können die Beziehungen verschlechtert werden. (vgl. Bohne 2009, S. 12) Durch diese Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen kann der Selbstwert daher geschwächt werden.

Hat ein Mensch einen hohen Selbstwert, dann sieht sich dieser als positiv, während jemand mit einem niedrigen Selbstwert eine geringe Meinung über seine Fähigkeiten, Kompetenzen und soziale Beziehungen hat. Fast jede psychische Störung, wie Depressionen oder Zwänge, steht im Zusammenhang mit einem niedrigen Selbstwert und teilweise wird dieser sogar als Grundlage aller Störungen bezeichnet. Die Verbesserung des Selbstwerts ist häufig Bestandteil von Therapieformen, denn dieser kann in jedem Lebensalter verändert werden. Selbst wenn eine Therapie nicht gezielt auf diese Stärkung bezogen ist, so ist sie doch ein Nebeneffekt von so ziemlich jeder Therapieform, wie zum Beispiel der Kunsttherapie. Die Erhöhung des Selbstwerts wird durch die neue Möglichkeit des Selbstaustausdrucks, durch neue Erfahrungen und durch das Gefühl kompetent und lernfähig zu sein gefördert. Generell ist es selbstwerterhöhend, wenn ein Mensch sich in einem Bereich, der ihm wichtig ist, kompetent fühlt, während eine erlebte

Inkompetenz selbstwerterniedrigend ist. In einer Studie zur Selbstwertbedrohung kam heraus, dass besonders die Gefühle nicht verstanden zu werden, bloßgestellt zu werden und sich nicht in der Lage zu fühlen ein Problem zu bewältigen einen negativen Einfluss auf den Selbstwert haben. (vgl. Potreck-Rose/Jakob 2007, S. 11ff.) Betroffene von Trichotillomanie können ein Unverständnis in ihrem Umfeld erleben, wenn die Störung bekannt wird, was zudem zu als Bloßstellung empfundenen Situationen führen kann. Außerdem fühlen sich Betroffene ihren Impulsen teilweise hilflos ausgeliefert. (vgl. Bohne 2009, S. 12)

Menschen mit Trichotillomanie erfüllen somit in Folge der Störung meist einige Faktoren, die ihren Selbstwert schwächen können und was wiederum einen Risikofaktor für andere psychische Erkrankungen und weitere Beeinträchtigungen im Leben darstellt.

4 Körperbemalung

Die Körperbemalung kann als Methode der Kunsttherapie angewandt werden. In der Kunsttherapie sollen durch gestalterische Prozesse und taktile Erfahrungen, die mit einem psychotherapeutischen Gespräch verbunden werden, Veränderungsprozesse angeregt werden. Die KlientInnen können sich selbst während des kreativen und fantasievollen Prozesses anders ausdrücken, als es mit Worten möglich wäre und Ängste können in einer Weise ausgedrückt werden, die weniger belastend für die Person ist. Für das Gelingen ist eine Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn notwendig, die von Vertrauen geprägt ist. (vgl. Ezhova 2017, S. 17ff.) TherapeutInnen sollten eine positive Grundhaltung gegenüber den KlientInnen besitzen, sie wertschätzend behandeln und ihnen aktiv zuhören. Die KlientInnen stehen dabei während der gesamten Bemalung im Mittelpunkt. (vgl. Marwedel 2019, S. 50)

Bei der Körperbemalung wird die Farbe direkt auf die Haut aufgetragen, wobei entweder der gesamte Körper bemalt wird oder nur Teile, wie zum Beispiel die Arme oder die Hände. Im Vordergrund steht dabei in therapeutischen Kontexten nicht das

Ergebnis, sondern das Erleben der KlientInnen und die Berührung mit den Farben. Da bei dem Bodypainting eine körperliche Nähe entsteht, müssen sich sowohl TherapeutIn als auch KlientIn darauf einlassen können. Allerdings wird die Farbe in den meisten Fällen nicht mit den Händen, sondern mit Pinseln oder Schwämmen aufgetragen, sodass trotz der Nähe eine professionelle Distanz gewahrt werden kann. Für die Bemalung ist kein perfekter Körper notwendig und es soll eine lockere Atmosphäre herrschen, in der der Körper voll und ganz akzeptiert wird. Jedoch ist eine positive Einstellung zum eigenen Körper von Vorteil, um die Berührungen zulassen zu können. Außerdem sollte der/die KlientIn dem Malen positiv gegenüber stehen, vor allem, wenn er/sie selbst malt. Sollten diese Punkte nicht erfüllt sein, kann man sich gegebenenfalls langsam an die Bemalung herantasten. Während des gesamten Prozesses steht das Wohlbefinden der KlientInnen im Vordergrund und über die Bedürfnisse und Gefühle, die währenddessen auftreten, sollte offen kommuniziert werden, um ein mögliches Unwohlsein beheben zu können. (vgl. Marwedel 2019, S. 7ff.)

Die Bemalung kann in verschiedenen Konstellationen stattfinden. Zum einen ist es möglich, dass der/die TherapeutIn den/die KlientIn bemalt, wobei das Erleben des eigenen Körpers im Vordergrund steht und der Prozess für den/die KlientIn eher passiv ist. Dabei kann das Körperbild verbessert werden, eine Entspannung des Körpers und eine höhere Selbstwahrnehmung erwirkt werden. Eine weitere Möglichkeit ist, dass sich der/die KlientIn selbst bemalt, wobei sich diese aktiv selbst ausdrücken können. Diese Form der Bemalung ist auf einzelne Körperstellen beschränkt und kann das Selbstbewusstsein und den Selbstausdruck stärken. Allerdings kann es zu einer Unzufriedenheit kommen, wenn das Ergebnis nicht so ausfällt, wie der/die KlientIn es sich wünscht. Die dritte Art der Durchführung ist die Bemalung durch den/die PartnerIn oder das Kind, wodurch das Vertrauen und die Kommunikation zwischen ihnen gestärkt werden können. Es werden dabei Hemmschwellen abgebaut, die die Berührung betreffen. Der/die TherapeutIn unterstützt beide Parteien während des Prozesses. (vgl. Marwedel 2019, S. 42f.)

Die Bemalung wird allgemein als entspannend und wohltuend wahrgenommen und Scham gegenüber dem eigenen Körper tritt eher selten auf, da die Farbe einen Schutz

darstellt und es den KlientInnen ermöglicht in eine andere Rolle zu schlüpfen. (vgl. Marwedel 2019, S. 8f.)

4.1 Durchführung

Bevor die Bemalung erfolgt, findet ein Vorgespräch statt, in dem die Rahmenbedingungen festgehalten werden. Diese sind beispielsweise, wer während des Bodypaintings anwesend sein darf, wer bemalt und ob Fotos gemacht werden sollen. Im Gespräch wird geklärt, ob Hautunverträglichkeiten oder Allergien vorliegen, die bei der Bemalung und bei der Verwendung der Farben beachtet werden müssen. Auch die aktuelle Situation des/der KlientIn wird erfasst und die Ziele des Prozesses werden formuliert. Besonders wichtig im Vorgespräch ist zu besprechen welche Körperstellen bemalt werden dürfen und welche nicht, da sich der/die KlientIn während des Malens wohlfühlen soll und die persönlichen Grenzen geachtet werden müssen. (vgl. Marwedel 2019, S. 45)

Die anschließende Bemalung kann, je nach Wohlbefinden des Modells im Stehen, Sitzen oder auch im Liegen erfolgen. Es gibt viele verschiedene Farben, mit denen gemalt werden kann, wie spezielle Bodypaintingfarben, aber auch Erdtöne, Pflanzenextrakte oder Schokolade. Es gibt Farben auf Wasser-, Fett- und Alkoholbasis, doch für die Körperbemalung sollten nur dermatologisch getestete und wasserbasierte Farben verwendet werden, damit Hautunverträglichkeiten vermieden werden und die Farbe im Anschluss leicht zu entfernen ist. Die Konsistenz kann flüssig, fest oder cremig sein und sollte an die jeweilige Zielgruppe angepasst werden, da nicht jede Farbe für jede Person geeignet ist. Die Auswahl der Farbe orientiert sich am Wohlbefinden der KlientInnen. Im getrockneten Zustand sollte die Farbe kaum zu spüren sein, also weder auf der Haut spannen, noch jucken oder brennen. Bei Menschen mit empfindlicher oder gereizter Haut ist stark auf die Hygiene zu achten, die durch ein gründliches Reinigen und Desinfizieren der Pinsel erreicht werden kann. (vgl. Marwedel 2019, S. 21ff.)

Nach der Bemalung können Fotos vom Ergebnis gemacht werden, da das Entfernen der Farbe eine schmerzliche Erfahrung darstellen kann, wenn das Modell in der

neuen Haut eine Erfahrung von Sicherheit oder auch einer veränderten Wahrnehmung der Umgebung machen konnte. Doch das Abwaschen kann auch für eine Befreiung von alten Problemen darstellen und ein Loslassen von diesen symbolisieren. (vgl. Marwedel 2019, S. 80)

4.2 Wirkung

Die Körperbemalung kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die KlientInnen auswirken.

Als Teil der Kunsttherapie kann die Körperbemalung den KlientInnen dabei helfen ungünstige Verhaltensmuster und Probleme wahrzunehmen und sie durch den neu gewonnenen Blickwinkel zu verändern. Durch die neuen Erfahrungen während des Malprozesses wird zudem der Selbstwert gestärkt. (vgl. Ezhova 2017, S. 18)

Bei der Körperbemalung erfährt die bemalte Person taktile und haptische Reize, da die Farbe direkt auf die Haut aufgetragen wird. Dies ermöglicht es dem Menschen stärker mit sich selbst in Kontakt zu kommen. Infolgedessen kann das Körperbild der Person stabilisiert werden und dadurch der Selbstwert gestärkt werden. (vgl. Ezhova 2017, S. 23) Da die sanften Reize des Pinsels ein Sicherheitsgefühl, Nähe und Wärme vermitteln (vgl. Marwedel 2019, S. 58), sind sie auch in der Lage die Beziehung zu der malenden Person zu stärken, weshalb die Körperbemalung auch zusammen mit anderen Menschen, wie Partnern, Eltern oder Kindern stattfinden kann. (vgl. Ezhova 2017, S. 26) Wenn die KlientInnen im Nachhinein von diesen Menschen positives Feedback über ihr Äußeres erhalten, so bewirkt dieses ebenfalls eine Stärkung des Selbstwerts und verändert die Eigenwahrnehmung ins Positive. Sollte das Feedback jedoch negativ sein, dann kann es zu einer Schwächung des Selbstwerts kommen. (vgl. Marwedel 2019, S. 78)

Abgesehen von den taktilen Reizen kann auch die Farbe auf dem Körper positive Auswirkungen haben. Wenn sich die KlientInnen nach der Bemalung betrachten, dann können sie sich selbst als Kunstwerk wahrnehmen. Dies verändert die Art und Weise, auf die sie ihren Körper erleben. Indem sie sich als ästhetisch und schön wahrnehmen, wird der Selbstwert gestärkt. Insbesondere für Menschen, die wegen körperlicher Veränderungen durch z. B. eine Schwangerschaft oder eine

Krebserkrankung Selbstzweifel haben, ist die Körperbemalung daher gut geeignet. Die Körperstellen, die mit Unsicherheit behaftet sind oder unerwünscht sind, können durch die Farbe versteckt werden oder in etwas Positives umgewandelt werden. (vgl. Marwedel 2019, 55f.) Dadurch wird es den Betroffenen ermöglicht, eine neue Haltung gegenüber der Krankheit beziehungsweise körperlichen Veränderung einzunehmen (vgl. Ezhova 2017, S. 18). Zudem können die KlientInnen durch die Bemalung ihre „alte“ Haut zu verlassen und die Welt neu wahrzunehmen (vgl. Gröning 1997, S. 231). Es kann dadurch eine neue Kontaktaufnahme zur Umwelt und zur eigenen Identität geschehen (vgl. Ezhova 2019, S. 33).

Allerdings können auch negative Wirkungen durch die Körperbemalung auftreten, die zum Beispiel aus Unzufriedenheit entstehen können. Dieses Gefühl kann zum einen auf den eigenen Körper bezogen sein, aber zum anderen auch hervorgerufen werden, wenn das Ergebnis für die KlientInnen nicht zufriedenstellend ist. Auch die Situation während des Gestaltungsprozesses kann eine negative Stimmung zur Folge haben, wenn die Kommunikation mit dem/der TherapeutIn nicht wie gewünscht ablief oder sich der/die KlientIn unwohl gefühlt hat. In diesen Fällen soll gemeinsam an einer Lösung gearbeitet werden, die zum Beispiel darin bestehen kann, dass das Painting verändert wird, dass die Fotos nachbearbeitet werden oder dass die Farbe sofort abgewaschen wird. (vgl. Marwedel 2019, S. 82f.)

5 Anwendung von Körperbemalung zur Verbesserung des Selbstwerts bei Trichotillomanie

Wenn die Körperbemalung bei einer Person durchgeführt werden soll, die eine diagnostizierte psychische Störung nach dem ICD-10 hat, muss eine Behandlungserlaubnis eingeholt werden. In diesem Fall handelt es sich bei der Körperbemalung um eine therapeutische Intervention, weshalb sie nur in Absprache und Kooperation mit TherapeutInnen durchgeführt werden darf und auch nicht als einzige Therapieform angewandt werden sollte. Es sollte gründlich abgewogen werden, ob die Bemalung durchgeführt wird, da sie auch negative Auswirkungen hervorrufen kann. Diese Entscheidung sollte gemeinsam mit dem/der KlientIn

getroffen werden. In Deutschland braucht man für die Durchführung dieser therapeutischen Intervention eine therapeutische Ausbildung. Außerdem muss vor der Körperbemalung ein Dokument von dem/der KlientIn oder dem/der ÄrztIn unterschrieben werden, um den/die TherapeutIn rechtlich abzusichern. (vgl. Marwedel 2019, S. 30ff.)

Bei einer psychischen Störung kann die Körperbemalung helfen, Veränderungen des Körpers zu verarbeiten, sich selbst positiver wahrzunehmen und Selbstzweifel zu verringern, da sich nicht auf die unperfekten Stellen des Körpers konzentriert wird, sondern auf das Gesamtbild. Bei Krebspatientinnen mit amputierten Brüsten, die aufgrund dessen eine Abneigung gegen ihren eigenen Körper entwickelten, ließen sich durch die Körperbemalung Erfolge erzielen, sodass die Patientinnen die betroffenen Stellen besser annehmen konnten und als schöner wahrgenommen haben. (vgl. Marwedel 2019, S. 31ff.) Bei Trichotillomanie könnte möglicherweise Ähnliches erreicht werden, da auch diese Betroffenen eine Veränderung des Körpers erleben, wodurch makelbehaftete Stellen entstehen.

Ich kann mir die Körperbemalung bei Menschen mit Trichotillomanie in verschiedenen Formen vorstellen, wobei es von höchster Relevanz ist, die Grenzen der Betroffenen zu wahren, da es sich um ein sensibles Thema handelt. Zum einen wäre es möglich, dass sich die Betroffenen selbst am Körper bemalen, um zum Beispiel die Gefühle, die die Störung in ihnen hervorruft, ausdrücken zu können, ohne dass dies mit Scham behaftet ist. Eine weitere Möglichkeit wäre es, die betroffenen Stellen direkt zu bemalen, um diese zu verschönern und als positiv wahrnehmen zu können. Dabei können diese in den Vordergrund rücken, jedoch sind die kahlen Stellen in diesem Fall nicht ungeschützt. Dadurch ergibt sich eine Kombination aus einer Bedeckung der Stellen und andererseits einer Betonung ebendieser, weshalb es meiner Meinung nach wichtig ist, dies vorher genau zu kommunizieren, um negative Auswirkungen zu vermeiden. Die positive Darstellung des Körpers könnte dabei helfen ihn als Ganzes mit seinen Makeln anzunehmen. Indem die vorher als negativ empfundenen Stellen nun als Kunstwerk wahrgenommen werden können, könnte zudem der Selbstwert gestärkt werden, wie

in Kapitel 3 beschrieben.

Die Bemalung an den betroffenen Stellen kann durch die betroffene Person erfolgen, was zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit diesen Körperstellen führt. In diesem Fall ist es wichtig zu beachten, dass die Bemalung mit einem Pinsel oder Schwamm geschieht, da eine Verwendung der Hände zu Reizen führen könnte, die das Ausreißen triggern. Je nach Form der Trichotillomanie sollte ein Spiegel für die Bemalung zur Verfügung gestellt werden, damit die Betroffenen die zu bemalenden Stellen, wie zum Beispiel die Augenbrauen sehen können. Auch bei dieser Art der Durchführung könnte der Selbstwert durch den liebevollen Umgang mit sich selbst und durch das selbstständige Erleben neuer Erfahrungen verbessert werden.

Die Bemalung könnte von Menschen aus dem nahen Umfeld, wie PartnerInnen oder Elternteilen durchgeführt werden, was eine offene Kommunikation über die Störung fördern könnte und die Hemmschwelle bezüglich des Themas senken könnte. Eine Verbesserung der sozialen Beziehungen, die häufig unter der Trichotillomanie leiden (vgl. Bohne 2009, S. 12), stellt zudem einen Faktor dar, der laut Potreck-Rose und Jacob den Selbstwert stärkt, da das soziale Netz in ebendiesen einspielt (vgl. Potreck-Rose/Jacob 2007, S. 78).

Eine letzte Möglichkeit, die ich für die Durchführung sehe, ist die Bemalung durch den/die TherapeutIn, damit die Betroffenen bewusster die Empfindungen ihres Körpers wahrnehmen können.

Welche dieser Methoden eingesetzt wird, sollte vom Ziel der therapeutischen Intervention abhängen. Zum Beziehungsaufbau ist das gegenseitige Bemalen geeignet, aber ich denke, dass für die Stärkung des Selbstwerts vor allem das Bemalen des eigenen Körpers die besten Ergebnisse liefern würde, da dadurch eine Auseinandersetzung mit dem Körper entsteht und möglicherweise ein neuer Blickwinkel auf diesen geschaffen werden könnte.

Es gibt mehrere Punkte, die in der Arbeit mit Menschen mit Trichotillomanie beachtet werden müssen. Normalerweise tritt selten Scham gegenüber dem eigenen Körper während der Körperbemalung auf (vgl. Marwedel 2019, S. 9), doch dies könnte bei Trichotillomanie anders sein, da dort in den meisten Fällen generell ein hohes Schamgefühl vorhanden ist (vgl. Bohne 2009, S. 12). Daher muss eine

sensible, wertungsfreie Atmosphäre geschaffen werden. Trotzdem könnte die Bemalung von einigen Betroffenen abgelehnt werden, was in jedem Fall akzeptiert werden muss. Bei der Auswahl des Pinsels oder Schwamms sollte mit den KlientInnen individuell besprochen werden, welche Materialien und Härtegrade in ihrem Fall nicht zu triggernden Gefühlen führen. Auch die Auswahl der Farben muss meiner Meinung nach an die Störung angepasst werden, da die Haut möglicherweise durch das Ausreißen der Haare gereizt sein könnte. Ich halte es für wichtig, dass Farbe, die auf der Haut trocknet und dadurch Spannungsgefühle hervorrufen kann, vermieden wird. Sie sollte sich außerdem nicht abziehen lassen, wie es teilweise bei selbst hergestellter Farbe der Fall ist, da bei diesem Vorgang an den Härchen gezogen wird und dies den Reizen während einer Reißphase ähnelt. Zwar soll bei der Körperbemalung im professionellen Bereich nur dermatologisch getestete Farbe verwendet werden (vgl. Bohne 2009, S. 21), aber ich halte diesen Hinweis dennoch für notwendig, falls die Betroffenen sich auch außerhalb der Therapie bemalen möchten. Zuletzt könnte die Bemalung der kahlen Stellen durch nachwachsende Haare erschwert werden, da die Reißstellen meist nicht komplett haarfrei ist, aber dies muss im Einzelfall geprüft werden. Ansonsten könnten Härchen auch übermalt werden.

6 Fazit

Die Verwendung von Körperbemalung lässt sich somit gut einsetzen, um den Selbstwert der KlientInnen zu verbessern. Dies könnte nach meiner Einschätzung auch auf Betroffene von Trichotillomanie zutreffen und zur Erreichung dieses Ziels können verschiedene Formen der Durchführung eingesetzt werden. Allerdings gibt es einige Punkte, die beachtet werden müssen, wenn man das Bodypainting in dieser Zielgruppe durchführt, die bei anderen Menschen außer Acht gelassen werden können. Es ist mit jedem/jeder KlientIn individuell abzuwägen, ob die Bemalung infrage kommt. Dabei sollte über mögliche Folgen durch triggernde Reize aufgeklärt werden, sodass die KlientInnen in Absprache mit ihren ÄrztInnen eine Entscheidung treffen können, ob die Durchführung stattfinden sollte oder nicht.

Jule Günther

Es wäre spannend, ein solches Projekt mit Betroffenen von Trichotillomanie durchzuführen, da bislang schließlich sowohl die Körperbemalung als auch die Trichotillomanie nur wenig erforscht sind und sich dadurch möglicherweise neue Wege finden ließen, wie die Folgen der Störung verringert werden könnten.

Literatur

Bohne, A. (2009). Trichotillomanie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG

Ezhova, Y. (2017). Verwendung der Körperfarbe in der Kunsttherapie mit krebskranken Kindern. (unveröffentlichte Masterarbeit). Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft Alfter/Bonn

Gröning, K. (Hrsg.) (1997): Geschmückte Haut. Eine Kulturgeschichte der Körperkunst. München: Frederking & Thaler.

Hertenstein, E./ Voderholzer, U. (2014). Zwangsstörungen und Zwangsspektrumstörungen im DSM-5. Neues aus dem DSM-5. InFo Neurologie & Psychiatrie, 16, 42-50

Marwedel, G. (2019) Bunte Körper. Bodypainting als therapeutische Methode. Aachen: Shaker Media

Potreck-Rose, F./Jacob, G. (2007). Selbstzuwendung Selbstakzeptanz Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Klett-Cotta