

Reinelt, A. und Breitner, M.

## **Therapie einer Trichotillomanie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 5, S. 169-175*

urn:nbn:de:bsz-psydok-27995

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) .....	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics) .....	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) .....	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) .....	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) .....	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) .....	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) .....	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) .....	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) .....	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) .....	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) .....	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) .....	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) .....	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) .....	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) .....	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) .....	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) .....	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses) .....	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) .....	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) .....	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) .....	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) .....	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) .....	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) .....	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) .....	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) .....	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) .....	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) .....	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) .....	175

## Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress) .....	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) .....	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) ..... 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) ..... 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) ..... 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schilhaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schilhauptschule") ..... 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) ..... 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) ..... 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) ..... 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) ..... 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) ..... 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) ..... 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) ..... 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) ..... 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) ..... 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg ..... 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 ..... 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik ..... 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal ..... 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung ..... 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children .... 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, ..... 269, 317

## Therapie einer Trichotillomanie

Von A. Reinelt, M. Breiter

### Zusammenfassung

In der Literatur werden verschiedene theoretische Erklärungsversuche für die Trichotillomanie angeführt. U.a. wird sie als Symptom eines psychodynamischen Konfliktes interpretiert.

Bei einem von uns behandelten dreieinhalbjährigen Buben diente das Ausreißen der Haare einerseits der Selbstbestrafung für destruktiv-aggressive Wünsche gegen die Eltern und Geschwister und andererseits der Vermittlung der eigenen körperlichen Existenz. Das Streicheln der Lippen mit den ausgerissenen Haaren erwies sich als Ersatzhand-

lung für sein unbefriedigtes Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnis. Es wurde mit dem Kind eine tiefenpsychologisch orientierte Spieltherapie kombiniert mit schützenden Maßnahmen (z.B. Haare scheren) und verhaltenstherapeutischen Techniken durchgeführt. Ausschnitte aus der Therapie werden genauer dargestellt.

---

Gegen Ende des vorigen Jahrhunderts beschrieb der französische Arzt *Hallopeau* (1889) erstmals jenes merkwürdige Verhalten, daß ein Mensch sich selbst Haare ausreißt, und bezeichnete dieses Phänomen als Trichotillo-

manie. Seit dieser Zeit sind in der Literatur an die hundert Fälle geschildert worden, wobei in den vergangenen zwei Jahrzehnten in zunehmendem Maße ein psychologisches Verständnis für die Symptomatik bemerkt werden kann.

### *Häufigkeit, Geschlecht und Alter*

Der Anteil von Kindern oder Jugendlichen, die eine Trichotillomanie entwickeln, beträgt ungefähr 0,05–0,6 % des gesamten kinderneuropsychiatrischen Krankengutes (Asam u. Träger 1973; Mannino 1969).

In der von uns gesichteten Literatur überwiegt die Zahl der weiblichen Patienten (37) deutlich die männlichen (23), eine für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eher ungewöhnliche Relation. Am häufigsten dürfte die Symptomatik erstmals während der ersten drei Lebensjahre auftreten (in 40 % von 60 Fällen).

### *Die Ätiologie der Symptomatik*

In der Literatur lassen sich drei verschiedene theoretische Ansätze als Erklärungsversuche für das selbstschädigende Verhalten erkennen:

#### *1. Die Trichotillomanie als Spannungsabfuhr*

Bei diesem Ansatz werden zum Teil Anleihen aus dem Begriffsinventar der Ethologie gemacht. Die Trichotillomanie wird als Leerlaufmechanismus interpretiert (Huber 1959), also als eine Handlungskette, die ohne auslösenden Reiz abläuft. Der Verhaltensforscher Konrad Lorenz (1943) hat über einen gefangenen Star berichtet, der die Beutesuche: Nachfliegen, Fangen, Töten, Schlucken durchführte, ohne daß irgendwelche Insekten im Zimmer vorhanden waren. Andere Autoren sehen das Ausreißen der Haare als motorische Entladung bei Cerebralgeschädigten (Bartsch 1956) oder als Übersprungshandlung (Tinbergen 1940) bei einem starken hirnorganischen Spannungszustand.

#### *2. Die Trichotillomanie als gelerntes Verhalten*

Das Kind lernt, daß die Übersprungshandlung des Haareausreißens eine spannungsmindernde Wirkung hat, so daß es dieses Verhalten wiederholt. Wird das Verhalten zur Gewohnheit, tritt es auch auf, wenn der vormals auslösende Spannungszustand nicht mehr vorhanden ist (Bartsch 1956).

#### *3. Die Trichotillomanie als Symptom eines psychodynamischen Konfliktes*

Anhänger einer psychodynamischen Betrachtungsweise fassen die Trichotillomanie als sichtbares Zeichen eines psychischen Konfliktes auf. Meistens liegt eine Störung der

Beziehung zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson vor. Die in der Literatur erwähnten Mütter haben häufig selbst in der Kindheit wenig Zuwendung und emotionale Wärme erlebt, und das fehlende Gefühl der Geborgenheit auch in ihren Partnerbeziehungen nicht gefunden (Asam u. Träger 1973; Greenberg 1965). Außerdem besteht häufig eine Überforderung im lebenspraktischen Bereich. Sie hegen gegenüber den Kindern ambivalente Gefühle, sind emotional instabil und wechselhaft in ihrer Erziehungshaltung.

In der analytisch orientierten Literatur werden eine Reihe von Erklärungsversuchen für die Trichotillomanie angeboten, wobei ungesättigte Bedürfnisse der oralen, analen und ödipalen Phase in ursächlichen Zusammenhang mit der Symptomatik gebracht werden:

A. Das Kind entwickelt den Kern seines Körperschemas über die taktil-kinästhetische Modalität. Durch die Kose- und Pflegehandlungen der Mutter beginnt es sich selbst zu spüren. Wenn bei fehlendem Körperkontakt das Bedürfnis „sich durch den anderen spüren“ nicht abgesättigt wird, versucht es, sich durch die autoaggressive Handlung das Gefühl seiner körperlich-seelischen Existenz zu vermitteln (Buxbaum 1960, Bartsch 1956).

B. Die Haare werden als Ersatzobjekt bei unbefriedigtem Zärtlichkeitsbedürfnis benützt. Solche Kinder mit einer Trichotillomanie verwenden die ausgerissenen Haare, um sich im Mundbereich zu streicheln oder an den Haaren zu lutschen bzw. sie zu verschlucken (das, was man zuwenig hat – nämlich die Mutter – möchte man inkorporieren) (Dührssen 1970, Buxbaum 1960, Schachter 1961, Simon 1971, Stöckmann 1962).

C. Die Trichotillomanie wird als Masturbationersatz interpretiert, wobei die Dynamik des Verhaltens ebenfalls aus einem unbefriedigten Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnis gespeist wird (Philippopoulos 1961).

D. Die Trichotillomanie stellt einen mißlungenen Protest gegen die emotional depravierenden Eltern dar. Die eigentlich an die Eltern adressierte Aggression richtet sich im selbstbestrafenden Akt des Haareausreißens gegen die eigene Person („der Schuß geht nach hinten los“) (Dührssen 1970, Monroe 1923, Philippopoulos 1961, Schachter 1961, Simon 1971, Stöckmann 1962).

E. Bei einigen in der Literatur beschriebenen Patientinnen wird die Trichotillomanie als Versuch einer Bewältigung des Ödipuskomplexes gesehen. Durch das Ausreißen der Haare versuchen sie ihr Äußeres zu entstellen, um nicht mit der Mutter um die Gunst des Vaters in Konkurrenz treten zu müssen (Greenberg 1969).

F. Das Ausreißen der Haare dient als Versuch zur Bewältigung von Trennungsängsten. Aus Angst vor dem Alleinsein nimmt das Kind im Symptom Kontakt mit sich selbst auf (Buxbaum 1960).

G. Bei einigen weiblichen Jugendlichen trat die Trichotillomanie als Folge mißlungener Ablösungsversuche von einer besitzergreifenden Mutter auf (Buxbaum 1960, Greenberg 1965).

H. Auch eifersüchtige Gefühle gegenüber Geschwistern beeinflussen die Genese der Symptomatik (Schachter 1961, Stöckmann 1962).

## Die Behandlung der Trichotillomanie

### 1. Symptomatische Maßnahmen

Es wird getrachtet, durch Schutzmaßnahmen wie das Abscheren der Haare, die Verwendung einer Schutzkappe und Festbinden der Arme das Ausreißen der Haare zu verhindern. Auch medikamentöse Behandlungen zielen darauf ab, eine Sedierung der Symptomatik zu erreichen.

### 2. Verhaltensmodifizierende Maßnahmen

Durch die Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken wird versucht, die erlernten Gewohnheiten des autoaggressiven Verhaltens zu beeinflussen.

### 3. Tiefenpsychologische Behandlungsverfahren

In der Kindheit nicht bewältigte psychische Konflikte werden aufgedeckt und bearbeitet.

Da sich im Symptom des Kindes meist eine pathogene Familienstruktur manifestiert, sind familientherapeutische Maßnahmen indiziert. Um gewisse Heilungschancen zu wahren, wird es oft notwendig, das Kind aus der Familie vorübergehend herauszunehmen (Rombach 1964, Stöckmann 1962). Wie man den Angaben der Literatur entnehmen kann, sind die Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung gering einzuschätzen. Als Voraussetzung für einen Therapieerfolg sind folgende Faktoren anzusehen:

- A. Die Früherfassung der Störung und ihrer Ursache
- B. Eine zeitintensive Therapie
- C. Veränderung des familiären Milieus

## Der Fall Peter – Kasuistik

### 1. Die Lebensgeschichte

Peter wurde im Alter von 3½ Jahren wegen einer Trichotillomanie stationär aufgenommen. Das Kind stammte aus bäuerlichem Milieu und besaß sehr einfache, undifferenzierte, intellektuell unterdurchschnittlich begabte Eltern. Wie wir von der Tante des Kindes erfuhren, sprach der eher stumpfe Vater übermäßig dem Alkohol zu, so daß die psychisch labil erscheinende Mutter eine Scheidung in Erwägung zog. Zum Zeitpunkt der Aufnahme unseres kleinen Patienten war der ältere Bruder, ein Kind, das auch auf kurz dauernde Abwesenheit der Mutter mit starken Ängsten reagierte, fünf Jahre alt. In der Familie lebte noch eine jüngere, eineinhalbjährige Schwester von Peter. Eine genaue und vollständige Anamnese konnten wir wegen der selten möglichen elterlichen Besuche (große Entfernung von Wien) und ihrem geringen Wissen um die kindliche Entwicklung nicht durchführen.

Während der ersten 1½ Lebensjahre des Kindes wohnte die Familie bei den Großeltern mütterlicherseits und übersiedelte dann bis zum dritten Lebensjahr von Peter zu den Großeltern väterlicherseits, da die Eltern der Mutter mit einem Hausbau begonnen hatten. Dort lebte die Familie

räumlich sehr beengt in einem kleinen Bauernhaus. Im Alter von ca. 1¾ Jahren erfolgte eine mehrmonatige Trennung von der Mutter, die in der Nähe Wiens eine Arbeit angenommen hatte. Der ältere Bruder von Peter lebte während dieser Zeit bei seiner Mutter. Nach ihrer Rückkehr begannen auch die Eltern mit dem Bau eines Hauses. Sie verwendeten nun ihre ganze Freizeit, die ihnen neben der Landwirtschaft und dem Nebenerwerb übrig blieb, für den Bau. Die Last der Arbeit und die ganze Aufgabe, die Kinder groß zu ziehen, überforderte die Eltern offensichtlich.

Die Symptomatik des Haareausreißen begann am Tag der Übersiedlung in das neue Haus. Vor diesem Zeitpunkt konnte allerdings ein Jahr lang beobachtet werden, daß Peter seinem Teddy-Bären Haare auszureißen und sich damit im Bereich des Mundes zu streicheln pflegte. Manchmal sah man ihn auch im Hühnerhof eine Feder aufheben, die er dann ähnlich wie die Haare verwendete. Peter wurde gerade drei Jahre alt, als das neue Haus fertiggestellt wurde. Am Tag der Übersiedlung ging sein Teddy-Bär verloren und wurde auch später nie mehr gefunden, worüber der Bub sehr verstört war. Als er nach der ersten Nacht im neuen Kinderzimmer aufstand, sahen die Eltern erstmals eine runde kahle Stelle am Kopf. Als sie nun ihr Augenmerk auf das eigenartige Verhalten des Kindes richteten, bemerkten sie, daß Peter beim Einschlafen und Aufwachen sowie in Situationen, in denen sich niemand um ihn kümmerte, die Haare ausriß. Wenige Tage nach der Übersiedlung begann die Mutter neuerlich zu arbeiten, und der Bub kam in den Kindergarten. Bis es zur Aufnahme an unserer Station kam, verging fast ein halbes Jahr, in dem durch das Ausreißen der nachwachsenden Haare eine Schädelhälfte völlig kahl blieb.

### 2. Das Verhalten der Eltern zum Kind

Als die Eltern das Kind zur stationären Aufnahme brachten, verhielten sie sich dem kleinen Buben gegenüber eher kühl und distanziert. Sie wirkten hilflos und fühlten sich der Situation im Krankenhaus sichtlich nicht gewachsen.

### 3. Das Verhalten von Peter nach der Aufnahme

Am ersten Tag auf der Station zeigte sich Peter sehr zuwendungsbedürftig. Am zweiten Tag verhielt er sich nach den Berichten der Schwestern und Erzieher weitgehend wie ein normales Kleinkind. Als er über den Krampus und den Nikolaus zu reden begann, wurde er allerdings zunehmend ruhelos-hektisch und versuchte, sich die Haare auszureißen. Das Ausreißen derselben wurde mit dem Daumen und Zeigefinger der linken Hand durchgeführt. Die ausgerissenen Haare klemmte er sich in das obere Gelenk des Zeigefingers, dann steckte er den Daumen in den Mund und führte mit der Hand Drehbewegungen aus, so daß die Haare seine Lippen streichelten. Nicht das Ausreißen der Haare war also das intendierte Ziel, sondern das Streicheln mit denselben.

#### 4. Kontaktabbau und erste diagnostische Überlegungen

Der Kontakt der Therapeutin (Dr. M. Breiter) mit dem Kind beschränkte sich vorerst auf gemeinsames Spielen im Rahmen des Stationsbetriebes. Das Verhalten des Bubens, die erstaunliche sprachliche Ausdrucksfähigkeit und die psychologische Untersuchung des Entwicklungsstandes ergaben das Bild einer zumindest durchschnittlichen intellektuellen Begabung.

Weder die Testergebnisse noch das EEG zeigten Hinweise auf einen Cerebralschaden.

Einen ersten Einblick in die Psyche des Kindes erhielten wir durch sein Spiel mit dem Sceno-Test. Sofort mit dem Beginn des Spieles richtete er massive Aggressionen gegen die Eltern- und Geschwisterpuppen, die im Wunsch ihrer Kastration und Vernichtung gipfelten. Die Vaterpuppe ließ er unter anderem auf einem Holzstück knien, so daß wir uns fragten, ob das nicht eine der elterlichen Strafmethode darstellte. Der Mutterpuppe riß er Haare mit den Worten aus: „Das ist Mama“, und streichelte mit diesen in der oben beschriebenen Weise die Lippen. Seine Worte machten deutlich, daß die Haare als Ersatzobjekt für die mütterliche Zuwendung benutzt wurden.

#### 5. Die Erstellung einer diagnostischen Hypothese

Das Spiel des Kindes zeigte deutlich die starken Aggressionen gegen die Eltern und Geschwister. In der Realität war es ihm nicht möglich, seine Aggressionen gegen die Eltern zu richten, da er jedesmal hart dafür bestraft wurde (die Eltern erzählten bei einer späteren Befragung nach ihren Erziehungsmethoden, daß der Bub manchmal strafweise auf Holzscheiten knien mußte). Das Spiel mit der Mutterpuppe ließ uns gleichzeitig sein starkes, unbefriedigtes Bedürfnis nach liebevoller Zuwendung und Zärtlichkeit erkennen. Der verlorene Teddy-Bär bildete lange Zeit ein Ersatzobjekt für die nicht verfügbare Mutter, mit dessen Haaren er sich eine besondere Form autoerotischer Befriedigung verschaffte. Als der Teddy-Bär verloren ging, wobei sich auch gleichzeitig Peters gewohnte Umgebung durch die Übersiedlung veränderte, fehlte ihm dieses Ersatzobjekt, auf das er bisher seine Ängste, Aggressionen und Liebesbedürfnisse gerichtet hatte. Er selbst wurde zum Objekt aller dieser Gefühle, und die Haare seines eigenen Körpers mußten die Mutterliebe ersetzen.

#### 6. Der Therapieplan

Da zu erwarten war, daß die Eltern das Kind nicht länger als zwei bis drei Monate im Spital belassen würden, legten wir die Behandlung von vorne herein als intensive Kurzzeittherapie mit vier bis fünf Wochenstunden an. Als therapeutisches Verfahren wurde eine tiefenpsychologisch orientierte Spieltherapie gewählt. Zusätzlich wurden als schützende Maßnahme die Haare mehrmals geschoren, um die eintrainierte Verhaltenssequenz des Haareausreißens zu durchbrechen. Ersatzobjekte für das eigene Haar wie ein wolliges Tier, haarige Pullover u.ä. wurden später eingepflanzt und

angeboten. Als nach zwei Drittel der geplanten Behandlungszeit kein vollständiges Verschwinden der Symptomatik erreicht werden konnte, wurden auf der Station zusätzlich verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt. Da er vorübergehend bei der Tante wohnte, wurde auch sie in der Anwendung der verhaltensmodifizierenden Maßnahmen unterwiesen.

#### 7. Therapieverlauf

Im Verlaufe der drei Monate dauernden Therapie kristallisierten sich vier Phasen heraus:

##### 7.1. Phase der Kontaktabbau, Aggressionsabfuhr und Selbstbestrafungstendenzen

Durch regelmäßige Besuche auf der Station, wo die Therapeutin schon vor dem Beginn der Therapie regelmäßig mit ihm spielte, wurde eine Vertrauensbasis geschaffen, welche dem Kind bereits in den ersten Stunden ermöglichte, seine massiven Aggressionen gegen die Eltern im Sceno-Spiel auszudrücken. Auszüge aus den Protokollen der ersten Stunden sollen diese Phase verdeutlichen:

##### A. Kastrations- und Vernichtungswünsche gegen den Vater (1. Stunde)

Peter nimmt die Vaterpuppe und will ihr den Kopf abreißen. Er stochert ihr mit dem Kugelschreiber im Ohr und fragt: „Tut ihm das weh?“. Dann sticht er der Puppe mit dem Stift vehement zwischen die Beine und fragt: „Wo ist der Bauch, wo ist das Spatzerl?“ (Penis). Im weiteren Gespräch mit der Therapeutin sagt er: „Der Vater ist schlimm, der wird von mir gehaut, weil er böse ist und mich beißt.“ Anschließend schlägt er die Vaterfigur und läßt sie auf einem Stück Holz knien.

##### B. Vernichtungswünsche gegen die Mutter (4. Stunde)

Peter nimmt die Mutterpuppe und fragt: „Stirbt die Mama?“ Therapeutin: „Warum soll sie sterben?“ Peter: „Weil sie schlimm war.“ Dann steckt er die Puppe in einen Sack, verschnürt diesen und legt ihn mit den Worten ins Waschbecken: „Jetzt wirst du naß, Mama.“ Dann füllt er eine kleine Puppenbadewanne mit heißem Wasser, steckt die Puppe hinein und spricht: „Jetzt ist sie (meint die Mama) gestorben.“

In der 6. Stunde beutelt er die Mutterfigur: „Jetzt erschlag ich sie, ich erschlag sie, weil sie so garstig ist und den Papa haut.“

##### C. Kastrationswünsche gegen den Bruder (1. Stunde)

Peter nimmt die Bubenfigur, um sie zu baden. Er schaut nach, ob die Puppe ein „Spatzi“ besitzt und stellt lakonisch fest: „Er hat keines, weil ich es ihm abgeschnitten habe.“

In dieser Phase der Therapie konnte immer wieder beobachtet werden, daß nach dem Ausagieren von Aggressionen unmittelbar Selbstbestrafungsspiele erfolgten.

*D. Selbstbestrafungswünsche (6. und 9. Stunde)*

Peter zerkleinert vorsichtig mit einem Hammer Kreide und sagt: „Das ist Papa.“ Dann haut er die Kuh (Mutter-symbol) und schlägt sich unmittelbar darauf selbst die Figur auf den Kopf.

Er verlangt in einer anderen Stunde, daß die Therapeutin die Babyfigur zum Abzeichnen halte: „Der Papa hat das Baby gekauft“, (kindliche Theorie, woher die Babys kommen). Plötzlich schlägt er einen Kugelschreiber auf den Kopf der Puppe und sticht dann wild auf das „Baby“ ein. Unvermittelt schlägt er sich dann selbst den Kugelschreiber auf den Kopf. Er wickelt das Baby mit den Worten in ein Fell: „armes Butzi“. Dann steckt er es in einen Sack. „Ich nehme es mit heim und erschlage es.“

*7.2. Die Phase der Regression (14. Stunde)*

Nach ca. 14 Stunden beginnt Peter zunehmend mit Wasser und Sand zu hantieren. Trinken spielt in den Stunden eine wichtige Rolle und schließlich verlangt er eine Babyflasche. Er beginnt ein tiefes Vertrauen zur Therapeutin zu fühlen und sucht auch außerhalb der Therapiestunden Körperkontakt und Zuwendung von Seiten der Schwestern und Erzieher. Später spielt er viele Stunden lang mit Sand und beginnt sich mit der Frage der Geschlechtsunterschiede zu befassen.

In diese Phase fällt auch eine vorübergehende Entlassung des Buben, da eine Tante, die Peter während der ganzen Zeit regelmäßig besucht hatte, das Kind zu sich nahm. Sie wurde laufend beraten, wie sie mit Peter umgehen sollte.

*Protokollauszüge:**A. Orale Introjektion der Therapeutin (15. Stunde)*

Die Therapeutin muß eine Flasche mit Wasser anfüllen. Peter nimmt die Flasche, trinkt und sagt: „Du bist das Mineralwasser.“

*B. Die Entstehung des Urvertrauens (17. Stunde)*

Peter begibt sich auf den Schoß der Therapeutin und läßt sich füttern und wiegen. Plötzlich steht er auf und dreht das Licht im Zimmer ab. Er legt sich wieder hin, trinkt aus der Flasche und schließt die Augen. Diese Art des Spiels wird in den folgenden Stunden mehrmals wiederholt.

*C.: Erste positive Gefühle gegen die Mutter (14. Stunde)*

Positive Gefühle gegen die Mutter zeigen noch deutliche Zeichen der Ambivalenz. Peter spielt mit der Kuh und der Mutterpuppe. Er gibt beiden symbolisch zu trinken. Hierauf füllt er aber den Nachtopf des Sceno-Tests mit Wasser und läßt die Mutterpuppe daraus trinken. „Das ist Bier und die Mama ist tot.“

In der 16. Stunde fragt er die Therapeutin einige Male: „Wann kommt die Mama?“ „Ich will bei der Mama sein.“

*D. Anales Schmieren (19. Stunde)*

Im vermehrten Maße beginnt sich der Bub dem Spiel mit Sand und Wasser zuzuwenden. Anfänglich zeigt er noch Scheu vor dem Schmutz und wäscht zwischendurch immer wieder die Schaufel ab. Später wird er mutiger und traut sich, sich schmutzig zu machen.

*E. Auseinandersetzung mit der Sexualität*

Er fordert, daß die Therapeutin ihn zeichnet, verlangt dabei aber ausdrücklich: „Aber ohne Spatzi“. Therapeutin: „Du hast doch ein Spatzi.“ Peter: „Aber ich will nicht.“ (Durch die Leugnung, einen Penis zu besitzen, kann er die Gefahr der Kastration abwehren.)

*7.3. Phase der Aggressionsbearbeitung an der Therapeutin, vermehrtes Auftreten positiver Gefühle gegenüber den Eltern*

Intensives Nachholen verdrängter kindlicher Gefühle in der Regressionsphase haben das Ich des Buben offenbar genügend gestärkt, daß er allmählich Aggressionen und Forderungen gegenüber der Therapeutin äußern kann. Seine Aggression tritt besonders heftig bei der Trennung von der Therapeutin nach der Therapiestunde hervor. Verbale Aggressionen gegen die Therapeutin werden zugelassen, tätliche Angriffe auf ihre Person durch Halten seiner Hände, Weggehen der Therapeutin oder Abbruch der Stunde abgeblockt. Dadurch gewinnt er die Erfahrung, daß sein Zorn gegen die Therapeutin nicht bestraft wird und seine destruktiven Impulse die Therapeutin nicht zerstören können, so daß dadurch auch seine eigene Angst, vernichtet zu werden (Kastrationsangst), abnimmt. Selbstbestrafende Spiele werden von ihm nicht mehr ausgeführt. Den zunehmenden Aggressionshandlungen gegen die Therapeutin steht ein Anwachsen positiven Hantierens mit den Eltern- und Geschwisterpuppen gegenüber.

*Protokollauszüge**A. Aggressionen gegen die Therapeutin (21. Stunde)*

Peter reißt einen Minigolfschläger aus dem Kasten und möchte die Therapeutin damit schlagen. Diese nimmt ihm den Schläger weg, worauf er wahllos Gegenstände aus dem Kasten herauswirft.

*B. Das Erwachen zärtlicher Gefühle für die Eltern (21. Stunde)*

Nach dem Angriff auf die Therapeutin spielt er mit den Elternpuppen, legt sie nieder und deckt sie mit einem weißen Fell zu. Während dieses Spiels spricht er liebevoll auf sie ein.

*7.4. Phase der Restitution*

Während dem letzten Drittel der therapeutischen Behandlung kehrt Peter allmählich zu altersgemäßem Spiel-



verhalten zurück und zeigt sich zunehmend lernbegierig und aufnahmebereit für sachliche Information. Er spielt wieder häufiger mit dem Sceno-Material, wobei immer mehr die positiven Gefühle gegen die Elternpuppen hervortreten.

#### *Protokollauszüge*

##### *A. Erzählt aus seiner realen oder phantasierten Vergangenheit (39., 40. Stunde)*

„Als mein Teddy-Bär weggegangen ist, war ich traurig.“  
Therapeutin: „Ja, das ist immer traurig, wenn man etwas Liebes verliert.“ Hierauf folgte ein langes Schweigen von Seiten des Buben.

„Einmal bin ich ins Wasser gefallen und untergegangen.“  
Nach diesem Satz äußert Peter den Wunsch, mit seiner Therapeutin schwimmen zu gehen (Urvertrauen).

##### *B. Reflektiert über menschliche Beziehungen (26. Stunde)*

Nach der Stunde winkt er vor dem Haus einigen Bauarbeitern zu, die ihm zurückwinken. Peter fragt: „Warum winken die?“ Therapeutin: „Weil Du gewinkt hast.“

Peter: „Bin ich lieb?“ Therapeutin: „Ja, weil Du zu ihnen lieb bist, sind sie es auch zu Dir.“ Hierauf schweigt der Bub lange.

##### *C. Stellt die Frage nach Geschlechtsunterschieden (30. Stunde)*

Peter betrachtet die Mutterfigur im Sceno-Spiel sehr genau und fragt, wo sie ihre Brust habe und wozu die Brust da sei. Therapeutin: „Die Brust ist da, damit die Kinder Milch trinken können.“ Peter: „Ich habe nie von der Brust der Mama getrunken, sondern immer nur aus dem Fläschchen.“

##### *D. Lernt und reflektiert über sachliche Informationen (25. Stunde)*

Peter lernt die Farben benennen und zeichnet häufig.

In einer Stunde diskutiert er über die Station und die Krankenschwestern. Frage von Peter: „Was tun die?“ Therapeutin: „Die helfen, daß die kranken Kinder wieder gesund werden.“ Peter: „Aber ich will gar nicht gesund werden.“

##### *E. Positive Gefühle gegen die Eltern (44. Stunde)*

Er will immer wieder die Geschichte eines kleinen Kängurus hören, das von der Mutter wegläuft, sich die Welt ansieht und dann sehr glücklich ist, daß es zur Mutter zurückkehrt. Therapeutin: „Möchtest du auch wieder zur Mama?“ Peter: „Ja, auch zum Papa.“ Therapeutin: „In ein paar Tagen fährst du zurück zu deinen Eltern.“ Peter: „Da freu ich mich.“

Während der Phase der Restitution nahm das Ausreißen der Haare sehr stark ab, im selben Maße verstärkte sich

allerdings das Daumenlutschen. Um ein endgültiges Abklingen der nur mehr selten auftretenden Symptomatik zu erreichen, wurden länger dauernde symptomfreie Phasen belohnt. Vor den Augen von Peter wurden jeden Morgen vier Zuckerln, Tiere oder ähnliches in eine Schachtel gelegt. Wurde er beim Auszupfen von Haaren beobachtet, wurde er zu der Schachtel geführt und vor seinen Augen ein Zuckerl oder Spielzeug weggenommen. Peter begriff rasch den Zusammenhang: je weniger Zupfen, desto mehr Belohnung am Abend.

Zu dem Zeitpunkt, als der Bub auf Wunsch der Eltern etwas früher entlassen wurde, als wir eigentlich beabsichtigt hatten, trat die Trichotillomanie nur mehr ganz selten auf.

#### *Nachbeobachtung*

Seit Peters Entlassung fanden drei Kontrollbesuche statt und bis jetzt scheint es so, als wäre er von seiner Manie, sich die Haare auszureißen, geheilt. Bei den Besuchen fiel auf, daß die Interaktion zwischen ihm und seiner Mutter viel herzlicher war als früher. Einerseits hat er selbst sich gewandelt und kann sein Zuwendungsbedürfnis nun viel besser ausdrücken, andererseits haben der Spitalsaufenthalt und die Gespräche mit der Mutter und dem Vater die Einstellung der Eltern zu ihrem Sohn verändert, so daß sie auf neue Art aufeinander zugehen können. Auch die Tatsache, daß sich die wirtschaftliche Situation ein wenig gebessert hat – das Haus ist nun völlig fertig – dürfte zur Entspannung des familiären Klimas beigetragen haben. Weitere Faktoren, die den Therapieerfolg begünstigten, waren: die frühe Erfassung und Behandlung, die Intensität der Therapie, die Kombination mehrerer Therapieformen und die Möglichkeit einer Milieuveränderung während der Zeit der Therapie. Hervorzuheben ist die gute Zusammenarbeit mit dem Stationspersonal, dem es gelang, Peter das therapeutische Milieu zu geben, das er zu dieser Zeit so dringend brauchte.

#### *Zusammenfassung*

Bei Peter hat sich die Trichotillomanie wohl deutlich als psychodynamisch interpretierbares Symptom erwiesen, dessen Wurzeln bis in eine gestörte frühe Mutter-Kind-Beziehung zurückreichten. Sein Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnis wurde nicht ausreichend befriedigt und aggressive Äußerungen durch harte Erziehungsmaßnahmen bestraft. Nach dem Verlust des Teddy-Bären richtete das Kind seine Bedürfnisse nach einer zärtlich-liebevollen Bindung und seine aggressiven Impulse gegen sich selbst. Die Trichotillomanie erfüllte damit eine Reihe von Funktionen:

1. „Sich-selbst-fühlen“ und Selbstbestrafung für destruktiv-aggressive Wünsche (Kastrationswünsche) gegen die Eltern und Geschwister.
2. Streicheln mit den Haaren als Ersatzhandlung für unbefriedigte Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnisse.

Offen bleibt unserer Meinung nach die Frage, warum Peter das Symptom einer Trichotillomanie „wählte“, um seiner Verzweiflung Ausdruck zu verleihen.

### Summary

#### *Therapy of a Case of Trichotillomania*

In literature various theoretical explanations of Trichotillomania have been given. It has been interpreted as elimination of tension, as learned behaviour or as a symptom of psychodynamic conflicts.

Referring to our case of trichotillomania, in a three-year-old boy, hair-pulling served two purposes: self punishment for destructive aggressive wishes against his parents and a way to give him a feeling of his own existence.

Caressing the lips with the torn out hair turned out to be a substitute for his unsatisfied needs for love and tenderness.

An analytic orientated playing therapy was carried out and combined with protective measures (such as cutting the hair) and behaviour therapy techniques.

Parts of the therapy are described in detail.

### Literatur

Asam, U./Träger, S.: Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Trichotillomanie unter besonderer Berücksichtigung der Mutter-Kind-Beziehung. *Praxis* 22, 275–78 (1973). – Bartsch, E.: Beitrag zur Ätiologie der Trichotillomanie im Kindesalter; in: *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol.* 8, 173–182 (1956). – Buxbaum, E.: Hair pulling and fetishism; in: *Psychoanal. Stud. Child* 15, 243–260 (1960). – Dielmann, E.: Trichotillomanie im Kindesalter. *Arch. Kinderheilkunde* 179, 105–111 (1969). – Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1970 (8. Auflage). – Eckardt, F.: Über Trichotillomanie. *Arch. Kinderheilkunde* 98, 231–234 (1933). – Galewsky, E.: Über Trichotillomanie. *Dermat. Z.* 53, 208–212 (1928). – Greenberg, H.: Transak-

tions of a Hair-Pulling Symbiosis. *Psychiatric Quarterly* 43, 662–674 (1969). – Greenberg, H., Sarner, C.: Trichotillomania. *Arch. Gen. Psychiat.* 12, 482–489 (1965). – Haensch, R., Blaiich, W.: Trichomalazie und Trichotillomanie; *Dermat. Wochenschrift* 144, 1009–1010 (1961). – Hallopeau, X.: Alopecia par Grottagge. *Ann. Derm. Syph.* 10, 440 f. (1889). – Huber, E. G.: Trichotillomanie als Leerlaufmechanismus. *Z. Psychother. Med. Psychol.* 9, 77–81 (1959). – Ilan, E., Alexander, E.: Eyelash and Eyebrow Pulling (Trichotillomania). *Israel Ann. Psychiat.* 3, 267–281 (1965). – Karrenberg, C.: Über Trichotillomanie. *Dermat. Wochenschrift* 45, 1731–1741 (1928). – Lorenz, K.: Über die Bildung des Instinktbezuges. *Die Naturwiss.* 25, 324 (1937). – Ders.: Die angeborenen Formen möglicher Erfahrungen. *Z. Tierpsychol.* 5, 235–409 (1943). – Mannino, V., Delgado, R.: Trichotillomania in children: A review. *Amer. J. Psychiat.* 126, 505–511 (1969). – Miescher, G., Schmutziger, P.: Trichomalacie und Trichotillomanie. *Dermatologie* 114, 199–203 (1957). – Monroe, J., Abse, W.: The Psychopathology of Trichotillomania and Trichophagy. *Psychiatrie* 26, 95–103 (1963). – Otto, K., Rambach, H.: Zum Problem der neurotischen Trichotillomanie im Kindesalter. *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol.* 16, 265–269 (1964). – Philippopoulos, G.: A Case of Trichotillomania. *Acta psychother.* 9, 304–312 (1961). – Renter, K.: Ein besonderer Fall von Trichotillomanie. *Z. Haut- und Geschlechtskrankheiten* 10, 287–288 (1951). – Rolleston, J.: Trichotillomania in Typhoid Fever. *Dermatol. Wochenschrift* 8, 280 (1928). – Schachter, M.: Zum Problem der kindlichen Trichotillomanie. *Praxis* 10, 120–124 (1961). – Schwarzkopf, A.: Beitrag zur Ätiologie der Trichotillomanie. *Dermat. Z.* 60, 321–330 (1931). – Simon, S.: Trichotillomania. *Journal of Medicine* 24, 36–43 (1971). – Sluzkaja, M., Taumina, M.: Zur Kasuistik der Trichotillomanie bei Kindern. *Haut- und Geschlechtskrankheiten* 53, 463 (1936). – Stöckmann, F.: Kinderpsychiatr. Studie über die Trichotillomanie. *Praxis* 11, 281–290 (1962). – Tinbergen, N.: Die Übersprungsbewegung. *Z. Tierpsychologie* 4, 1–40 (1940). – Wolters, M.: Über mechanisch erzeugte Alopezie. *Medizinische Klinik* 23, 666–670 (1907).

Ansch. d. Verf.: Dr. A. Reinelt, Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währinger Gürtel 74–76, A-1090 Wien. M. Breiter, Gregor Mendelstr. 12/3/6, A-1180 Wien.