

02.10 newsletter



Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen
Société Suisse des troubles obsessionnels compulsifs
Società Svizzera per i disturbi ossessivi compulsivi

Zürich, Dezember 2010

3	Bericht des Präsidenten
4	Christine Poppe: Die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen
5	Lisa Schilling & Steffen Moritz: Grössenwahrnehmung von zwangsrelevanten Objekten
10	Dennis Riehle: Gedankenzwänge - Betroffene in der Hilflosigkeit eines übersprudelnden Gehirns
12	Claudia M. und Christine Poppe: Ein Interview mit einer Betroffenen: «Es lohnt sich...»
14	Christian Fischer-Terworth: Auswirkungen von Zwangsstörungen auf den Schulalltag betroffener Kinder und Jugendlicher
21	SGZ Anmeldeformular

EDITORIAL

Ich freue mich Ihnen im heutigen Newsletter wieder ein paar sehr interessante Beiträge vorstellen zu können und bedanke mich gleichzeitig bei den zuständigen Autoren.

Zuerst stellt **Poppe** die Schweizerische Gesellschaft für Zwangserkrankung vor. Gegründet 1994 stellt sie heute eine kompetente Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen dar. Unsere Ziele sind Informationsvermittlung und Enttabuisierung dieser Krankheit. Eine jährliche Tagung, zwei Newsletter pro Jahr, Berichte in verschiedenen Medien, eigene Informationsbroschüren, eine eigene Homepage und Möglichkeiten eines Chatrooms informieren über neueste Forschungsergebnisse und Therapiemöglichkeiten. Auch per Telefon sind wir erreichbar und geben Auskunft zu diversen Fragen.

Riehle, Gruppenleiter einer Selbsthilfegruppe und Landesbeauftragter der deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen schreibt als Betroffener eindrücklich über die Hilflosigkeit „eines übersprudelnden Gehirns“ mit Zwangsgedanken. Er zieht uns mit seinen expressiven und fast literarischen Schilderungen in die irrealen und beängstigende Welt der Zwänge und zeigt auf, was er im Umgang mit seiner Krankheit für sich erkannt hat: ... *„denn das eigentliche Problem ist nicht der Gedanke selbst, sondern das, was ich aus ihm mache. Gefährlich wird er für mich erst, wenn ich ihm Beachtung schenke, wenn ich ihm glaube. Sobald ich mich darauf einlasse ... habe ich eigentlich schon verloren. Meine Bewer-*

... tung erweckt ihn eigentlich erst richtig zum Leben ... die Vernunft scheint resigniert zu haben ...“

Auch im Interview von **Poppe** mit **Claudia M.**, einer Betroffenen, wird deutlich, dass sich Therapie lohnt. *„Ich dachte immer, es gehöre zu mir ... in der Einzeltherapie lernte ich mich besser verstehen ... und herauszufinden, welche Funktion der Zwang hatte ... auch die Gruppentherapie war gut, die Mitpatienten wussten einfach, wovon ich sprach ... Das Expositionstraining hat sehr geholfen. Man kann so viel Theorie lernen, wie man will, man muss es nachher in der Praxis ausprobieren. Man muss es wagen, sonst bringt es nichts ... Man weiss nach vielen Jahren nicht mehr, wie es ohne Zwänge ist und was man verpasst. Ich weiss, wie es gewesen ist, und ich weiss, wie es jetzt ohne Zwänge ist. Ich möchte nicht mehr zurückgehen ...“*

Diese beiden Erfahrungsberichte machen Mut und zeigen deutlich, dass man bei dieser Krankheit sehr Vieles besser machen kann.

Fischer-Terworth bestätigt mit seiner Untersuchung bekannte Ergebnisse. Er weist auf die schlimmen Auswirkungen von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter auf den Schulalltag hin und betont, wie wichtig es wäre, dass Lehrer diese Störungen frühzeitig erkennen. Betroffene Schüler wünschen sich auch, dass diese auf sie zukommen, fragen und helfen. Leider gaben aber fast alle Betroffenen an, dass Lehrer ihre Zwangssymptome nicht bemerkt und



auch nicht darauf reagiert hätten. Deshalb plädiert Fischer-Terworth auch für eine Weiterbildung der Lehrer bezüglich psychischer Krankheiten. In diesem Zusammenhang ruft er auch zu einer besseren Verhaltensbeobachtung auf und gibt hilfreiche, konkrete Hinweise auf Zwangssymptome im Klassenzimmer. Gleichzeitig zeigt er auf, wie vielfältig und individuell die Hilfestellungen dann aussehen könnten, die mit Therapeuten gemeinsam entwickelt werden sollten.



DR. PHIL. ELISABETH OTTERSBAACH-SCHWARZ
Newsletter Redakteurin SGZ
e.ottersbach@vtxmail.ch

Schliesslich rundet das interessante Forschungsergebnis von **Schilling & Moritz** über Wahrnehmungsverzerrungen bei Zwangserkrankten das Thema ab. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich die Tendenz von Zwangserkrankten zur Überschätzung von Gefahr und Bedrohung auch auf der Wahrnehmungsebene nachweisen lässt. Riehle zeigte uns oben auf, dass er erkannte, dass erst seine Bewertung des Gedankens diesen erst richtig zum (Zwangs-) Leben erweckte. Haben zwangserkrankte Personen auch eine Tendenz zur Überschätzung der Grösse von zwangsrelevanten Objekten? Diese ausgezeichnet geplante wissenschaftliche Studie ergab tatsächlich so eine Wahrnehmungsverzerrung, die sich für die Modellbildung von Angst und Zwang als wichtig erweist und therapeutisch genutzt werden kann, um falsche Wahrnehmungen bewusst zu machen, zu einer Neubewertung bezüglich Gefahrenpotential anzuregen und zu korrigieren.

Damit schliesst sich der Kreis zwischen Forschung und Anwendung für hilfreiche Therapien.

Für die kommenden Festtage wünsche ich allen Leserinnen und Lesern geruhsame Tage und Zuversicht und erfolgreiche Veränderungen im Neuen Jahr.

Dr. phil. Elisabeth Ottersbach- Schwarz
Psychotherapeutin VPB
Verhaltenstherapeutin/ Supervisorin SGVT



Bericht des Präsidenten

Liebe Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen

Es freut mich, dass hiermit der zweite SGZ-Newsletter in diesem Jahr erscheint, pünktlich zur **Jahrestagung 2010**. Die Tagung findet am 4. und 5. Dezember statt, das Programm richtet sich wie üblich am ersten Tag an Fachleute und am zweiten Tag an Betroffene, Angehörige und weitere am Thema interessierte Personen. Die SGZ führt die Tagung dieses Jahr nicht nur wieder in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich durch sondern auch mit dem Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich. Da Zwangsstörungen häufig schon im Kindes- und Jugendalter beginnen und sich im Erwachsenenalter fortsetzen, ist diese Kooperation besonders wichtig. Mehrere Referate und Workshops der Tagung kommen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, so dass wir - zusammen mit den anderen Themen - ein spannendes und hoffentlich zu neuen Ideen anregendes Programm anbieten können.

Schon etwas länger zurück liegt die diesjährige **Mitgliederversammlung** der SGZ, diese fand am 24. August 2010 im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Zu Beginn gab es ein aufschlussreiches Referat von Veronika Brezinka über Behandlungsverläufe von Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Dieses wurde auch von vielen Fachpersonen, Betroffenen und Angehörigen gehört, die (noch) nicht Mitglieder der SGZ sind. Nachfolgend wurde dann die eigentliche SGZ-Mitgliederversammlung abgehalten und im Anschluss an diese hatte Susanne Walitza, Vize-Präsidentin der SGZ und Direktorin des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in dankenswerter Weise einen schmuckhaften Apéro organisiert.

Unverändert rege wird das seit 2 Jahren von der SGZ betriebene **Beratungsangebot** genutzt. Frau Greber vom SGZ-Sekretariat beantwortet unermüdlich und kompetent viele Anfragen von Betroffenen und Fachleuten oder leitet diese an einzelne Vorstandsmitglieder weiter, die sich abwechselnd als Kontaktperson zur Verfügung stellen. Informationen zu diesem und den **weiteren Aktivitäten** der SGZ finden Sie auf unserer Homepage (www.zwaenge.ch), welche viele Informationen über Zwangserkrankungen und

Selbsthilfemöglichkeiten bietet, über aktuelle SGZ-Angebote informiert und zum Beispiel in der Rubrik „Das schwarze Brett der SGZ“ viele weitere aktuelle Bekanntmachungen enthält. Ein Besuch lohnt sich! Ausdrücklich möchte ich mich hiermit, am Jahressende, bei allen ganz herzlich bedanken, die unsere Gesellschaft durch ihr Engagement und/oder ihre **Mitgliedschaft** unterstützen. Ich freue mich auf die Arbeit für die SGZ gemeinsam mit Ihnen im kommenden Jahr!

Herzliche Grüsse,

Michael Rufer
Präsident der SGZ



PD DR. MED. MICHAEL RUFER
Präsident der SGZ
michael.rufer@usz.ch



Die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen

Christine Poppe

Untersuchungen zufolge leiden etwa 150 000 Schweizer (2-3 % der Allgemeinbevölkerung) unter einer behandlungsbedürftigen Zwangsstörung. Lange Zeit galten Zwangsstörungen als schwer behandelbar. Dies änderte sich mit der Einführung neuer Behandlungsmethoden Anfang der Neunziger Jahre. Clomipramin erhielt damals als erstes Antidepressivum die Zulassung zur medikamentösen Behandlung von Zwangsstörungen. Gleichzeitig etablierten sich neue verhaltenstherapeutische Therapieansätze, die bis heute fortlaufend weiterentwickelt werden. In diesem Zusammenhang wurde die ‚Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen‘ (SGZ) am 18. August 1994 als gemeinnütziger Verein gegründet und stellt heute eine kompetente Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen dar.

Als wichtigste Ziele betrachtet die SGZ die Informationsvermittlung und Aufklärung über Zwangsstörungen sowie die Enttabuisierung des Themas. So informiert die SGZ im Rahmen einer jährlich stattfindenden Tagung Betroffene, Angehörige und Fachpersonen über aktuelle Entwicklungen und neueste Forschungsergebnisse. Gerade in den letzten Jahren konnten wichtige Erkenntnisse über die Faktoren bei Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Zwangsstörungen gewonnen werden.

Ein weiteres Anliegen sieht die SGZ darin, eine möglichst breite Öffentlichkeit über die Problematik von Zwangsstörungen und deren Verlauf aufzuklären. Dazu dienen eine enge Zusammenarbeit mit den Medien und eine entsprechende Einflussnahme auf deren Berichterstattung. So wirkte die SGZ wiederholt an Berichten in der Tagespresse, Magazinen und Fernsehreportagen mit. Von den Lesern und Zuschauern wurden dabei die Berichte von Betroffenen über deren Erfahrungen besonders geschätzt. Es erleichterte ihnen den Schritt, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem verbreitet die SGZ Informationsbroschüren in Form eines halbjährlichen ‚Newsletter‘ und unterhält eine eigene Homepage (www.zwaenge.ch) mit aktuellen Informationen und der Möglichkeit eines Chatrooms. Über die Homepage werden auch direkte Kontakte zu Experten und Betroffenen hergestellt. Sowohl Fachleute wie Interessierte können sich über diesen Weg zu Fragen rund um Zwangsstörungen und deren Therapiemöglichkeiten beraten lassen.

Noch immer erhalten nur die wenigsten Betroffenen eine geeignete Behandlung. Deshalb unterstützt die SGZ den gezielten Aufbau von regionalen Hilfs- und Therapieangeboten. Dies kann geschehen durch eine fachliche Beratung bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe, aber auch durch die Werbung und Ankündigung des Angebots direkt auf unserer Homepage. Über die SGZ kann eine Liste von Therapeuten, die in der Behandlung von Zwangsstörungen erfahren sind, bezogen werden.

Dem Vorstand der SGZ gehören Vertreter von Betroffenenenseite und Fachpersonen an. Aktueller Präsident ist Herr PD Dr. med. Michael Rufer von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspital Zürich. Vize-Präsidentin ist Frau Professor Dr. med. Susanne Walitza vom Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich. Die weiteren Vorstandsmitglieder werden auf unserer Homepage aufgeführt.

Damit sich die SGZ weiter entwickeln kann sind neue Mitarbeiter jederzeit herzlich willkommen.



DR. MED. CHRISTINE POPPE
 Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
 Sanatorium Kilchberg AG
 Alte Landstrasse 70
 CH - 8802 Kilchberg
c.poppe@sanatorium-kilchberg.ch



Grössenwahrnehmung von zwangsrelevanten Objekten

Lisa Schilling & Steffen Moritz

Kognitive Verzerrungen (*cognitive biases*) stehen seit einigen Jahren im Fokus der wissenschaftlichen Erforschung von Angststörungen, da ihnen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. Zu den für Zwang relevanten Denkstilen gehören u. a. Perfektionismus, Intoleranz gegenüber Unsicherheit, Aufmerksamkeitslenkung auf Gefahr und übertriebene Verantwortung.

Für Menschen mit einer Zwangsstörung charakteristische kognitive Auffälligkeiten wurden von der *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (1997) in einem umfassenden Fragebogen, dem *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ), zusammengestellt. Neben den bereits genannten Denkverzerrungen wird angenommen, dass Menschen mit Zwang die Wahrscheinlichkeit von Gefahren überschätzen (overestimation of threat, OET). Diese Verzerrung äussert sich u. a. in einer subjektiv wahrgenommenen überhöhten persönlichen Verletzlichkeit (z. B. „Schlechte Dinge passieren eher mir als anderen Personen“) sowie in einem Katastrophisieren bezüglich möglicher Konsequenzen von negativen Ereignissen (z. B. „In meinem Leben scheinen sich kleine in grosse Probleme zu verwandeln“).

In der hier dargestellten Studie sollte der Frage nachgegangen werden, ob sich die Tendenz zur Überschätzung von Gefahr/Bedrohung nicht nur auf geistiger (kognitiver) sondern auch auf der Wahrnehmungsebene widerspiegelt. Wahrnehmungsverzerrungen werden vor allem mit Störungen aus dem Angstspektrum in Verbindung gebracht und konnten auch teilweise bereits belegt werden. Bei Menschen mit sozialen Ängsten äussern sich Wahrnehmungsverzerrungen z. B. in der Überschätzung der Anzahl abweisender Gesichter in einer Menschenmenge. Weiterhin konnte in einer Reihe von Studien eine Grössenüberschätzung der für die jeweilige Angststörung bedeutsamen Reize nachgewiesen werden (Balcetis & Dunning, 2010; Witt et al., 2008). Beispielsweise überschätzten Personen mit Höhenangst (insbesondere im Stresszustand) deutlich den tatsächlichen Abstand eines Balkons zum Erdboden (Clerkin et al., 2009; Teachman et al., 2008). Bei Spinnenphobikern zeigte sich, dass sie Spinnen grösser wahrnahmen als sie es eigentlich waren. Gleich-

zeitig wurden positive Bilder eher in ihrer Grösse unterschätzt (Alpers & Gerdes, 2009).

Ziel der Untersuchung und Umsetzung der Fragestellung

Das Ziel der Studie bestand darin, zu untersuchen, ob von der Zwangserkrankung betroffene Personen eine Tendenz zur Überschätzung der Grösse von Objekten aufweisen, die eine (persönliche) Zwangsrelevanz aufweisen.

Zur Überprüfung der Fragestellung wurde eine anonyme Online-Studie durchgeführt. Hierbei sei zunächst zu erwähnen, dass Internet-Forschung nicht nur aus ökonomischen Gründen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Über das Internet können zudem innerhalb sehr kurzer Zeit sehr grosse Stichproben rekrutiert werden (Moritz et al., 2010) und vor allem jene grosse Gruppen an Betroffenen erreicht werden, die sich nicht in Behandlung befinden. In Untersuchungen zur Verlässlichkeit (sog. Reliabilität) der in Internetstudien verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente zeigten sich oft Resultate, die mit denen klassischer Papier- und Bleistift Verfahren vergleichbar waren (Chinman et al., 2004; Meyerson & Tryon, 2003; Moritz et al., 2010; Ritter et al., 2004).

Bei der Online-Durchführung unserer Studie wurden ausserdem bestimmte Vorsichtsmassnahmen getroffen, um die Verlässlichkeit und Aussagekraft der Untersuchung zu erhöhen (z. B. Verwendung von sog. "cookies", um wiederholte Teilnahmen derselben Personen zu verhindern). Bei der Rekrutierung der Teilnehmer wurden ausserdem nur deutschsprachige Online-Diskussionsforen für Zwangserkrankte berücksichtigt, die eine Registrierung der Nutzer erfordern. In diesen Foren wurde ein Link bereitgestellt, über den Interessierte direkt zum Fragebogen gelangten. Die Umfrage dauerte ca. 20 bis 30 Minuten. Insgesamt 189 Teilnehmer schlossen die Befragung ab. Für die Endauswertung wurden 130 Teilnehmer berücksichtigt: 65 Betroffene mit einer Zwangsstörung sowie 55 Versuchspersonen ohne jede psychiatrische Vorgeschichte. Das Durchschnittsalter lag in der Gruppe der Zwangserkrankten bei 34,7, in der gesunden Kontrollgruppe bei 36,3 Jahren. Als Einschlusskriterien für die Gruppe der Zwangserkrankten galten die Angaben einer bestätigten Zwangsdiaagnose (z. B. durch einen Psychiater) sowie ein Gesamtpunktwert von 21 oder



mehr Punkten im *Obsessive Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002; dt. Version: Gönner et al., 2008). Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung. In der gesunden Kontrollgruppe durften keine psychiatrische Störung oder vorherige Inanspruchnahme psychologischer oder psychiatrischer Hilfe aufgrund von psychischen Problemen vorliegen. Ferner musste der Gesamtwert der Kurzversion des Beck *Depressions Inventar* (BDI; Beck & Steer, 1993; Furlanetto et al., 2005; dt. Version: Hautzinger et al., 1995) unter 10, der OCI-R Wert unter 21 Punkten liegen. Aufgrund eines sehr konservativen Vorgehens mussten 59 Versuchspersonen ausgeschlossen werden, z. B. wegen widersprüchlichen Angaben oder Schwierigkeiten bei der Gruppenzuordnung (bspw. Zwangsdiagnose aber OCI-R Wert kleiner 21).

Die Online-Studie begann mit soziodemographischen Fragen sowie Angaben zur psychiatrischen Vorgeschichte (z. B. bisherige Therapien, Diagnosen). Bei Personen, die eine Diagnose der Zwangserkrankung bestätigten, wurde anschliessend die Schwere der Zwangssymptomatik mit Hilfe der deutschen Selbsteinschätzungsversion der Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Baer et al., 1993) erfragt.

Anschliessend wurde mit allen Teilnehmern im ersten Block der Studie (Bewertungsblock) ein sogenannter verdeckter Lerntest durchgeführt, d. h. die Lerninformation (in diesem Fall die jeweilige Grösse der präsentierten Bilder) wurde ohne eine explizite Lernaufforderung dargeboten. Stattdessen wurden die Teilnehmer gebeten, Fotografien von 40 Objekten nach ihrer emotionalen Wirkung (positiv, negativ, neutral) zu bewerten. Für Menschen mit einer Zwangsstörung existierten zwei weitere Antwortmöglichkeiten (positiv-zwangsrelevant und negativ-zwangsrelevant) zur Einschätzung der individuellen Bedeutsamkeit (sog. Salienz) der dargebotenen Bilder für den Zwang. Die Fotografien stammten überwiegend aus der emotionalen Bilderserie IAPS (*International Affective Picture System*) und wurden ergänzt durch Bilder, die sich bereits in einer vorherigen Studie zu Zwang als geeignet erwiesen hatten (Moritz et al., 2009). Die 40 Objekte stammten aus vier Kategorien: *neutral* (z. B. Bild eines Korbs), *negativ* (mit Angst besetzt), *aber zwangsneutral* (z. B. Bild einer Schlange), *Kontrollzwang-relevant* (z. B. Bild eines Türschlosses), *Waschzwang-relevant* (z. B. Bild eines Seifenspenders). Die Darbietungs-

grösse der Objekte wurde variiert. In jeder Kategorie wurden insgesamt 10 Bilder präsentiert, jeweils zwei Objekte in fünf verschiedenen Grössen von sehr klein bis sehr gross. Die Objekte wurden in zufälliger Reihenfolge dargeboten.

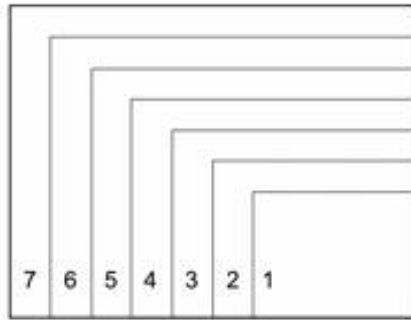


Abbildung 1: Verdeckter Lerntest

Der Bewertungsblock verlangte die emotionale Bewertung von 40 Objekten (je 10 aus den Kategorien: neutral, negativ aber zwangsneutral, Kontrollzwang-relevant (siehe Beispiel Abbildung 1), Waschzwang-relevant)

Im Anschluss an den Bewertungsblock wurden alle Teilnehmer gebeten zur Erfassung der Häufigkeit von Zwangssymptomen das OCI-R auszufüllen. Zudem wurde allen Versuchspersonen zur Einschätzung der Schwere depressiver Symptome die Kurzversion des BDI vorgegeben.

Danach erfolgte im zweiten Block der Studie eine nicht angekündigte Grössenschätzung. Überraschend für die Teilnehmer sollte hier eingeschätzt werden, wie gross das Objekt, welches als *thumbnail* (Miniaturabbild) dargeboten wurde, ursprünglich war. Als Hilfestellung wurde ein Raster dargeboten, dessen Endpunkte (1 und 7; siehe Abbildung 2) kleiner bzw. grösser waren als die kleinsten und grössten tatsächlich dargebotenen Objekte (Grösse 2 bis 6), um für alle Grössen eine etwaige Unter- bzw. Überschätzung messen zu können.



Bitte geben Sie anhand des Kastens von 1-7 an, wie groß das unten abgebildete Foto ursprünglich war.



Abbildung 2: Grössenschätzung

In Block 2 wurden alle 40 Objekte verkleinert (als thumbnail) dargestellt und die Originalgrösse aus dem Bewertungsblock sollte aus dem Gedächtnis erinnert werden (die Aufgabe war nicht vorangekündigt)

Ergebnisse

Die Gruppe der Gesunden und die von Zwang betroffene Teilnehmer unterschieden sich nicht bezüglich Alter, Geschlecht und Schulbildung. Im Einklang mit früheren Studien unserer Arbeitsgruppe war auch die Gedächtnisleistung ähnlich, d. h. beide Gruppen hatten im Durchschnitt dieselbe Anzahl von korrekten Grösseneinschätzungen, wenngleich in beiden Gruppen nur wenige Antworten korrekt waren. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass es sich um einen verdeckten Lerntest handelte und zum anderen darauf, dass die Aufgabe sehr schwierig war. Bezüglich der Objektkategorien (*neutral; negativ aber nicht zwangsrelevant; Waschzwang-relevant; Kontrollzwang-relevant*) zeigten sich interessanterweise ebenfalls keine Unterschiede: Sowohl Gesunde als auch von Zwang Betroffene hatten die Tendenz, Objekte tendenziell hinsichtlich ihrer Grösse zu unterschätzen. Am deutlichsten zeigte sich dieser Effekt bei neutralen Objekten, die geringste Unterschätzung gab es bei den zwangsrelevanten Bildern.

Diese allgemeine Grössenunterschätzung dürfte vor allem daran gelegen haben, dass der *thumbnail* sehr viel kleiner war als die realen Objekte. Dadurch ist vermutlich eine in der Forschung als Anker-Effekt bezeichnete Urteilsverzerrung eingetreten.

Zur Erläuterung dieses Phänomens sei zunächst eine klassische Anker-Effekt-Untersuchung von Mussweiler (2001) erwähnt: Dieser fragte die Hälfte seiner Versuchspersonen, ob die Durchschnittstemperatur in Deutschland über oder unter 5 Grad Celsius (niedriger Anker), die andere Hälfte, ob sie über oder unter 20 Grad Celsius (hoher Anker) liege. Nach einer Woche sollten die Studienteilnehmer den tatsächlichen Wert der Durchschnittstemperatur frei einschätzen. Versuchspersonen, die mit dem hohen Anker konfrontiert worden waren, gaben einen durchschnittlichen Schätzwert von 16,4 Grad Celsius ab, die Versuchspersonen, die mit dem niedrigen Anker konfrontiert waren, einen Wert von 9,9 Grad Celsius. Zur Entscheidungsfindung sucht unser Gehirn demnach stets nach Vergleichswerten. Sind diese nicht vorhanden, greift man auf die passendsten verfügbaren Informationen zurück und richtet sein Urteil an diesen Bezugspunkt aus (für eine Übersicht siehe: Mussweiler et al., 2004). Der Anker-Effekt ist ein sehr robustes Phänomen, der unseres Erachtens in der vorliegenden Studie zur allgemeinen Unterschätzung der Grössen geführt hat. Die ursprüngliche Objektrepräsentanz im Gehirn wurde demnach aufgrund der Grösse des *thumbnails*, die in diesem Fall als Anker fungierte, teilweise überschrieben. Demzufolge hätte sich vermutlich ein gegenteiliger Effekt (allgemeine Überschätzung der Objektgrössen) gezeigt, wenn das Modell deutlich grösser gewesen wäre (hoher Anker).

Das interessanteste Ergebnis zeigte sich bei Betrachtung der individuell bedeutsamen Objekte (d. h. mit persönlicher Relevanz/Salienz). Zwangsbetroffene überschätzten die Grösse derjenigen Objekte, die sie als persönlich bedeutsam (positiv oder negativ) gewertet hatten, während Gesunde diese bezüglich der Grösse eher unterschätzten. Bei neutralen Objekten zeigte sich ein umgekehrtes Muster. Dieser Befund erwies sich als signifikant, war also überzufällig.

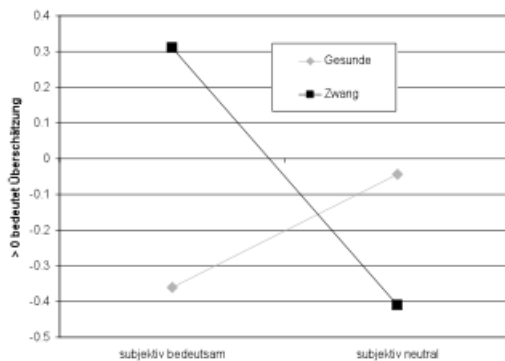


Abbildung 3:

Menschen mit Zwang zeigten eine deutliche Tendenz zur Überschätzung von Objekten, die Sie in Block 1 als persönlich Zwangsrelevant einschätzten. Ein Wert von 0 bedeutet eine perfekte Grössenschätzung. Ein Wert von 1 in einem bestimmtem Item bedeutet, dass die Grösse des Objekts im zweiten Block um eine Einheit überschätzt wurde (z. B. ein Bild der tatsächlichen Grösse 2 wurde als Grösse 3 erinnert)

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Resultate unserer Studie Hinweise dafür liefern, dass bei Menschen mit Zwang nicht nur kognitive sondern auch perzeptuelle Verzerrungen für die Verarbeitung zwangsrelevanter Informationen auftreten. Der vorliegende Befund bedarf der Sicherung durch eine unabhängige Studie. Es ist allerdings davon auszugehen, dass es sich bei der von uns untersuchten Grössenüberschätzung nicht um eine kognitive Beeinträchtigung sondern eher um eine spezifische Verzerrung handelt. Dafür spricht, dass auch bei nicht-psychiatrischen Probanden bereits Wahrnehmungsverzerrungen belegt werden konnten (z. B. neigen erfolgreiche Golfspieler dazu, die Grösse der Golflöcher zu überschätzen, wohingegen sich dieser Effekt bei schlechteren Spielern nicht zeigt (Wittet al., 2008)). Weiterhin zeigte sich die Grössenüberschätzung ausschliesslich bei persönlich bedeutsamem Material.

Bei Menschen mit einer Zwangsstörung ist besonders zu berücksichtigen, dass im Gegensatz zu bspw. Spinnenphobikern das Objekt der Furcht nicht für alle Betroffene identisch ist, sondern vielmehr individuelle Assoziationen von Bedeutung sind (z. B. empfindet nicht jede Person mit einem Kontrollzwang Angst beim Anblick eines verschmorten Kabels).

Die Kenntnis von Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsverzerrungen hat sich für die Modellbildung im Bereich Zwang bereits als sehr fruchtbar erwiesen und wird in der Forschung der Angststörungen zunehmend auch therapeutisch genutzt, bspw. um falsche Wahrnehmungen (z. B. die Verzerrung von Sozialphobikern, andere würden sie vermehrt böse anblicken) zu korrigieren. Zwangsbezogene Verzerrungen bezüglich bestimmter Objekte sollten dem Betroffenen bewusst gemacht werden um gegebenenfalls eine Neubewertung bezüglich des Gefahrenpotentials anzuregen und somit eine Überrepräsentation des gefürchteten Objekts im Bewusstsein des Betroffenen zu verhindern.

LITERATUR

- Alpers, G. W., & Gerdes, A. B. M. (2009). Verzerrte Grösseneinschätzung bei phobischen Reizen [Biased size-estimation of phobic cues]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (S1), 20.
- Baer, L., Brown-Beasley, M. W., Sorce, J., & Henriques, A. I. (1993). Computer-assisted telephone administration of a structured interview for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1737-1738.
- Balcetis, E., & Dunning, D. (2010). Wishful seeing: More desired objects are seen as closer. *Psychological Science*, 21, 147-152.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Chinman, M., Young, A. S., Schell, T., Hassell, J., & Mintz, J. (2004). Computer-assisted self-assessment in persons with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1343-1351.
- Clerkin, E. M., Cody, M. W., Stefanucci, J. K., Proffitt, D. R., & Teachman, B. A. (2009). Imagery and fear influence height perception. *J Anxiety Disord*, 23(3), 381-386.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Furlanetto, L. M., Mendlowicz, M. V., & Romildo Bueno, J. (2005). The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 86, 87-91.
- Gönner, S., Leonhart, R., & Ecker, W. (2008). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 734-749.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch. Bern: Hans Huber.



Meyerson, P., & Tryon, W. W. (2003). Validating internet research: a test of the psychometric equivalence of internet and in-person samples. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 35, 614-620.

Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M., & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 12, 209-220.

Moritz, S., Von Muhlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L. (2009). Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 365-371.

Mussweiler, T. (2001). The durability of anchoring effects. *European Journal of Social Psychology*, 31, 431-442.

Mussweiler, T., English, B., & Strack, F. (2004). Anchoring effect. In R. F. Pohl (Ed.), *Cognitive illusions. A handbook on fallacies and biases in thinking, judgement and memory* (pp. 183-200). East Sussex: Psychology Press.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

Ritter, P., Lorig, K., Laurent, D., & Matthews, K. (2004). Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. *Journal of Medical Internet Research*, 6, e29.

Teachman, B. A., Stefanucci, J. K., Clerkin, E. M., Cody, M. W., & Proffitt, D. R. (2008). A new mode of fear expression: perceptual bias in height fear. *Emotion*, 8(2), 296-301.

Witt, J. K., Linkenauger, S. A., Bakdash, J. Z., & Proffitt, D. R. (2008). Putting to a bigger hole: golf performance relates to perceived size. *Psychonomic Bulletin Review*, 15, 581-585.



LISA SCHILLING & STEFFEN MORITZ
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Martinistrasse 52
 D - 20246 Hamburg
 l.schilling@uke.uni-hamburg.de
 moritz@uke.uni-hamburg.de

IMPRESSUM

Vorstand

PD Dr. Michael Rufer (Präsident)
 Prof. Dr. med. Susanne Walitza (Vizepräsidentin)
 Dr. med. Christine Poppe (Past Präsidentin)
 Corinna Constantin Brenni (Kassier)
 Dr. phil. Elisabeth Ottersbach-Schwarz (Editorin Newsletter)
 Petra Bürgli
 Lilo Schmidli

Herausgeber

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen
 Société Suisse des troubles obsessionnels compulsifs
 Società Svizzera per i disturbi ossessivi-compulsivi

Redaktion

Dr. phil. Elisabeth Ottersbach-Schwarz

Layout

Cornelia Erpenbeck

Adresse der Gesellschaft

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen
 c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 UniversitätsSpital Zürich
 Culmannstrasse 8
 CH - 8091 Zürich
 Tel. +41 (0)44 255 98 03
 Fax +41 (0)44 255 98 04
 Email: kontakt@zwaenge.ch
 Homepage: www.zwaenge.ch



Gedankenzwänge: Betroffene in der Hilflosigkeit eines übersprudelnden Gehirns

Dennis Riehle

“Hast du an deinen Arzttermin gedacht?” - fragt die Mutter ihren Sohn.

Nein, er hatte nicht daran gedacht. Wieder einmal nicht. Er konnte gar nicht daran gedacht haben, denn sein Kopf war voll. Es wirbelte vor Gedanken, immer wiederkehrenden Gedanken. Nein, da war an etwas Anderes gar nicht zu denken, auch nicht an einen Arzttermin ...

Auch wenn mir selbst solche Momente bisher erspart blieben und ich meist doch im letzten Augenblick noch an die Termine dachte, die wichtig waren und auf der Tagesordnung standen, kann ich mich gut in die oben geschilderte Situation eines jungen Zwangserkrankten hinein versetzen.

Jeden Tag neu, jeden Tag das Gleiche - und alles scheint irgendwie kein Ende zu nehmen. Das, was gestresste Menschen aus Phasen hoher Arbeitsbelastung kennen, ist für Zwangspatienten nahezu Routine. Tausende von Ideen, Gedanken und Phantasien wimmeln im Kopf, hilflos steht der Betroffene fast neben sich und versucht mit aller Kraft, dieses übersprudelnde Gehirn wieder in seine Bahnen zurück zu bringen.

Unsinnig scheint all das, was ihm in den Sinn kommt: Auf der Küchentheke liegt ein Messer. Könnte man damit nicht jemanden erstochen haben? Im dichten Gedränge des Kaufhauses stößt man einen anderen Kunden an. Bekommt dieser nun blaue Flecken, hat er sich etwas gebrochen, bin ich schuld daran? Im Nachbarort wurde ein Mann erschlagen. Könnte ich das gewesen sein?

- Aggressive Zwangsgedanken zeichnen sich durch ihre besondere Doppelbelastung aus. Nicht nur, dass der Betroffene sich gegen immer neue “Tagträume” wehren muss; zusätzlich weiß er einerseits, dass er bereits beim Zertreten eines Käfers in tiefe Schuldgefühle fällt - und nun andererseits mit brutalsten Szenen in seinem Kopf konfrontiert wird, die ihm als friedliebenden Menschen nicht nur Angst, sondern auch Panik einflößen.

Der Verlust an Selbstvertrauen - so habe ich meine Gedanken stets aufgefasst. Ich habe mir nicht mehr zugetraut, ein liebevolles Geschöpf zu sein. Viel eher

habe ich meinem Kopf vertraut, der mir einhämmern wollte, dass ich aggressiv, angriffslustig, gewalttätig bin. Und ein Verlust an Realitätssinn - denn eigentlich wusste ich in meinem tiefen Innern stets, dass all das, was mir meine Phantasien vorspielen, nicht Wirklichkeit sein kann. Wie auch - bei Dutzenden Menschen, die ich täglich in meinen Gedanken zu Tode gebracht habe. Eigentlich hätte man etwas mitbekommen müssen, wenn ein Massenmörder herumläuft, habe ich mir dann gesagt. Vernünftig denken, so lernte ich es in der Therapie, half mir in solchen Situationen teilweise. Sich darauf besinnen, was wirklich möglich und realistisch ist. Und aus der Entfernung, in Zeiten zwangloser Phasen betrachtet muss ich sagen: Ja, eigentlich war von alledem, was sich mein Hirn zusammen reimte, überhaupt nichts real. Doch sage das mal einem Zwangserkrankten in einer Akutphase!

Wenn man die Kontrolle über das verliert, was man denkt - wenn man nicht mehr steuern kann, was einem das Gehirn vorgibt, dann fühlt man sich geschlagen. Geschlagen von der eigenen Phantasie. Die Vernunft scheint resigniert zu haben, lässt all die Gedanken über sich ergehen, die so belastend, so fern, so unglaublich sind.

Und doch scheinen sie in dem Moment, in dem der Zwangserkrankte sich auf diese Phantasien einlässt, so selbstverständlich. “Das war so, davon bin ich fest überzeugt” - selbst nach dem 200. Gedanken war ich noch sicher, dass das keine Illusion, sondern Wirklichkeit ist, was ich da denke. Auch mein Lernprozess war - zumindest was die Zwangsgedanken angeht - ausgeschaltet. Denn zu lernen, dass es eben Gedankenzwänge sind, die meinen Kopf eingenommen haben, war überaus schwierig. Und erst nach neun Jahren Therapie kann ich heute wenigstens immer öfter sagen:

“Das ist jetzt so absurd, das ist garantiert wieder ein Zwangsgedanke”

Doch ist das Zermürende nicht nur die Vielzahl an Gedanken, die Aggression, mit der sie einhergehen. Nein, Zwangsgedanken haben ihren Namen auch von ihrer Beständigkeit. Sie lassen nicht los. Und ich als Betroffener finde den Schalter nicht, an denen ich ihnen das Licht ausknipsen kann. Und dabei bin ich selbst derjenige, der den Gedanken immer wieder neue Nahrung zum Überleben gibt: mit meinen Zwei-



fehl. Mit meinem fehlenden Selbstbewusstsein in mich selbst. Denn habe ich einmal eine Erklärung, eine Lösung dafür gefunden, wie der Gedanke entstanden sein könnte, was hinter ihm steckt und was er mir sagen will, klopft Herr Zweifel wieder an die Schädelwand: "Aber was ist, wenn es denn doch kein Gedankenzwang war?!" Und schon falle ich zurück in das Loch, muss mich wieder hocharbeiten und mein Rad im Kopf beginnt neu zu rattern. Und wenn diese Zweifel oft genug kommen, war es in meinem Fall problemlos möglich, dass ich über Wochen nicht von ein und demselben Gedanken ablassen konnte. Es war, als wenn ein Bergsteiger vor dem Gipfel wieder zu Tal gestoßen wird. Denn das Trügerische ist: Als Betroffener meine ich, dass sich der Gedanke durch mein ständiges Nachgrübeln eigentlich von selbst auflösen müsste. Immerhin investiere ich Stunden an Zeit dafür, ihn zu "entlarven". Und am Ende merke ich: Er hat mir einen Streich gespielt. All das Denken, all das Nachsinnen war eigentlich umsonst. Ich habe Unmengen an Kraft und Energie investiert, damit Mr. Zwang am Ende wieder sagen kann: "Pech gehabt. Dein Zweifel wird dich einholen."

An Gedankenzwängen zu leiden bedeutet oft auch, sich auf einen mühsamen Weg des Verzichts begeben zu müssen, um wieder einigermaßen leben zu können. Der Verzicht auf Neutralisation (= der Versuch, einen Zwangsgedanken durch Nachgrübeln, Zweifeln und Erklären abstellen zu können). Denn das eigentliche Problem ist nicht der Gedanke selbst, sondern das, was ich aus ihm mache. Gefährlich wird er für mich erst, wenn ich ihm Beachtung schenke, wenn ich ihm glaube. Sobald ich mich darauf einlasse, auch nur ein Stück Wahrheit an ihm zu sehen, habe ich eigentlich schon verloren. Meine Bewertung erweckt ihn eigentlich erst richtig zum Leben.

Daher war meine wichtigste Erkenntnis aus meiner eigenen Beschäftigung mit meinen Gedankenzwängen: egal, ob es sexuelle, aggressive oder religiöse Zwangsgedanken sind - ich selbst gebe ihnen die Chance, für mich bedrohlich zu wirken.

Und eigentlich will ich nicht auch noch der Steigbügel für meine Zwänge sein. Daher habe ich mich auf den Weg gemacht, meiner Ohnmacht gegenüber den Gedanken wieder Bodenständigkeit und Trotz entgegen zu setzen. Zwar ist auch das jeden Tag eine neue Anstrengung - aber gelohnt hat sie sich: von 14 Stunden Gedankenzwängen täglich muss ich mich heute noch mit vier Stunden abplagen. Und auch das gehört zur Therapie: auf sich stolz zu sein ...

Dennis Riehle (24) ist seit zehn Jahren selbst an Zwängen erkrankt und hat acht Jahre Psychotherapie hinter sich.



DENNIS RIEHLE

Selbsthilfgruppenleiter und Landesbeauftragter
der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

Dennis.Riehle@t-online.de



Interview

«Es lohnt sich...»

Claudia M. und Christine Poppe

Claudia M. ist 22 Jahre alt, mitten in ihrer Ausbildung zur Kauffrau und leidet seit etwa 5 Jahren unter Wiederholungs- und Waschzwängen. Als sie vor einem Jahr nicht mehr weiter wusste, entschied sie sich für eine stationäre Behandlung im Sanatorium Kilchberg. Im Interview berichtet sie über ihre Erfahrungen während der Therapie und darüber, wie diese ihr Leben verändert hat.

Frau M., Sie wurden vier Monate in einer Klinik wegen ihrer Zwangserkrankung behandelt. Was war für Sie der Auslöser für diesen Schritt?

Bei mir haben die Zwänge langsam begonnen. Solange ich im Alltag noch damit klar kam, haben sie mich nicht gestört. In der Zeit aber, als ich einen Freund hatte und ihn in den Zwang mit einbezog, wurde es für mich immer anstrengender. Irgendeinmal schaffte ich es nicht mehr und habe die Beziehung beendet. Ich konnte ihm keinen Grund dafür angeben. Da habe ich mir gesagt, dass ich etwas tun muss.

Wussten Sie zu diesem Zeitpunkt, dass Sie unter Zwängen leiden?

Am Anfang war es mir nicht bewusst. Ich dachte immer, es gehöre zu mir.

Wie haben Sie es herausgefunden?

Als die Zwänge immer stärker wurden, musste ich vor allem am Abend vor dem Zubettgehen stundenlang Waschzwänge ausführen. Anfangs dachte ich mir nicht viel dabei. Aber als ich einmal bei einer Kollegin übernachtete, habe ich gemerkt, dass die anderen das nicht tun und sich wundern, wieso ich so lange im Bad brauche. Eine Kollegin hat mich dann direkt beim Laufen auf meine Rituale angesprochen: 'du mit deiner Zwangsstörung'. Zuerst habe ich nichts verstanden und mich dann im Internet informiert. Es war so, als ob ich in einen Spiegel schauen würde.

Wie sah denn die Behandlung in der Klinik aus?

Bezüglich der Zwänge gab es Gruppentherapie für Zwangserkrankte und Einzelpsychotherapie. Zusätzlich gab es weitere Angebote wie Yoga und Jacobson-Entspannungstraining, Kunsttherapie, Fitness- und Bewegungstherapie. Und auch andere psychologische Gruppentherapien, zum Beispiel ein Selbstsicherheitstraining und ein Training im Umgang mit unangeneh-

men Gefühlen. An diesen Angeboten haben auch andere Patienten teilgenommen.

Was waren die Themen in der Gruppen- beziehungsweise in der Einzeltherapie?

In der Gruppentherapie wurde die Krankheit allgemein beschrieben und erklärt. Die Einzelgespräche waren mehr auf die Person bezogen. Die Gruppentherapie war gut für den Austausch mit anderen Mitpatienten. Wenn ich in der Gruppe von den Zwängen erzählte, wussten die Mitpatienten einfach, wovon ich sprach. Das hat mir viel gegeben.

Und in der Einzeltherapie?

Am Anfang ging es darum, die Wurzeln des Zwangs zu finden. Wo kommt er her, wo hat er angefangen, wieso ist er gekommen. Das brauchte einige Zeit. Dabei kamen immer wieder Dinge hervor, die schon lange her waren. Dann versuchten wir herauszufinden, welche Funktion der Zwang hatte. Er war ja nicht einfach da, so ohne Grund. Es kann sein, dass etwas fehlt, oder es ist etwas anderes. Ich lernte die Funktionen, die der Zwang hatte, auch anders zu erfüllen. Es gibt immer einen Weg. Entweder mit dem Zwang oder einen mit anderen Mitteln. Früher war für mich für jedes Problem einfach die Antwort: 'der Zwang'. Jetzt gibt es für mich auch andere Antworten. Das war ein wichtiges Thema in der Therapie. Und natürlich mussten die besprochenen Lösungen ausprobiert werden.

Machten Sie auch ein Expositionstraining?

Ja, das finde ich sehr wichtig.

War das anstrengend?

Ja, das war so ziemlich das Anstrengendste. Am Anfang hatte ich schon Mühe, mir etwas nur vorzustellen. Da bin ich schon ins „Schwitzen gekommen“. Noch schwieriger war es dann, das Expositionstraining auszuführen. Man hat es die ganze Zeit „vor der verschlossenen Tür“ gehabt, dann macht man diese Türe auf und die Angst „springt einen gerade an“. Dann ist man im ersten Moment schon mal einfach „baff“. Es war nicht toll, die erste Exposition.

Hat es geholfen?

Ja, es hat sehr geholfen. Man kann so viel Theorie lernen, wie man will, man muss es nachher in der Praxis ausprobieren. Man muss es wagen, sonst bringt es nichts.



Was war das Wichtigste von allem, was Sie gemacht haben in der Klinik?

Was hat am meisten geholfen?

Es waren eigentlich zwei Sachen: das Expositionstraining und die Einzeltherapie.

Und wieso?

Für mich war es vor allem wichtig selbst zu verstehen, wieso ich diese Erkrankung habe und wieso ich das so und so tun musste. Die Therapeutin erklärte mir viel. Jetzt kann ich mir in vielen Situationen selber helfen. Ich habe immer die Stimme im Hinterkopf: „ok, jetzt mache ich das aus dem und dem Grund.“ Wenn ich wieder eine Zwangshandlung ausführen möchte, kommt genau diese Stimme aus dem Hintergrund, die mir sagt, wieso ich das nicht so auszuführen brauche und dass es andere Möglichkeiten stattdessen gibt.

Wie haben Sie das Zusammensein mit den anderen Zwangspatienten auf der Station erlebt? War es hilfreich oder auch anstrengend?

Eigentlich war es beides. Von manchen Patienten fühlte ich mich unterstützt und angetrieben. Bei anderen hatte ich manchmal das Gefühl, dass sie mich nur noch mehr auf ‚falsche Gedanken‘ brachten. Dadurch musste ich auch ein wenig lernen mich abzugrenzen.

Wie sind Sie denn mit den Zwängen am Anfang auf der Station zurechtgekommen?

Das war sehr schwierig. Denn die Zwänge haben mir oft bei Entscheidungen geholfen. Ich dachte oft: war das richtig, habe ich richtig auf den Zwang gehört? Auch als es um die Entscheidung ging, in die Klinik einzutreten. Ich bin in eine neue Situation gekommen und musste ständig schauen, wo muss ich was tun und wie. Wenn ich in einen Raum kam, musste ich zuerst Regeln setzen, wo ich hinlaufen darf und wo nicht. Zuhause war alles geordnet. Das hat anfänglich sehr viel Zeit gebraucht und mich nachdenklich gemacht. Nach einer Weile war es besser.

Wie ist es Ihnen nach dem Klinikaustritt ergangen? Haben Sie diesen Schritt vorbereitet?

Ich habe mich vorher mit der Therapeutin und der Sozialarbeiterin gut vorbereitet. Mein Zwang kam nämlich gerne in neuen Situationen. Nach den vier Monaten in der Klinik hatte ich zunächst keine eigene Wohnung und wohnte deshalb vorübergehend bei meinem Bruder. Das war alles sehr verwirrend. Ich konnte mir nicht mehr so einfach wie vorher im Stationsbüro Unterstützung holen.

Haben Sie vorher auch organisiert, wie es mit der Therapie weitergeht?

Es war von Anfang an klar, dass ich wieder zu meiner ambulanten Therapeutin gehen konnte. Das war mir auch sehr wichtig, weil ich auch einen sehr guten Bezug zu ihr habe. Den Einstieg in die Schule habe ich mit 10% begonnen, da ich nach dem Klinikaustritt noch viel Zeit für die Expositionen brauchte.

Wie stark schränkt Sie der Zwang heute noch ein?

Jetzt habe ich praktisch keine Zwänge mehr! Manchmal denke ich daran einen Zwang auszuführen, aber ich mache es nicht. Wenn ich in einem Laden stehe und denke, ich muss das rechte Fläschchen nehmen, dann nehme ich extra das linke.

Sie machen also permanent weiter Expositionen?

Ja, weil ich einfach nicht mehr zurückgehen möchte. Ich weiss, wie es gewesen ist, und ich weiss, wie es jetzt ohne Zwänge ist. Ich überlege auch gar nicht mehr lange. Denn wenn ich lange überlege, dann beginne ich wieder heruzustudieren. Ich mache es einfach. Ich sage mir einfach, ich habe so viele Male gelernt damit umzugehen, jetzt muss ich mir dafür eigentlich keinen Grund mehr nennen.

Würden Sie jemandem, der zwangserkrankt ist, sagen, dass er in eine solche Klinik gehen soll?

Natürlich, jedem der Zwänge hat. Es gibt Menschen, die 20 Jahre lang Zwänge haben und gar nicht mehr wissen, wie es ohne Zwänge ist und was sie verpassen. Es lohnt sich wirklich. Am Anfang sieht man es vielleicht noch nicht so. Jetzt aber weiss ich es, und ich schätze es sehr, jeden Tag neue Sachen herauszufinden.

Das ist grandios, was Sie gerade erleben, nicht wahr?

Ja. Manchmal kamen schon noch einige Probleme in meinem Alltag, aber die haben meistens gar nichts mehr mit den Zwängen zu tun. Aber ich weiss jetzt, dass ich es schaffen kann.

Vielen Dank für Ihre Offenheit!

DR. MED. CHRISTINE POPPE

Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Sanatorium Kilchberg AG

Alte Landstrasse 70; CH - 8802 Kilchberg

c.poppe@sanatorium-kilchberg.ch



Auswirkungen von Zwangsstörungen auf den Schulalltag betroffener Kinder und Jugendlicher

Christian Fischer-Terworth

1. Einleitung

Zwangsstörungen sind eine chronische, multifaktoriell bedingte psychische Erkrankung, die häufig bereits im Kindes- und Jugendalter beginnt (Überblick bei Wewetzer, 2004). Die häufigsten Zwangsge-danken im Kindes- und Jugendalter beziehen sich auf Verschmutzung, Krankheit und der Befürchtung eines bevorstehenden Unheils, das nahe stehende Personen treffen könnte. Häufige Zwangshandlungen sind Waschwänge, Kontrollzwänge und Wiederholungszwänge, typisch sind auch zwanghaft-rückversichernde Fragen und magische Rituale (Knölker, 1987; Wewetzer, 2004).

Die Prävalenz wird zwischen 0.4 und 4% angegeben, bei frühem Krankheitsbeginn sind tendenziell mehr Jungen als Mädchen betroffen. Die häufigsten komorbiden Störungen sind Angststörungen, depressive Störungen und Ticstörungen. Die heute herrschenden Theorien nehmen bei einer genetischen Disposition eine multifaktorielle Genese an, wobei neurobiologische Faktoren in Wechselwirkung mit psychologischen Faktoren beteiligt sind. Therapeutisch effektiv ist die multimodale Verhaltenstherapie mit den Komponenten Exposition und Reaktionsmanagement, ggf. kombiniert mit einer Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI).

Zwangsstörungen wirken sich sowohl massiv auf die schulische Leistungsfähigkeit als auch auf soziale Beziehungen im schulischen Kontext aus. Schulbezogene Faktoren können auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangssymptomen eine Rolle spielen. Fast alle Betroffenen berichten von mindestens einer erheblichen Einschränkung im schulischen, familiären oder sozialen Bereich, die mit der Zwangsstörung in Verbindung steht. Untersuchungen zeigen eindeutig die Notwendigkeit schulischer Interventionen bei zwangskranken Schülern (Piacentini et al. 2003).

Zahlreiche zwangskranke Kinder und Jugendliche müssen schwere krankheitsbedingte Einbußen wie Rückstufung, Umschulung oder Abbruch hinnehmen, einige Autoren berichten von Schulvermeidung, Schulverweigerung und schulischen Schwierigkeiten. Viele Betroffene sind mit ihrer beruflich- schulischen Situation unzufrieden, wobei fast ebenso viele Betroffene im späteren Leben arbeitslos sind. Weiter-

hin bestehen bei einem zur Chronifizierung neigenden Verlauf auch ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zwangsstörungen und sozialer Isolation, eine erhöhte Suizidrate sowie ein erhöhtes Risiko der Entwicklung weiterer psychiatrischer Erkrankungen (Probst et al. 1979; Knölker 1987; Wewetzer, 2004; Adams, 2004).

Durch effektive Therapien kann ein erheblicher Rückgang der Leistungsstörungen erreicht werden. Die Folgen einer unerkannten Zwangsstörung sind sowohl in schulisch-beruflicher als auch in sozialer Hinsicht häufig gravierend, da die Möglichkeiten wirksamer Therapien sowie sonstiger Unterstützungsmaßnahmen bei vielen Betroffenen nicht ausgeschöpft werden. Viele betroffene Kinder und Jugendliche besitzen zudem nicht den Mut andere um Hilfe zu bitten bzw. wissen nicht, dass ihre Schwierigkeiten eine ernsthafte Erkrankung darstellen. Alleine schon aufgrund der weiten Verbreitung der Zwangsstörung sowie des häufigen Symptombeginns im Schulalter muss von einer hohen Zahl Betroffener in Schulen ausgegangen werden (Knölker 1987; Boekhoff 2000). Die Institution Schule kann eine wichtige Funktion bei der Erkennung der Erkrankung und der Unterstützung betroffener Schüler spielen.

2. Methode

N = 17 Zwangspatienten (100 %) mit Diagnose einer Zwangsstörung im Alter von 6 bis 42 Jahren wurden mit einem selbst ausgearbeiteten, über E-Mail zugesandten Fragebogen befragt. 9 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung Schüler. Von 6 Patienten, die sich nach eigenen Angaben noch gut an ihre Schulzeit und die damalige Zwangsproblematik erinnern konnten, wurden Daten aus der Retrospektive gewonnen. Eine computervermittelte Befragung wurde vorgezogen, da Zwangspatienten gerne das Internet als Anonymität zusicherndes Kommunikationsmittel nutzen (vgl. Fischer, 2006)

3. Ergebnisse

3.1 Schulbezogene Faktoren und Symptombeginn

Bei 52% der befragten Zwangspatienten waren schulbezogene Faktoren subjektiv bedeutsam für den Ausbruch ihrer Symptome. Genannt wurden Unterforderung, Konflikte mit Mitschülern, Mobbing, eine problematische Einschulungsphase, Überforderung,



Leistungsdruck, Schulwechsel, Sitzenbleiben oder problematisches Lehrerverhalten. Diese Faktoren können im Sinne von Stressoren für den Ausbruch, die Aufrechterhaltung bzw. die Verstärkung von Zwangssymptomen mit kausal sein. Ängste im schulischen Kontext wie Leistungsangst oder Versagensangst können das inhaltliche Fundament von Zwangssymptomen bilden, Veränderungen der Schulsituation können eine Belastungssituation für Kinder und Jugendliche darstellen.

3.2 Klassische Zwangssymptome im Schulalltag

Etwa die Hälfte der Befragten litt bzw. leidet unter moderaten bis starken Zwangssymptomen im schulischen Kontext. Ängste und Ekel vor Schmutz, Bakterien, Umweltgiften und klebrigen Substanzen sind oftmals mit *Waschzwängen* assoziiert. Die Betroffenen verlassen nicht selten, mit der Entschuldigung zur Toilette gehen zu müssen, das Klassenzimmer um Waschroutale auszuführen oder führen diese in den Pausen aus (Adams 2004).

Schüler mit *Kontrollzwängen* überprüfen in der Schule immer wieder Türen, elektrische Geräte und Wasserhähne oder kontrollieren immer wieder, dass anderen Menschen nichts Schlimmes passiert ist (z.B. durch Anrufe zu Hause). Ein Schüler musste immer ein Flurfenster kontrollieren, um sicherzustellen, dass ein Mitschüler dort nicht herausfallen kann (Boekhoff, 2000). Mit rückversichernden Kontrollfragen wird überprüft, ob man auch genug gelernt habe oder „alles richtig“ ist. Bei schulbezogenen Zwangsgedanken bestehen Angst und Zweifel, dass Schularbeiten oder Hausaufgaben nicht korrekt erledigt sind, woraufhin ständige Kontrollen vorgenommen oder endlose Grübeleien ausgelöst werden. Bei *Ordnungszwängen* muss z.B. immer wieder die Schultasche aufgeräumt und geordnet werden. Bei einigen „Symmetriewängen“ müssen Schuhe mit exakt gleicher Länge der Bänder gebunden werden, Worte mit exakter Betonung pro Silbe gesprochen oder Stifte exakt parallel auf dem Tisch arrangiert werden.

Magische Rituale sind nach bestimmten Regeln des Zwangssystems ausgeführte Zwangshandlungen (zählen, berühren, wiederholen), die symbolisch zur Abwendung einer Katastrophe bzw. zum Ungeschehenmachen inakzeptabler Gedanken ausgeführt werden. Bei *Wiederholungszwängen* im Unterricht müssen z.B. Sätze und Wörter immer wieder gesprochen oder ein Bleistift immer wieder gespitzt werden. Schüler müssen „alles wiederholen und so

lange warten, bis der Gedanke weg ist“, um Unheil abzuwenden. Andere Beispiele sind das Vermeiden „schlechter Zahlen“ im Mathematikunterricht oder das Nichttreten auf bestimmte Fugen zwischen Platten auf dem Schulweg.

Aggressive, religiöse und sexuelle Zwangsgedanken werden zumeist verheimlicht. Ein religiöser Zwangsgedanke äußert sich in der aufdrängenden Befürchtung, im Religionsunterricht gotteslästerliche Gedanken auszurufen und dafür bestraft zu werden. Das Ungeschehenmachen erfolgt oftmals durch Betrituale, Einschränkungen zur Selbstbestrafung oder das zwanghafte Denken „guter Gegengedanken“.

Körperbezogene Zwangsgedanken treten im Schulalltag häufig auf und beginnen zumeist im Adoleszenzalter. Sie manifestieren sich in der zwanghaften Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild, was das im Pubertätsalter normale Ausmaß weit überschreitet. Zumeist dreht es sich um unrealistische Vorstellungen der Unförmigkeit oder Unangemessenheit des eigenen Erscheinungsbildes. Bei ständiger Beschäftigung mit dem Körpergewicht sind vor allem bei Mädchen fließende Übergänge zur Anorexia nervosa denkbar. Auch das sofortige Beseitigen von Unebenheiten der Haut, ständiges Haare kämmen und das stundenlange Betrachten im Spiegel können korrespondierende Zwangshandlungen sein.

Tabelle 1: Zwangssymptome im Schulalltag

Zwangsgedanken	82 %	Zwangshandlungen	94 %
Tod, Unfall, Krankheit	41 %	Kontroll-, und Wiederholungszwänge beim Lesen, Schreiben und Rechnen	58 %
Körperbezogene	41 %	Kontrollzwänge allgemein	53 %
Angst vor Fehlern	35 %	magische Rituale	47 %
Religiöse	29 %	Waschzwänge	24 %
Grübelzwänge	29 %	Ordnungszwänge	29 %

3.3 Zwänge beim Lesen, Schreiben und Rechnen

Im Schulalltag manifestieren sich bei 60% der Befragten Wiederholungszwänge oftmals beim Lesen, Schreiben und Rechnen, 35 % erleiden Einbußen durch diese Symptome. Es besteht der Drang Texte, Abschnitte oder Sätze zwanghaft immer wieder zu lesen, Wörter oder Sätze immer wieder von neuem zu schreiben oder Rechenaufgaben immer wieder nachzukontrollieren. Die Zwänge führen zu



erheblichem Zeitverlust, wobei sie auch in Klassenarbeiten massiv leistungshemmend sein können.

(a) Oftmals besteht der Drang, den Vorgang des Lesens immer zu wiederholen, ohne dass ein bestimmter Zwangsgedanke zugrunde liegt. Bei einer Schülerin bestand eine Verbindung mit der Zwangsbefürchtung sich zu verändern, wobei das wiederholte Lesen als magisches Ritual fungierte. In anderen Fällen fand eine Überlappung mehrerer Zwangshandlungen statt. Die Angst vor Fehlern führt zu einem Kontrollzwang „ob alles auch gelesen wurde“, der in einen Wiederholungszwang mündet, wobei hier das Bedürfnis nach absoluter Vollständigkeit zum Vorschein kommt.

(b) Zwänge beim Rechnen haben die Form eines Kontrollzwangs, wenn es um die Kontrolle der Richtigkeit des Ergebnisses geht. Der bei einem 17-jährigen Mädchen auftretende Zwang beim Rechnen einen guten Gedanken haben zu müssen, ist der Kategorie „magisches Denken“ zuzuordnen, oder das Rechnen wird als kompletter Vorgang empfunden, der *vollständig* ausgeführt werden muss. Bei Interferenz durch eine akustische oder gedankliche Störung musste sie den Vorgang wiederholen, um die Angst, dass der Rechenvorgang durch die Unterbrechung ungültig ist, zu neutralisieren.

(c) Beim *zwanghaften Überschreiben* schreiben Betroffene Geschriebenes nochmals, löschen es aus, schreiben es nochmals, bis das Papier durchlöchert ist, oft Stunden lang. Diese Wiederholungen können geschehen, um Fehler zu vermeiden und das Geschriebene zu kontrollieren. Auch denkbar ist in einem von Knölker (1987) beschriebenen Fall eine symbolische „Auslöschung“ im Sinne einer Bußhandlung, z.B. bei schweren schuldbeladenen Zwangsgedanken wie „Ich muss in die Hölle“ durch das wiederholte Durchstreichen von Wörtern.

3.4 Wie werden Zwangssymptome im Schulalltag erlebt?

Zwangssymptome treten während des Unterrichts (88%), in den Pausen (71%), auf dem Schulweg (53%), bei den Hausaufgaben (65%) und in Prüfungssituationen (41%) auf. Viele Kinder und Jugendliche verheimlichen oder bagatellisieren ihre oft als ich-fremd erlebte Zwangssymptomatik. 82% tarnen ihre Zwangshandlungen, schieben sie bis zu einem späteren Zeitpunkt auf oder rationalisieren sie

mit „vernünftigen Gründen“ wie z.B. Ordentlichkeit oder Gewissenhaftigkeit. Das Verstecken von Zwangshandlungen führt zu starker Anspannung. Schamgefühle entstehen durch kritische Beobachtungen der Mitschüler. Kinder und Jugendliche unterdrücken ihre Zwänge häufig unter Anstrengung und müssen sie bei großer Erschöpfung zuhause dennoch ausführen.

3.5 Begleitende Störungen mit schulischen Auswirkungen

Über 80% der Befragten gaben an, mindestens eine weitere komorbide psychische Störungen oder Probleme zu haben, die sie im Schulalltag zusätzlich belasten. Am häufigsten wurden neben Ängsten (65 %) depressive Symptome (65 %), Ticstörungen und Lernstörungen genannt. Ebenfalls gängige Komorbiditäten sind im Kindes- und Jugendalter generell begleitende Essstörungen, ADHS, zuweilen auch schizotype Persönlichkeitsstörungen (Wewetzer, 2004). Häufige mit Zwängen assoziierte schulrelevante Ängste sind Schulangst, soziale Ängste und Trennungsangst. Bei den relativ häufig angegebenen Lernstörungen wurde u.a. die Dyslexie genannt.

3.6 Therapie und schulische Situation

Fünfzehn „Schüler“ (9+6) hatten eine oder mehrere Therapien (Verhaltenstherapie: n = 10, tiefenpsychologische Therapie: n = 11; Pharmakotherapie: n = 11). Über die Hälfte von ihnen erlebte ihren Zustand nach der Therapie als deutlich und ein Drittel als leicht gebessert.

Neun Schüler profitierten von Verhaltenstherapie, fünf bezeichneten tiefenpsychologische Verfahren als hilfreich und neun Schüler äusserten sich positiv zu ihrer Pharmakotherapie (Nebenwirkungen: n = 2). Es wurde mit SSRI oder Clomipramin behandelt. Die Antidepressiva wurden von den meisten Schülern im Hinblick auf schulische Leistungsfähigkeit positiv eingestuft, da sie oftmals eine Verbesserung von Antrieb, Konzentration und Aufmerksamkeitsfokussierung bewirkten. Als weniger wirksam und verträglich wurden atypische Neuroleptika beschrieben. Therapiemaßnahmen wirken sich oftmals positiv auf die Schulleistungen aus. Obwohl sich etwa die Hälfte der Patienten als „deutlich gebessert“ bezeichnen, leiden fast alle noch an Zwangssymptomen, zwei Drittel in stark ausgeprägter Form. Fast alle Kinder und Jugendliche



berichten von einer wechselnden Intensität ihrer Zwangssymptome. Oftmals wurde ein episodischer Verlauf mit wechselnden oder verschiedenen, parallel auftretenden Zwangssymptomen berichtet.

3.7 Auswirkungen von Symptomen auf die Schulleistung

Kontrollzwänge und Wiederholungszwänge wirken sich am häufigsten auf zentrale schulische Tätigkeiten aus, außerdem beeinträchtigen Zwänge oft die Leistungsfähigkeit. Gravierende Defizite bestehen oftmals durch Konzentrationsstörungen sowie durch Probleme bei der Beendigung von Hausaufgaben (Piacentini et al., 2003). Schulunfähigkeit kann z.B. durch die Vermeidung auslösender Situationen im schulischen Umfeld ausgelöst werden.

Tabelle 1: Zwangssymptome im Schulalltag

Auswirkung	Fischer (2006)	Boekhoff (2000)
Leistungsbeeinträchtigung	71 %	73 %
Zeitverlust	35 %	46 %
Konzentrationschwäche	29 %	27 %
Perfektionismus (negativ)	24 %	27 %
Müdigkeit/ Antriebslosigkeit	29%	9 %

(a) Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration. Schüler, die vor dem Schlafengehen oder vor der Schule Rituale ausführen, können wegen Schlafmangels Erschöpfungssymptome zeigen oder immer wieder zu spät zur Schule erscheinen (Adams 2004). Treten Zwangsgedanken während des Unterrichts auf, kann die selektive Aufmerksamkeit auf die Unterrichtsinhalte stark beeinträchtigt sein. Zwangsgedanken stören normale Denk- und Informationsverarbeitungsprozesse, was zu Konzentrationschwäche führt. So kann z.B. zwanghaftes symmetrisches Ordnen der Schulhefte und Stifte Aktivitäten am Schreibtisch immer wieder unterbrechen (Boekhoff, 2000).

(b) Zeitverlust. Zahlreiche Zwangsrituale nehmen viel Zeit in Anspruch. Insbesondere Zwänge beim Lesen, Schreiben und Rechnen führen sowohl bei Schul- und Hausaufgaben als auch bei schriftlichen Prüfungen zu erheblichem Zeitverlust, da ständige Wiederholungen und Kontrollen die Beendigung von Aufgaben oftmals unmöglich machen.

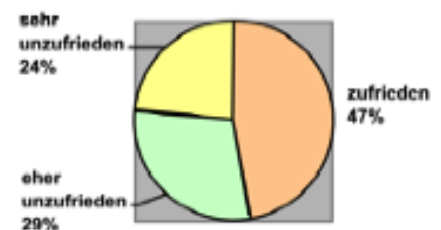
(c) Nachteile durch Perfektionismus. Während zwanghafte Persönlichkeitszüge wie Fleiß, Ordnungsliebe, Präzision und Pünktlichkeit zu guten Schulleistungen beitragen mögen, ist dies bei Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nicht der Fall. Ständige Kontrollen, zeitaufwendiges Ordnen von Arbeitsmaterialien oder das wiederholte Lesen von Texten führen zu ungelösten Aufgaben, die durch schlechte Bewertungen sanktioniert werden.

(d) Leistungsrelevante neuropsychologische Auffälligkeiten. Zwangskranke im Kindes- und Jugendalter sind im Mittel überdurchschnittlich intelligent, wobei Potentiale häufig durch die Zwänge blockiert werden. Neuropsychologische Untersuchungen zeigen Defizite in visuo- räumlichen und visuo- konstruktiven Fertigkeiten, exekutiven Funktionen und im nonverbalen Gedächtnis sowie Einschränkungen in der Handgeschicklichkeit und Fingerfertigkeit. Zwangskranke Kinder und Jugendliche reagieren auf Situationen motorischer Ungeschicklichkeit mit größerer Angst als Nicht- Betroffene (Knölker 1987; Boekhoff, 2000; Wewetzer, 2004; Fischer, 2006).

3.8 Auswirkungen im psychosozialen Bereich

53% der in der eigenen Untersuchung befragten Schüler bezeichnet sich als unzufrieden mit ihrer Schul- und Lebenssituation, wobei 24% angeben sogar sehr unzufrieden zu sein.

Allgemeine Schulfriedenheit



Zwangspatienten im Kindes- und Jugendalter haben häufig eine geringere soziale Kompetenz, die wiederum in enger Verbindung zur schulischen Leistungsfähigkeit steht. Die Zwangsvorstellung, im Unterricht eine falsche Antwort zu geben, kann zu einer schwachen Unterrichtsbeteiligung und negativen Leistungsbeurteilungen führen. Etwa 50% gaben an,



eine allgemein schlechte Beziehung zu ihren Mitschülern zu haben, ebenso viele haben Kontaktschwierigkeiten. Mitschüler reagieren oftmals in abwertender Weise auf Zwangshandlungen. Viele Betroffene ziehen sich von Gleichaltrigen zurück und halten wenige Freundschaften aufrecht. Das Gefangensein in Zwängen lässt häufig wenig Zeit für Freizeitaktivitäten mit Freunden. Zwangssymptome wie z.B. Angst vor Berührung, Nicht-Beenden-Können von Ritualen oder die Angst, dass solche sichtbar werden könnten, können soziale Kontakte behindern (Adams 2004).

Die sozialen Kontakte sind zumeist stark auf die Familie konzentriert (Wewetzer et al. 2004), wobei die Beziehungen häufig als gut (35%), häufig als ambivalent (52%), in 11% als schlecht geschildert wurden. Viele Eltern unterstützten ihre Kinder häufig (59%), reagierten in Einzelfällen auch mit Wut (41%) auf Zwangsrituale. Fast immer sind die Eltern emotional stark in die Problematik involviert. In anderen Fällen haben die Eltern keinerlei Verständnis für die Problematik.

3.9 Reaktionen von Lehrern

Bei ca. 60% der Schüler war mindestens ein Lehrer über das Vorliegen einer Zwangsstörung informiert, 35 % erzählten den Lehrern selbst von ihrer Problematik. Fast alle Schüler gaben an, dass Lehrer Zwangssymptome nicht bemerkt haben und nicht darauf reagierten. Nachdem Lehrer über das Vorliegen einer Zwangsstörung informiert worden waren, reagierten diese zumeist mit Verständnis und Rücksichtnahme. Circa 20% der Befragten berichteten über negative Reaktionen seitens der Lehrer wie „Bloßstellen vor der Klasse“. Zwangskranke Kinder und Jugendliche wünschen sich Aufklärung der Lehrer über Zwangsstörungen. Die informierten Lehrer werden in den meisten Fällen durch die Schüler oder deren Eltern in Kenntnis gesetzt. Nur wenige Lehrer ergreifen jedoch selbst die Initiative, was sich viele Schüler wünschen (65%). Ehemalige Schüler stellten aus der Retrospektive fest, dass die einzige Chance auf Hilfe und Krankheitsbewältigung in der Überwindung dieser blockierenden Emotionen besteht, die die Voraussetzung für das Ergreifen der Initiative ist (Boekhoff 2000). Voraussetzung dafür wäre, dass dem entsprechenden Lehrer die Probleme des Schülers auffallen.

4. Resümee und Diskussion

4.1 Fazit

Die Ergebnisse unserer Befragung bestätigen die Ergebnisse bisheriger Arbeiten und Studien (Knölker, 1987; Boekhoff, 2000; Piacentini et al., 2003; Adams, 2004; Danserau & Bouchard, 2005). Sie zeigen, dass Zwangsstörungen den Schulalltag betroffener Kinder und Jugendlicher in mehrerer Hinsicht massiv beeinträchtigen. Es muss diskutiert werden, welche Maßnahmen die Institution Schule zur Unterstützung betroffener Kinder und Jugendlicher ergreifen kann.

4.2 Diskussion möglicher Interventionsansätze

Aufgrund der zunehmenden Prävalenz psychischer Erkrankungen im Schulalter sollte eine Modifikation der Lehreraus- und Fortbildung hinsichtlich einer stärkeren Berücksichtigung psychischer Krankheitsbilder erfolgen (Boekhoff, 2000). Auch Präventionsstrategien wie Aufklärung über psychische Erkrankungen durch schulische Informationsveranstaltungen für Lehrer, Eltern, Schüler, Ärzte und Psychologen, eine kritische Reflexion der Leistungsbewertung und Strategien der Angstprävention können gewinnbringend sein (ausführlicher hierzu Fischer, 2006)

Es muss ferner thematisiert werden, was Lehrer bei großer beruflicher Belastung und vielfältiger Aufgabenfelder im Unterricht konkret zur Unterstützung der Betroffenen tun können. Möglich ist eine unsystematische Verhaltensbeobachtung, bei der Eindrücke und Beobachtungen möglichst schnell in einem Tagebuch schriftlich festgehalten werden. Auf diesem Wege können einige Hinweise auf typische Zwangssymptome im Klassenzimmer identifizierbar sein (Danserau & Bouchard, 2005):

- (a) Vermeidung der Berührung von Türklinken; Benutzung von Tüchern beim Türöffnen
- (b) Häufiges Fragen, das Klassenzimmer zwecks Aufsuchen der Toilette verlassen zu dürfen
- (c) Ständiges Kontrollieren von Türen, Fenstern, Lichtschaltern, Schulmaterialien
- (d) Exzessives Kontrollieren von schriftlichen Aufgaben
- (e) Stereotyp wiederholtes Lesen von bestimmten Wörtern, Abschnitten oder Seiten.
- (f) Wiederholtes Schreiben und Überschreiben von Buchstaben, Zeichen und Wörtern



- (g) Exzessives Fragenstellen vor der Bearbeitung von Aufgaben
- (h) Penibles Ausfüllen von Kästchen und Kreisen in Fragebögen, was zu Zeitverlust führt.
- (i) Ordnen von Gegenständen, bis diese exakt symmetrisch zueinander liegen
- (j) Stereotypes und/oder ritualisiertes Berühren von Gegenständen
- (k) Auffällige Vermeidung von Kontakt mit klebrigen Substanzen
- (l) Häufige Verspätung

Schülern, bei denen eine Zwangssymptomatik vermutet wird, können innerhalb eines vertrauten Gesprächs seitens des Lehrers direkte Fragen zu Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gestellt werden. Solche Initiativen werden gewünscht und als erleichternd erlebt. Kinder und Jugendliche reagieren auf diese Fragen zumeist überrascht, da sie nicht mit Verständnis für ihre „absurden Zwänge“ rechnen. Nur durch Verhaltensmodifikationen im häuslichen und schulischen Umfeld kann der betroffene Schüler die in kognitiver Verhaltenstherapie erlernten Techniken festigen. Lehrer können im Idealfall mit entsprechender Anleitung durch den Therapeuten in die Durchführung bestimmter Verhaltenstherapie-Übungen involviert sein bzw. diese begleiten, indem er Schüler dazu ermutigt Zwangsrituale zu unterlassen und Alternativerhalten aufzubauen.

Bevor Zugang zu effektiven Therapien vorhanden ist bzw. diese Effektivität zeigen, kann es sinnvoll sein, Schülern mit typischen schulbezogenen Zwängen vorübergehend modifizierte und individuell angepasste Erleichterungen im Lernbetrieb zu verschaffen, um Leidensdruck zu senken (Adams 2004; Danserau & Bouchard, 2005). Kinder und Jugendliche mit schulbezogenen Zwängen sollten keine Nachteile aufgrund ihrer Symptome erleiden. Die Symptome müssen gleichzeitig in der Therapie bearbeitet werden, wobei das Ziel immer optimale Reduktion der Zwänge sein muss, um zu normalen Lernbedingungen zurückkehren zu können. Sind die Herausforderungen des Schulalltags nach Therapieerfolgen wieder besser zu bewältigen, kann ein zu langes Aufrechterhalten der erleichternden Bedingungen Zwänge jedoch aufrechterhalten.

Bei Zwängen beim Schreiben könnte vorübergehend die Erlaubnis gegeben werden, Druckschrift zu ver-

wenden, wenn das Schreiben in Schreibrift z.B. aufgrund von Überschreibzwängen erschwert wird. Weiterhin kann die Gestattung der Verwendung eines Laptops verwendet werden und mündliche statt schriftlicher Prüfungen durchgeführt werden. Es sollte eine Bewertung des Schriftbilds stattfinden, um die Bedeutung der Zwänge abzuschwächen. Bei Wiederholungszwängen kann eine vorübergehende Reduktion von Leseaufgaben erfolgen.

Bei sozialen Ängsten sollten Aufforderungen, vor der Klasse laut vorzulesen, vermieden werden. Das laute Vorlesen vor der Klasse kann in anderen Fällen wiederum als Konfrontationsübung durchgeführt werden, durch welche Leserituale reduziert werden können, da der Zwang möglicherweise „überraunt“ werden kann. Computerprogramme wie Microsoft PowerPoint, welche Texte auf dem Schirm fortlaufend darbieten, können im Sinne der Reaktionsverhinderung beim wiederholten Lesen von Textabschnitten effektiv sein. Das zur Wiederholung des Lesevorgangs führende „Festhängen“ ist dann nicht mehr möglich, woraufhin das zwanghafte Verhalten umstrukturiert werden kann.

Bei Prüfungsproblemen und Zeitverlust könnten Klassenarbeiten in anderen Räumen bei längerer Bearbeitungszeit geschrieben werden. Bei Schreibzwängen könnten Multiple-Choice-Tests konzipiert werden. Stellt wiederum das Ausfüllen von Kästchen in Multiple-Choice-Tests aufgrund von Symmetriezwängen ein Problem dar (zwanghaftes Nachzeichnen und Ausradieren nicht-symmetrischer Kästchen), kann wiederum erlaubt werden, Antworten direkt auf das Aufgabenblatt zu schreiben. Wenn für Aufgaben mehr Zeit gewährt wird, sollte immer ein festes Abgabedatum vereinbart werden, um die Arbeitszeit zu strukturieren.

AUTOR

Dr. phil. Psych. M.A. Christian Fischer-Terworth, geb. 1976, Psychologe, Musikpädagoge und Pädagoge, Promotion in klinischer Psychologie an der Universität Hamburg bei Prof. Paul Probst. Publikationen zu Zwangsstörungen, Autismus und Demenz. Derzeit Leitender Psychologe im Gerontopsychologischen Zentrum DRK Seniorenzentrum Kaiserslautern, Lehrtätigkeit an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg.



LITERATURVERZEICHNIS

Adams, G. (2004). Identifying, assessing and treating obsessive-compulsive disorder in school-aged children: The role of school personnel. *Teaching Exceptional children*, 37, 2, 46-53.

Boekhoff, I. (2000). Zwangserkrankung und Schule: Symptome, Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten. [Hausarbeit zur 1. Staatsprüfung für das Lehramt an Grund- und Hauptschulen]. Hildesheim: Universität Hildesheim

Danserau, V. & Bouchard, G. (2005). Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants: Quel est le rôle de l'enseignant? www.viepédagogique.gouv.qc.ca/articles/trouble_obsessiv-Compulsive

Fischer, C. (2006). Pädagogische Aspekte der juvenilen Zwangsstörung [Hausarbeit zur Erlangung des Grades eines Magister Artium]. Hamburg: Universität Hamburg.

Fischer-Terworth, C. (2010). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Krankheitsbild und psychosoziale Auswirkungen. Saarbrücken: VDM (in Druck).

Knölker, U. (1987). Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Probst, P., Asam, U. & Otto, K. (1979). Psychosoziale Integration Erwachsener mit initialer Zwangssymptomatik im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Sonderdruck)*, S. 106- 121.

Wewetzer, C. (2004). Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.



DR. CHRISTIAN FISCHER-TERWORTH

Gerontopsychologisches Zentrum

DRK Seniorenzentrum Kaiserslautern

An der Feuerwache 9

Tel. 0631- 3039- 2209, priv.: 0631- 41 55118

c.fischer-terworth@seniorenzentrum-kl.drk.de



Anmeldeformular

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen

% Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

UniversitätsSpital Zürich

Culmannstrasse 8

8091 Zürich

Tel. 044 255 98 03

Fax 044 255 98 04

Email: kontakt@zwaenge.ch

Internet: www.zwaenge.ch

Wir freuen uns, dass Sie sich entschlossen haben, die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen durch Ihre Mitgliedschaft zu unterstützen.

Ihre Anschrift

Name Vorname

Strasse / Nr. PLZ/Ort

Vorwahl, Telefon Vorwahl, Telefax

Email-Adresse

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ). Darin enthalten ist das Abonnement für den «Newsletter» der SGZ.

- Der Mitgliederbeitrag beträgt CHF 75.00 pro Kalenderjahr für Private/Betroffene
- Der Mitgliederbeitrag beträgt CHF 100.00 pro Kalenderjahr für Therapeuten/Experten

Datum Unterschrift