

01.12 newsletter



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

Zürich, Mai 2012

- 2 Bericht des Präsidenten
- 3 Anna Wang: Teddybär Spital in Zürich
- 5 Veronika Brezinka: ‚Ricky und die Spinne‘ – ein Computerspiel zur Unterstützung der Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern
- 9 Thomas C. Wetter, M.A.: Schlaf und Schlafstörungen – ein Überblick Teil 1
- 16 C.E.: Die Expositionsbehandlung meines Waschzwanges – Schilderung einer Patientin
- 21 SGZ Anmeldeformular

EDITORIAL

Liebe Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen, Liebe Leserinnen und Leser

Wir freuen uns, Ihnen auch im Jahr 2012 wieder einen aktuellen Newsletter mit zahlreichen interessanten Artikeln zusenden zu können. Inhaltlich begeben wir uns diesmal auf eine Reise in verschiedene Themengebiete. Neben Artikeln zur Zwangsstörung werden Sie deswegen auch einen Beitrag zu Schlafstörungen und einen Bericht über das Teddybärspital Zürich finden. Sie kennen das Teddybärspital nicht? Einmal pro Jahr verwandelt sich das Kinderspital in ein Spital für Stofftiere und Teddys, welche mit engagiertem Einsatz von Medizinstudenten behandelt werden. Ihr Ziel ist es, den Kindern schon früh Ängste und Schamgefühle – wie sie häufig auch bei Zwangspatienten auftreten – im Kontakt mit Ärzten zu nehmen und über wichtige Gesundheitsthemen aufzuklären. Anna Wang, die diesjährige Preisträgerin des Alumni-Preises der medizinischen Fakultät Zürich und Mitorganisatorin des Teddybärspitals 2011, wird Ihnen Einsichten in und Aussichten über dieses Projekt schildern.

Frau Brezinka wird Sie anschliessend in die Welt der therapeutischen Spiele mitnehmen und Ihnen ihre neuste Entwicklung im Detail vorstellen. Nach viel Arbeit und Ausdauer konnte sie das neue für Kinder geeignete Spiel «Ricky und die Spinne» an unserer Tagung im Dezember 2011 vorstellen. Therapieren Sie Kinder mit Zwangsstörungen in Ihrer Klinik / Praxis? Vielleicht wäre dieses Spiel dann auch für Sie ein gutes therapeutisches Hilfsmittel.

Schlafstörungen sind in der Allgemeinbevölkerung ein sehr häufiges Leiden und auch viele Menschen mit Zwangsstörungen sind davon betroffen. Deswegen habe ich mit Herrn Wetter einen ausgewiesenen Experten auf diesem Gebiet gefragt, ob er Ihnen einen Einblick in dieses spannende Thema geben kann. Es ist eine sehr gute Übersichtsarbeit entstanden, die Sie in zwei Teilen in diesem und im nächsten Newsletter fin-

den werden. In der jetzigen Ausgabe werden Sie vor allem grundlegende Informationen über das Phänomen Schlaf erhalten. Zusätzlich stellt Herr Wetter für Sie den Zusammenhang zwischen Schlaf und verschiedenen psychischen Erkrankungen her.

Schon im letzten Newsletter berichteten wir über verschiedene Selbsthilfegruppen und Gruppenangebote für Angehörige. Einen kurzen Zwischenbericht zur Selbsthilfegruppe gibt Ihnen die Offene Tür Zürich. Wie auch in den vorherigen Ausgaben wird Ihnen im letzten Artikel eine Betroffene berichten wie sie ganz persönlich mit ihrer Zwangsstörung umgeht. Dafür wird sie Ihnen Einblick in eine Woche intensive Expositionstherapie mit ihrem Therapeuten geben und von ihrem Erfolg, Ekel auch ohne Vermeidung oder Waschen zu überwinden, erzählen.

Sollten Sie unter einer Zwangsstörung leiden und daran interessiert sein, an einem Forschungsprojekt teilzunehmen, finden Sie verschiedene Projekte auf den letzten Seiten dieses Newsletters.

Sie möchten selber einmal einen Erfahrungsbericht schreiben oder haben als Therapeut/In etwas für andere Hilfreiches oder Lehrreiches zu berichten? Melden Sie sich, damit Sie Ihr Wissen in einem der nächsten Newsletter weitergeben können!

Nun wünsche ich Ihnen eine informative Lektüre und verbleibe mit herzlichen Grüssen



DR. MED. STEFFI WEIDT
Newsletter Redakteurin SGZ
steffi.weidt@usz.ch

Steffi Weidt



Liebe Mitglieder der SGZ!

Eine der ehrenamtlichen Tätigkeiten der SGZ-Vorstandsmitglieder ist die Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Fachleuten und anderen Interessierten, die das seit 2008 bestehende Kontaktangebot auf der Homepage der SGZ nutzen. Über das SGZ-Sekretariat werden Fragen an die Experten, Betroffenen und Angehörigenvertreter aus dem Vorstand gerichtet und von diesen so gut wie möglich beantwortet. Gerade heute hat uns ein sehr verzweifelter Mann geschrieben, dessen Partnerin an einer schweren Zwangserkrankung leidet, weil er dringend Rat und Hilfe für den Umgang mit ihr benötigt. Bei solchen und ähnlichen Anfragen können wir zum Teil auf die Texte unserer Homepage (www.zwaenge.ch) verweisen, auf denen sich unter anderem ausführliche Informationen zu Hilfe und Selbsthilfe bei Zwangserkrankungen finden. Allerdings – wann immer ich mich etwas intensiver mit den Texten beschäftige, stelle ich fest, dass Teile davon überarbeitet werden müssten. Sei es, weil einzelne Angaben (z.B. zu Personen und Veranstaltungen) nicht mehr aktuell sind oder weil es inzwischen einige neue Erkenntnisse und Sichtweisen zu Zwangserkrankungen und deren Behandlung gibt, die ergänzt werden sollten. Wir haben daher bei unserer letzten Vorstandssitzung beschlossen, die Homepage grundlegend zu überarbeiten – ein grösseres Projekt, das wir Schritt für Schritt in Angriff nehmen werden.

Meine Bitte an Sie: Besuchen Sie in nächster Zeit (wieder einmal) unsere Homepage, schauen Sie sich einige Texte und Rubriken an und melden Sie an unser Sekretariat (Email: kontakt@zwaenge.ch), was Sie ändern oder ergänzen würden. Würden Sie auf der Homepage gerne Informationen zu einem Thema finden, das aktuell nicht erwähnt wird? Fehlen aus Ihrer Sicht wichtige Informationen oder ist etwas falsch, unverständlich oder zu vereinfacht dargestellt? Haben Sie Tipps für uns, wie wir den Internet-Auftritt verbessern könnten? Das sind nur ein paar Beispiel-Fragen, die Sie sich beim Lesen stellen könnten, Ihnen werden dabei sicher auch noch andere Ideen für ein Feedback einfallen. Wir würden uns sehr darüber freuen – und auf diese Weise können wir Ihre Anregungen in die neuen Texte einfließen lassen!

Ein anderes Thema im Rückblick: Anfang Dezember 2011 wurde ich zu einem Treffen der neuen Selbsthilfegruppe für Betroffene von Zwangserkrankungen in

Zürich eingeladen (Informationen finden Sie unter www.selbsthilfezentrum.ch). Es hat mich sehr beeindruckt, wie sich dort Menschen gegenseitig unterstützen und ermutigen. Dies können Therapeuten in dieser Art und Weise nicht bieten, so dass solchen Gruppen ein hoher Stellenwert bei den unterschiedlichen Hilfsangeboten für Zwangskranke zukommt. Wir werden dieses Thema daher auch in einer einstündigen Veranstaltung direkt vor der kommenden Mitgliederversammlung der SGZ aufgreifen, wozu ich Sie gerne einladen möchte. Der Termin steht schon fest: Am Donnerstag, den 5. Juli 2012 ab 18:00 Uhr im Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Veranstaltung ist kostenlos, anmelden können Sie sich über das SGZ-Sekretariat.

Auch die Jahrestagung 2012 ist schon wieder «in Planung». Sie findet wie üblich am ersten Dezemberwochenende statt, dieses Jahr unter dem Motto: «Zwang ist mehr als Zwang: Überschneidungen mit anderen Krankheitsbildern verstehen und von Unterschieden lernen». Sobald der Programmwurf vorliegt, wird dieser auf unserer Homepage aufgeschaltet.

Jetzt zurück in die Gegenwart: Ich hoffe, der aktuelle Newsletter gefällt Ihnen und wie immer freuen wir uns auf Ihr Feedback und Ihre Anregungen für die nächsten Ausgaben.

Herzliche Grüsse,

Michael Rufer
Präsident der SGZ



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



Teddybär Spital in Zürich

Anna Wang

Kinder mit Krokodilstränen, mindestens genauso verzweifelte Eltern und ein überforderter Arzt. Genau dieses Szenario hat zu der Idee des Teddybär Spitals geführt.

Ziel & Idee

Das Teddybär Spital (TBS) hat das Ziel, Kindern spielerisch die Angst vor einem Arztbesuch zu nehmen. Wir, Medizinstudenten, möchten, dass sie dadurch Neugier für Medizin entwickeln und positive Assoziationen mit dem Arztbesuch und mit dem Spital aufbauen.



Geschichte

Das Teddybär Spital entstand ursprünglich auf Initiative skandinavischer Medizinstudenten, die dieses Projekt in die International Federation of Medical Students' Association- die IFMSA – gebracht haben. In Uppsala fand eines der ersten Teddybär Spitäler im Jahre 1999 statt. Seither gibt es dieses Projekt in über 30 Ländern. Gemeinsam nach dem Motto der IFMSA: «Think global and act locally» gehört dieses Projekt zum Standing Committee on Public Health der IFMSA. An internationalen Kongressen werden regelmässig Ideen für die Verbesserung des Teddybär Spitals ausgetauscht. Seit letztem Jahr gibt es in der Schweiz sogar eine nationale Koordination des Teddybär Spitals, denn dieses Projekt gibt es mittlerweile in Fribourg, Basel, Lausanne, Genf und Zürich.

Durchführung in Zürich

Nach dem Pilotprojekt des TBS in Basel haben Medizinstudenten von Zürich beschlossen, das Projekt auch in Zürich mit dem Kinderspital (Kispi) als Unterstützung zu starten.

Am 1. November 2011 wurden die Türen für einen Tag sowohl für Kindergartenkinder als auch für ihre kranken Stofftiere geöffnet. Mit einer 1:1 Betreuung durch Medizinstudenten wurden verschiedene Posten zusammen besucht. Beim Anamneseposten erzählten die Kinder, was ihren Stofftieren fehlte. «Mein Drache hat Halsschmerzen, weil er zu viel Feuer gespuckt hat», erzählte ein Kind. Brüche und Bauchschmerzen waren sehr häufig bei den kleinen Stofftieren und ab und zu gab es auch schwangere Stofftiere. So hatten die Medizinstudenten extra kleine Teddybären zur Simulation einer Geburt vorbereitet. Schlussendlich kamen die Kinder jedoch mit schwangeren Schafen – darauf waren wir nicht vorbereitet...

Beim Laborposten wurde das Blut untersucht, geimpft, gemessen und gewogen. Zur Diagnostik standen Röntgen, EKG und Ultraschall zur Verfügung. Anschliessend durften sich die Kinder beim Operationsposten steril bekleiden und ihr Stofftier zuerst in Narkose legen, bevor es richtig verarztet wurde. Als Präventionsposten gab es einen Ernährungstisch an welchem Kinder verschiedene Nahrungsmittel in gesund und ungesund einteilen lernten. Zahnmedizinstudenten zeigten an einem anderen Präventionsposten, wie man richtig Zähne putzt.



PROJEKTER Jugendwettbewerb Zürich

Der PROJEKTER ist ein Jugendwettbewerb für den Kanton Zürich.

Jugendliche engagieren sich mit Projekten für unsere Gesellschaft. Der PROJEKTER sammelt solche Projekte aus dem Kanton Zürich, lässt diese in einem Wettbewerb gegeneinander antreten und unterstützt die Verbreitung der besten Ideen. Das Teddybärspital wurde



für den Projekter Jugendwettbewerb nominiert und wurde am 21. Januar 2012 mit dem zweiten Preis ausgezeichnet. Das Preisgeld (CHF 1000) wird natürlich in die Verbesserung und Erhaltung dieses Projektes investiert.

Medizinstudenten als Dr. Teds

Was hast du von diesem Event profitiert?

«Es hat mir grundsätzlich riesen Spass gemacht einen Tag lang mit Kindern zu arbeiten und ihre glücklichen Gesichter zu sehen, wenn wir ihr Plüschtierchen heilen konnten. Das Arbeiten mit den Kindern hat mir einen Einblick in die Vorstellungen, Ängste und Erwartungen eines Kindes an einen Arzt und das Spital gegeben. Nur schon nach einem Tag weiss ich nun ein wenig besser, welche Methoden, um mit dem Kind zusammen zu arbeiten, gut sind und welche eher kontraproduktiv wirken. Für mich ein voller Erfolg!», so lautet die Antwort von Patrizia.

Marius hingegen betonte die Unterschiede im Umgang mit Kindern: «Ich habe heute 4 verschiedene Kinder mit völlig verschiedenen Charakteren und Verhaltensweisen kennengelernt, welche mir bewusst gemacht haben dass man mit jedem Kind ganz individuell umgehen muss, besonders in diesem Alter. Und ausserdem hatte ich auf dem Nachhauseweg das Gefühl etwas Sinnvolles gemacht zu haben.»

Was, denkst du, haben die Kinder von diesem Event profitiert?

Olivia antwortete auf diese Frage mit folgendem Satz: «Die Kinder hatten die Gelegenheit zu erfahren, wie es im Spital ungefähr abläuft. Ich glaube, dass die Kinder wenn sie das nächste Mal ins Spital gehen schon eine Vorstellung haben, was sie alles erwartet. Und wenn sie das Glück haben nie ins Spital gehen zu müssen, sind sie informiert und aufgeklärt.»

Fazit

Sowohl Medizinstudenten als auch die Kinder hatten sehr viel Freude an diesem Event und haben nebenbei viel gelernt. Eltern berichten uns, dass die Kinder seit dem Besuch ihre Plüschtiere zu Hause sorgfältig verarztet und behandeln. Darüberhinaus haben uns Kinder nach der Veranstaltung bereits gefragt, wann das nächste Teddybär Spital stattfinden wird und ob es sogar Übernachtungsmöglichkeiten geben wird. Das hat unser Dr. Ted Team natürlich überaus begeistert. Das nächste Teddybär Spital wird voraussichtlich im Herbst 2012 wieder mit der grossartigen Unterstützung vom Kispi durchgeführt.

Anna Wang
tbszuerich@gmail.com





„Ricky und die Spinne“ – ein Computerspiel zur Unterstützung der Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern

Veronika Brezinka

Das therapeutische Computerspiel *Ricky und die Spinne* (www.rickyandthespider.uzh.ch) wurde anlässlich der Jahrestagung der SGZ in Zürich am 3. und 4. Dezember 2011 zum ersten Mal der Öffentlichkeit präsentiert. Entwickelt an der Spezialsprechstunde für Zwangsstörungen des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, soll das Spiel Psychotherapeuten in ihrer Arbeit mit zwangserkrankten Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren unterstützen.

Zwangserkrankungen gehören mit einer Prävalenz von 2% zu den häufigen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Simons, 2009). Je länger die Erkrankung unbehandelt bleibt, desto ungünstiger ist der langfristige Verlauf (Micali et al., 2010).

Als wirksamste Therapien gelten kognitive Verhaltenstherapie und Medikation (March & Foa, 2004; O'Keary, Anstey, von Sanden, & Hunt, 2010). Allerdings fehlt es – nicht nur in der Schweiz, sondern auch international – häufig an Verhaltenstherapeuten, die Zwangserkrankungen behandeln. Gerade für jüngere Kinder gibt es zudem noch wenig therapeutisches Material (Freeman et al., 2007).

Um die Chance auf eine möglichst frühzeitige verhaltenstherapeutische Behandlung von kindlichen Zwangserkrankungen zu erhöhen, wurde das Computerspiel *Ricky und die Spinne* entwickelt. Es integriert die wichtigsten Behandlungselemente des verhaltenstherapeutischen Ansatzes und bietet eine ansprechende und kindgerechte Metapher, mit deren Hilfe die Erkrankung, ihre Folgen und ihre Behandlung besser verstanden werden können. Dies soll betroffene Kinder ermutigen, sich dem Zwang zu widersetzen. Zudem hoffen wir, damit Verhaltenstherapeuten bei der Behandlung eines zwangserkrankten Kindes zu unterstützen. Anders als bei einem Therapiemanual in Buchform wird mit dem Computer auf ein Medium zurückgegriffen, das die meisten Kinder attraktiv finden.

Ricky und die Spinne spielt auf einer Wiese. Grashüpfer Ricky und Marienkäfer Lisa sind sehr unglücklich. Seit einiger Zeit lebt in ihrer Gegend eine Spinne, die von den Tieren merkwürdige Dinge verlangt. So darf Ricky nur in einem besonderen Muster über die Wiese springen, und Lisa muss jeden Abend vor dem Einschlafen ihre Punkte zählen. Die Spinne

macht den Tieren Angst, dass etwas Furchtbares geschehen wird, wenn sie ihren Befehlen nicht gehorchen. Deshalb tun sie, was von ihnen verlangt wird und verstricken sich immer weiter in das Netz der Zwangserkrankung. Eines Tages ist Ricky so verzweifelt, dass er Dr. Eule um Rat fragt. Dr. Eule ist mit Rickys Problem bestens vertraut – allerdings muss er zuerst ein Kind finden, das ihn versteht und bereit ist, ihm zu helfen.... Hier steigt das zwangserkrankte Kind als Helfer von Ricky und Lisa in das Spiel ein.

Therapeutische Inhalte

Ricky und die Spinne enthält verschiedene Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, die auf gut evaluierte Therapieverfahren für Zwangsstörungen bei Kindern (March & Mulle, 1998; Piacentini, Langley, & Roblek, 2007), aber auch Erwachsenen zurückgehen (Foa et al., 1983; Salkovskis, 1999). Das Spiel besteht aus einer Intro und acht Level. Am Ende jedes Levels erhält das Kind ein Blatt mit therapeutischen Hausaufgaben, die es bis zur nächsten Therapiestunde erfüllen soll.

Die Kernelemente der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangserkrankungen – Psychoedukation, Externalisierungsstrategien und Exposition mit Reaktionsverhinderung – werden folgendermassen in *Ricky und die Spinne* integriert:

Level 1 – Der schleichende Beginn der Erkrankung: Ricky und Lisa erzählen vom schleichenden Beginn der Erkrankung und davon, dass sie aus Angst vor der Spinne deren Befehle befolgen. Doch Ricky hat bemerkt, dass er sich damit immer mehr im Netz der Zwangserkrankung verstrickt und beschliesst deshalb, Dr. Eule um Hilfe zu bitten.

Level 2 – Das Konzept des Gedankenfilters: Die Spinne hat so viel Macht über die Tiere, weil sie ihnen erfolgreich Angst macht. In Anlehnung an das kognitive Zwangsmodell von Salkovskis (1999) vergleicht Dr. Eule unseren Gedankenstrom mit einem Bach. Dinge, die nicht ins Wasser gehören, werden durch ein Wehr herausgefiltert. Entsprechend gibt es in unserem Gedankenstrom einen Gedankenfilter, der unsinnige Gedanken nicht durch lässt. Leider hat die Spinne den Gedankenfilter von Ricky und Lisa beschädigt, und dadurch bemerken sie jeden Unsinngedanken, über den andere einfach hinweg gehen können.



Level 3 – das Werkzeug im Kampf gegen die Zwangserkrankung und Externalisierungsstrategien:

Im Kampf gegen die Spinne brauchen Ricky und Lisa vier Dinge – nett sein zu sich selbst, Mut zur Veränderung, Geduld und einen Helfer. Diese vier Strategien werden durch ein Kleeblatt symbolisiert und kehren in den späteren Level immer wieder zurück, wobei das Kind jeweils herausfinden muss, welche Hilfsstrategie gerade am Besten passt. Schliesslich fordert Dr. Eule die beiden Freunde im Sinne einer Externalisierungsstrategie auf, sich Spitznamen für die Spinne ausdenken. Nach anfänglichem Protest entfalten Ricky und Lisa darin grosse Talente...

Level 4 – das Erstellen der Zwangskarte: Ricky und Lisa sollen alle Verhaltensweisen sammeln, zu denen die Spinne sie zwingen will und angeben, wie schwierig es wäre, den Befehlen der Spinne nicht zu gehorchen (1= ganz leicht, 10 = sehr schwierig). Weil man Mut braucht, sich der Spinne zu widersetzen, heissen die Aufgaben auf der Zwangskarte Mutaufgaben. Auch das Kind soll eine Zwangskarte mit Mutaufgaben für sich erstellen.

Level 5 – erster Expositionsauftrag: Nachdem Dr. Eule den Freunden geholfen hat, einige Mutaufgaben zu vereinfachen, fordert sie sie auf, die einfachste davon durchzuführen. Lisa getraut sich als Erste, Ricky folgt ihr wohl oder übel.... Dr. Eule ermuntert auch das Kind, seine einfachste Mutaufgabe mehrmals täglich durchzuführen.

Level 6 – weitere Expositionsaufträge: Lisa erhält weitere Mutaufgaben und wird von Ricky und dem Kind darin unterstützt, den Kampf gegen die Spinne nicht aufzugeben. Dr. Eule warnt die beiden davor, zu rasch von einer Mutaufgabe zur nächsten zu gehen – erst muss die aktuelle Mutaufgabe täglich geübt werden, bis sie ihnen ganz leicht fällt.

Level 7 – weitere Expositionsaufträge: Ricky erhält ebenfalls weitere Mutaufgaben. Als er zögert und die Aufgaben hinausschieben will, wird er von Lisa und dem Kind mit Hilfe des Kleeblatts zum Weitermachen motiviert.

Level 8 – Überreichen der Urkunde: Aus Respekt vor der Leistung von Ricky und Lisa erhalten sie von Dr. Eule eine Urkunde, die alles beschreibt, was sie gelernt haben. Auch das Kind erhält eine entsprechende

Urkunde mit dem Hinweis, dass es jederzeit wieder um Hilfe bitten kann, wenn es das braucht.

Zu jedem Level gibt es Fragen, die das Kind während des Spielens beantworten muss. Zusätzlich erhält es jeweils ein Hausaufgabenblatt (zu finden auf der Webseite unter ‚Therapeutische Materialien‘) mit Aufträgen, die es für die nächste Therapiestunde umsetzen soll. Um die vier Hilfsstrategien weiter zu festigen, ist auf der Webseite auch ein Kleeblatt mit und ohne Inschriften aufgeschaltet. Während die Hausaufgaben der ersten Level primär Psychoedukation zum Inhalt haben, wird das Kind ab Level 5 zu eigenen Expositionsaufgaben ermutigt. Hierzu ist die Unterstützung des Therapeuten unbedingt erforderlich! Zudem kann nur der Therapeut – in Zusammenarbeit mit den Eltern – beurteilen, ob und inwiefern die Expositionsaufgaben richtig durchgeführt wurden.

Die Bearbeitung eines Levels dauert maximal 15 Minuten. Pro Therapiesitzung sollte nicht mehr als ein Level bearbeitet werden. Die einzelnen Level sind kurz, aber inhaltlich sehr dicht. Es ist deshalb anzuraten, jedes Level einmal gemeinsam zu spielen, dann vom Kind nacherzählen zu lassen und es anschliessend noch einmal zu spielen.

Einsatz in der Therapie

Grundsätzlich sind therapeutische Computerspiele ohne begleitende Psychotherapie kein ausreichendes Mittel, eine kindliche Störung zu beheben (Brezinka, 2009). Der Mehrwert eines therapeutischen Computerspiels kommt auch nur dann zum Tragen, wenn dieses Spiel von einer Fachperson eingesetzt wird – ‚Zauberei‘ in Form eines Computerspiels, das kindliche Probleme einfach so zum Verschwinden bringt, gibt es nicht.

Ricky und die Spinne ist daher kein Selbsthilfe-Spiel. Für Kinder, die nicht an einer Zwangserkrankung leiden, ist das Spiel uninteressant. Erkrankte Kinder, die *Ricky und die Spinne* ohne Anleitung durch eine Fachperson spielen, werden in der Geschichte vermutlich eine ganze Reihe ihrer eigenen Beschwerden erkennen. Trotzdem ist es anzuraten, das Spiel nur im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie einzusetzen. Schliesslich kann nur ein Verhaltenstherapeut beurteilen, welche Expositionsaufgaben für das Kind in welchem Stadium geeignet sind und inwieweit sie erfüllt wurden. Zudem ist der Überraschungseffekt weg, wenn ein Kind das Spiel zu Beginn der Therapie bereits kennt, und kann *Ricky und die Spinne* danach nicht



mehr optimal zur Behandlung einer Zwangserkrankung eingesetzt werden.

Auch im Rahmen einer Verhaltenstherapie ist *Ricky und die Spinne* nur ein unterstützendes Werkzeug. Zwar erleichtert es die therapeutische Arbeit, indem es eine passende Metapher und therapeutische Hausaufgaben liefert, aber die Behandlung einer Zwangserkrankung sollte weiterhin in erster Linie durch einen Verhaltenstherapeuten in Zusammenarbeit mit einem Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen. Natürlich haben wir Verständnis dafür, dass Eltern *Ricky und die Spinne* für ihr zwangserkranktes Kind kaufen wollen, auch wenn es nicht in psychotherapeutischer Behandlung ist. Die Gefahr, dass dies zur Enttäuschung von Erwartungen führt, ist jedoch erheblich, denn das Spiel kann eine verhaltenstherapeutische Behandlung zwar unterstützen, aber nicht ersetzen! Zudem bleibt in *Ricky und die Spinne* ein wichtiger Aspekt der Zwangserkrankung aus praktischen Gründen ausgespart, nämlich der Prozess der ‚family accommodation‘, also die Einbindung von Familienangehörigen in die Zwangssymptomatik des Kindes. Ricky und Lisa leben selbstständig mit ihren Peers im Wald – Eltern oder Geschwister werden im Spiel nicht erwähnt. Dies wäre gestalterisch zu teuer gewesen und inhaltlich zu komplex geworden. Es ist Aufgabe des behandelnden Therapeuten, diese wichtige Thematik mit den Eltern und eventuell auch Geschwistern anzusprechen und die Familienmitglieder darin zu unterstützen, ihre Einbindung in die Zwangssymptomatik zu reduzieren (s. z.B. Barrett, Farrell, Dadds, & Boulter, 2005).

Auch kann nur der Verhaltenstherapeut entscheiden, ab wann es sinnvoll ist, mit dem Kind das nächste Level zu spielen. Zwangsstörungen zeigen einen chronischen Verlauf und sind oft hartnäckig. Es wird nicht immer gelingen, die Zwangssymptome eines Kindes bereits nach sieben bis acht Sitzungen so zu verringern, dass die Urkunde ausgedruckt werden kann. In diesem Fall sollten Level 5, Level 6 und Level 7 abwechselnd wiederholt werden, bis das Kind genügend Mutaufgaben erfolgreich durchgeführt hat. Dabei können die Ängste, Zweifel und Motivationskrisen von Ricky und Lisa zum Anlass genommen werden, ähnliche Gefühle beim Kind zu thematisieren und es zum Durchhalten zu ermutigen.

Ausblick

Nach ‚Schatzsuche‘ (www.treasurehunt.uzh.ch) ist *Ricky und die Spinne* das zweite verhaltenstherapeutische Computerspiel, welches am Zentrum für Kin-

der- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich entwickelt wurde. Schatzsuche, das allgemeine verhaltenstherapeutische Prinzipien zum Inhalt hat und auch als Breitband-Therapiespiel bezeichnet werden kann, wird von Psychotherapeuten für sehr verschiedene Indikationen eingesetzt (Brezinka, 2011). Im Gegensatz dazu richtet sich *Ricky und die Spinne* spezifisch auf die kindliche Zwangserkrankung.

‚Schatzsuche‘ wird von der Universität Zürich mit einem innovativen Lizenzmodell vertrieben: Fachleute (Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychiater) können sich auf <http://www.treasurehunt.uzh.ch> anmelden. Dabei müssen sie bestätigen, dass sie das Spiel nur im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbildung verwenden sowie keine Kopien an Dritte weiter geben werden. Nach der Akkreditierung kann Schatzsuche kostenlos als komprimierte Datei herunter geladen werden. Im Gegenzug wird um Spenden gebeten, um den Support, die Webseite sowie Weiterentwicklungen des Spiels finanzieren zu können. Nach mehr als dreieinhalb Jahren existiert Schatzsuche in vier Sprachen und zählt über 1700 professionelle Nutzer aus 29 Ländern. Da jedoch nur ein geringer Teil von ihnen spendet, war es nicht möglich, *Ricky und die Spinne* ebenfalls kostenlos zur Verfügung zu stellen. Eine Einfachlizenz auf Deutsch oder Englisch kostet 220 CHF, eine Mehrfachlizenz (für drei Computer) 450 CHF. Das mag für ein relativ kleines Spiel viel erscheinen, hängt jedoch mit dem engen Nutzerkreis zusammen, für den es überhaupt in Frage kommt. Zudem bietet der Preis einen Schutz davor, dass Eltern leichtfertig ein Spiel kaufen, in das sie vielleicht zu Unrecht grosse Hoffnungen setzen.

Eine Anmerkung zum Schluss: Es ist nicht notwendig, Kindern ein therapeutisches Computerspiel zu bieten, das graphisch genau so anspruchsvoll ist wie kommerzielle Computerspiele. Aus einer Befragung von 200 Kindern, in deren Therapie Schatzsuche gespielt wurde – von der Graphik her noch einfacher als *Ricky und die Spinne* – wissen wir, dass die Mehrheit (98,5%) das Spiel sehr geschätzt hat (Brezinka, 2011). Zudem ist der Computer aus unser aller Leben nicht mehr weg zu denken und sind gerade Kinder von Computerspielen besonders fasziniert. Eigentlich ist es erstaunlich, dass es nicht schon mehr therapeutische Computerspiele gibt – die Universität Zürich nimmt diesbezüglich auch international eine Vorreiterrolle ein.



Literatur

- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1005-1014.
- Brezinka, V. (2009). Computerspiele in der Verhaltenstherapie mit Kindern. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 233-241). Heidelberg: Springer.
- Brezinka, V. (2011). Schatzsuche – ein verhaltenstherapeutisches Computerspiel. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 9, 762-776.
- Foa, E., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Moore, P. S., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Leonard, H. L., et al. (2007). Cognitive Behavioral Treatment for Young Children With Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry*, 61(3), 337-343.
- March, J. S., & Foa, E. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Jama*, 292(16), 1969-1976.
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., et al. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: Follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197, 128-134.
- O'Kearney, R. T., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2010). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library*(1), 1-49.
- Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment of Childhood OCD. It's only a false alarm*. New York: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 37(1), S29-S52.
- Simons, M. (2009). Zwangsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 630-645). Heidelberg: Springer.



DR. PHIL. DR. (PHD) VERONIKA BREZINKA
 Psychologin / Verhaltenstherapeutin
 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Spezialprechstunde Zwang – Tic-Tourette
 Eisengasse 16
 8008 Zürich

veronika.brezinka@ppkj.uzh.ch



Schlaf und Schlafstörungen – ein Überblick

Teil 1

Thomas C. Wetter

Schlaf ist ein aktiver Zustand

Schlaf ist für das menschliche Leben von vitaler Bedeutung, dennoch sind die Funktionen und Auswirkungen des Schlafes noch nicht in allen Einzelheiten erforscht. Ein wichtiges Kennzeichen des gesunden Schlafes ist, dass er sehr schnell beendet werden kann. Obwohl ein Schlafender bewusstlos erscheint, kann er, im Gegensatz zu einer Person, die in Narkose oder im Koma liegt, sehr leicht geweckt werden und innerhalb von Sekunden bis Minuten in einen normalen Wachzustand zurückfinden. Auch wenn Schlaf durch eine sehr geringe körperliche Aktivität und eine kaum vorhandene Wahrnehmung der Umwelt gekennzeichnet ist, handelt es sich dennoch um eine aktive, in hohem Masse organisierte Abfolge von Ereignissen und physiologischen Zuständen. Schlaf ist somit kein passiver Ruhezustand sondern wird vom Hirnstamm und bestimmten Gebieten im Zwischenhirn (Hypothalamus) aktiv initiiert und reguliert (Saper et al., 2005). Er setzt sich aus zwei deutlich zu unterscheidenden Zustandsformen zusammen: dem Non-REM-Schlaf (non rapid eye movement-Schlaf), also eine Schlafphase ohne schnelle Augenbewegungen und dem REM-Schlaf (rapid eye movement), jener Phase, die durch schnelle Augenbewegungen gekennzeichnet ist. Träume finden hauptsächlich im REM-Schlaf statt, aber auch nach Weckungen aus dem Non-REM-Schlaf werden manchmal Traum inhalte geschildert.

Der Non-REM-Schlaf wird neuerdings in 3 Stadien (N1–N3, früher S1–S4; AASM, 2008) eingeteilt, die sich in Bezug auf die Amplitude und Geschwindigkeit der vom Schlafenden erzeugten Gehirnwellen (Elektroenzephalogramm, kurz EEG) unterscheiden. Das Stadium N3 (bzw. die Stadien S3 und S4 nach der früheren Nomenklatur) des Non-REM-Schlafes ist durch die grössten und langsamsten Gehirnwellen gekennzeichnet. Man hat herausgefunden, dass ein Schlafender zu diesem Zeitpunkt am schwersten zu erwecken ist, weshalb diese Schlafphase auch als «Tiefschlaf» bezeichnet wird. Während des REM-Schlafes, der etwa 25% des Nachtschlafes ausmacht, lässt sich beobachten, wie sich die Augen des Schlafenden unter geschlossenen Augenlidern bewegen. Die Willkürmuskulatur ist mit Ausnahme des Zwerchfelles und der Augenmuskeln gelähmt und die Temperaturregulation ist teilweise aufgehoben. Das EEG

ähnelt dem Wachzustand, was vermuten lässt, dass das Gehirn in dieser Schlafphase in einem sehr aktiven Zustand ist. Diese Annahme konnte durch funktionelle bildgebende Untersuchungen bestätigt werden (Wehrle et al., 2007). In einer REM-Episode reagieren Schlafende sehr unterschiedlich auf Weckreize: Manchmal genügt das geringste Geräusch, um sie zu wecken, ein andermal bedarf es hierfür sehr viel stärkerer Reize. Die Schlafepi sode beginnt typischerweise mit Non-REM-Schlaf und im weiteren Verlauf wechseln sich in etwa 90-minütigem Abstand REM- und Non-REM-Schlaf ab. Im ersten Nachtdrittel dominiert der tiefe Non-REM-Schlaf, während REM-Schlaf am morgen überwiegt (s. Abbildung 1, obere Hälfte). Besonders an den Übergängen zwischen Non-REM- und REM-Schlaf kommt es auch beim Gesunden immer wieder zu Aufwachereignissen, von denen 5–15 pro Nacht als normal zu betrachten sind; allerdings besteht für diese Aufwachereignisse typischerweise eine Amnesie (fehlende Erinnerung), da Wachphasen erst ab einer Dauer von etwa 5 min erinnert werden (Pollmächer, 2010).

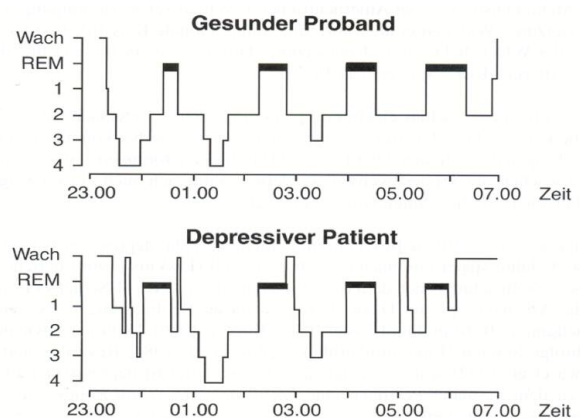


Abb. 1: Schematisiertes Schlafprofil (Hypnogramm) eines Patienten mit einer Depression (unterer Teil) im Vergleich mit einer gleichaltrigen gesunden Person (oberer Teil). Typisch, wenn auch nicht spezifisch für schwere Depressionen, ist eine verkürzte Zeit bis zum erstmaligen Auftreten des Schlafstadiums REM sowie eine Abnahme des Tiefschlafes im ersten Schlafzyklus. REM: rapid eye movement Schlaf; 1–4: Schlafstadien 1–4.



Warum schlafen wir?

Eine triviale Antwort wäre: Wir schlafen, weil wir müde sind. Warum wir allerdings müde werden, ist nicht genau bekannt. Der biologische Grund, warum wir schlafen müssen, ist letztlich nicht bekannt und eine einfache Erklärung gibt es nicht. So viel ist aber sicher: Schlaf ist für die Funktionsfähigkeit des Gehirnes und das Überleben des gesamten Organismus notwendig. Eine interessante Hypothese geht davon aus, dass durch die geringere Stoffwechselrate und Gehirntemperatur während des Tiefschlafes die Reparatur von Zellwänden ermöglicht wird. Vollständiger Schlafentzug über einen längeren Zeitraum kann zu Schäden der Zellen führen und dem Körper schweren Schaden zufügen. Im Tiefschlaf werden vor allem bei jüngeren Personen grössere Mengen Wachstumshormon aus der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) ausgeschüttet, weshalb man dieser Schlafphase eine besonders regenerative Wirkung zuschreibt. Bezüglich des REM-Schlafes vertreten einige Forscher die Ansicht, dass dieses Schlafstadium bei der Festigung von bestimmten Gedächtnisinhalten eine Rolle spielen könnte (wie übrigens der Tiefschlaf auch) (Diekelmann und Born, 2010). Andere Wissenschaftler meinen, dass der REM-Schlaf für die Ausreifung und Ausbildung der Nervenfasern bei Säuglingen und Kindern bedeutsam ist. Beide Annahmen sind allerdings nicht ohne Widerspruch geblieben, so dass die Ergebnisse weiterer wissenschaftlicher Studien abgewartet werden müssen (Siegel, 2005).

Das Gefühl von Müdigkeit ist nur einer von mehreren Faktoren für die Schlafbereitschaft. Auch tageszeitliche Schwankungen spielen eine Rolle. Es ist gut erforscht, dass jedes Lebewesen eine zirkadiane (d.h. eine ungefähr-24-Stunden) Periodik von Aktivitäts- und Ruhephasen aufweist. Der Zeitablauf und die Kontrolle dieses Schlaf-Wachzyklus hängen von einer oder mehreren biologischen Uhren in unserem Körper ab. Diese inneren Uhren reagieren empfindlich auf Licht und haben sich im Laufe der Zeit annähernd mit dem 24-Stunden Licht-Dunkel-Zyklus der äusseren Umgebung synchronisiert. Schlaf erscheint somit als unabdingbarer Teil des Verhaltens. Der Mensch ist physiologisch darauf programmiert, jeden Tag zu schlafen (Pace-Schott und Hobson, 2002).

Wie viel Schlaf ist ausreichend?

Es gibt kein allgemein gültiges «normales» Schlafmass. Die durchschnittliche Schlafdauer für Erwach-

sene beträgt 7–8 Stunden. Es gibt aber Personen, die sich schon nach 5 Stunden gut erholt fühlen, während andere wiederum 9-10 Stunden benötigen, um tagsüber ausgeruht zu sein. Ein optimales Schlafmass ist dann ausgeschöpft, wenn man tagsüber, auch bei längerer Tätigkeit im Sitzen, konzentriert einer Tätigkeit nachgehen kann, ohne schläfrig zu werden. Wir können uns nicht dazu zwingen, unser Schlafoptimum über einen längeren Zeitraum beträchtlich zu über- oder unterschreiten. Eine Stunde Schlaf weniger als gewohnt und dies über mehrere Nächte oder Wochen, führt tagsüber zu einem Gefühl von Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Kontrovers diskutiert werden Befunde aus epidemiologischen Untersuchungen bzw. experimentellen Studien bei gesunden Probanden, die zeigen, dass Schlafmangel oder eine schlechte Schlafqualität ein Risikofaktor für Übergewicht, Bluthochdruck, Störungen der Blutzuckerregulation oder der Immunfunktion sein könnten (Knutson et al., 2007). Andererseits bewirkt die Überschreitung unserer optimalen Schlafdauer über längere Zeit hinweg einen schlechteren Schlaf mit häufigem Aufwachen, insbesondere in den Morgenstunden (Grandner und Drummond, 2007). Man nimmt an, dass die jeweils benötigte optimale Schlafdauer biologisch von Mensch zu Mensch unterschiedlich ist. Unser individueller Schlafbedarf wird zu einem grossen Ausmass von den Erbanlagen bestimmt (Andretic et al., 2008).

Schlafstörungen können vielfältige Ursachen haben

Die meisten Menschen klagen von Zeit zu Zeit über Schlafstörungen. Etwa 40% der Bevölkerung geben häufige, aber kurz dauernde Schlafstörungen an, die durch Probleme wie familiäre Krisen, Tod einer nahe stehenden Person oder Verlust des Arbeitsplatzes verursacht werden. Dem gegenüber stehen etwa 5-10% der Bevölkerung, die unter dauerhaften, behandlungsbedürftigen Schlafstörungen leiden, die zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit tagsüber führen (Wittchen et al., 2001; Ohayon, 2002).

Die Einteilung von Schlafstörungen erfolgt häufig nach den subjektiven Symptomen. Hierbei werden meist Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnien) genannt, bei denen die Beschwerden in einem qualitativen oder quantitativen Mangel an Schlaf bestehen. Davon werden die Hypersomnien unterschieden, bei denen Müdigkeit und vermehrtes Schlafbedürf-



nis im Vordergrund stehen. Schlafbezogene motorische Phänomene, wie z.B. das Schlafwandeln, werden als Parasomnien bezeichnet. Diese Einteilung ist unter klinischen Aspekten oft hilfreich, bleibt aber ohne Bezug zur Pathophysiologie der Erkrankung. Dies hat dazu geführt, dass der Begriff des «nicht erholsamen Schlafes» eingeführt wurde, was sowohl dem Insomnie- wie auch dem Hypersomniekonzept gerecht wird (Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin, 2009). Die *International Classification of Sleep Disorders*, 2. Fassung (ICSD-2) unterscheidet 8 Kategorien und spezifiziert darüber hinaus über 80 verschiedene Störungsbilder (AASM, 2005).

Die Ursachen von Schlafstörungen sind vielfältig, wobei die häufigsten psychologischer oder psychiatrischer Natur sind. Wichtige Ursachen sind auch neurologische oder internistische Erkrankungen. Dazu gehören:

- Ein- und Durchschlafstörungen durch situative Belastungen (z.B. vor Prüfungen) oder durch ungünstige äussere Bedingungen und Faktoren (z.B. Lärm, Schichtarbeit, Alkohol oder auch bestimmte Medikamente)
- Morgendliches Früherwachen als Symptom einer Depression
- Nicht-erholsamer Schlaf aufgrund körperlicher Erkrankungen oder Schmerzen
- Schlafbezogene nächtliche Atmungsstörungen (z. B. das Schlafapnoe-Syndrom)
- Nächtliche Missempfindungen und Bewegungsdrang der Beine (Restless-legs- Syndrom)
- Nächtliche motorische Störungen (z.B. Schlafwandeln oder epileptische Anfälle im Schlaf)
- Schlafstörungen ohne bekannte Ursachen, die als primäre (oder nicht-organische) Insomnie bezeichnet werden
- Narkolepsie oder extremer Schlafmangel, die zu einem unbezwingbaren Schlafbedürfnis tagsüber führen

Entscheidend ist immer eine genaue diagnostische Abklärung, ggf. auch im Schlaflabor (siehe unten), die je nach Befund unterschiedliche Therapieinterventionen zur Folge hat.

Chronische Insomnie

Die vorherrschenden Beschwerden einer chronischen Insomnie äussern sich in Ein- und/oder Durchschlafstörungen oder in einer unzureichenden Schlafqualität über einen Zeitraum von mindestens einem Monat. Häufig leiden die Betroffenen tagsüber unter einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit mit Konzentrationsstörungen sowie vermehrter Erschöpfbarkeit, Stimmungsschwankungen sowie körperlichen Beschwerden, die zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen (AASM, 2005). Eine Insomnie kann als sog. primäre bzw. nichtorganische Insomnie vorliegen, häufiger finden sich jedoch chronische Insomnien, die im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen auftreten. In diesem Fall spricht man von einer «komorbiden» Insomnie, ein Begriff, der die früher häufig verwendete Bezeichnung «sekundäre» Insomnie ersetzt hat (National Institutes of Health State of the Science Conference Statement, 2005). Die dabei erlebten Schlafstörungen sind jedoch nicht spezifisch für eine bestimmte psychische oder organische Erkrankung. Die diagnostischen Kriterien für eine primäre Insomnie sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Abgesehen von vielfältigen neurobiologischen Aspekten (Wollweber und Wetter, 2011) ist ein wesentliches Element aller Modelle zur Entstehung der primären Insomnie die Annahme einer Überaktivierung (Hyperarousal) (Riemann et al., 2010). Diese Überaktivierung betrifft insbesondere die emotionale Regulation, aber auch kognitive (gedankliche), psychophysiologische und motorische Funktionen. Das Hyperarousal von Insomniepatienten manifestiert sich häufig als ein

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die primäre (nicht-organische) Insomnie

- Es liegen Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität vor.
- Die Schlafstörungen treten wenigstens 3-mal pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat auf.
- Die Betroffenen denken v. a. nachts viel an ihre Schlafstörung und machen sich während des Tages übertriebene Sorgen über deren negative Konsequenzen.
- Die unbefriedigende Schlafdauer oder Schlafqualität verursachen einen deutlichen Leidensdruck oder wirken sich störend auf Alltagsaktivitäten aus.
- Die Beschwerden erklären sich nicht durch eine andere Erkrankung.



Nicht-Abschalten-Können von inhaltlich negativ gefärbten Gedanken, die sich insbesondere auf belastende oder unbewältigte Tagesereignisse beziehen. Diese angespannte Ängstlichkeit ist ihrerseits wiederum ein wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung der Schlafstörung (*circulus vitiosus* der Insomnie) (Riemann und Hajak, 2009a).

Schlafstörungen als Frühsymptom einer psychiatrischen Erkrankung

Schlafstörungen und nicht-erholsamer Schlaf sind sehr häufige Symptome bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Benca et al., 1992; Lee und Douglas, 2010). Wie bereits oben erwähnt, hat eine beeinträchtigte Schlafqualität zwar kaum eine spezifische diagnostische Aussagekraft, ist aber oft ein Frühsymptom der Erkrankung und kann auch nach weitgehender Remission der psychiatrischen Erkrankung länger fortbestehen (Baglioni et al., 2011). Von vielen Patienten werden Schlafstörungen als ausgesprochen quälend empfunden und insbesondere frühmorgendliches Erwachen mit starkem Grübeln zeigt eine enge Assoziation mit suizidalen Gedanken bei Patienten mit schweren depressiven Episoden (Wojnar et al., 2009). Leicht- bis mittelgradig ausgeprägte Schlafstörungen remittieren in der Regel unter einer Therapie der psychiatrischen Grunderkrankung und bedürfen daher meistens keiner spezifischen Behandlung. Anders ist die Situation bei stärker ausgeprägten und persistierenden Schlafstörungen zu beurteilen. In diesem Fall ist die zusätzliche Diagnose einer Insomnie gerechtfertigt, was bedeutet, dass spezifische Behandlungsmassnahmen angezeigt sind.

Insbesondere bei depressiven Störungen und schizophrener Psychosen können Patienten auch über eine erhöhte Tagesmüdigkeit klagen. Ursächlich in Frage kommen nächtliche Ein- und Durchschlafstörungen entweder als eigenständiges Symptom der Erkrankung oder als Folge einer fehlenden Tagesstruktur. Atypische Depressionen oder auch die saisonal (jahreszeitlich) auftretenden depressiven Störungen gehen häufiger mit Symptomen eines verlängerten Nachtschlafs bzw. einer Tagesschläfrigkeit einher. Aus diesem Grunde sollte bei einer psychischen Störung nicht nur nach insomnischen, sondern auch nach hypersomnischen Symptomen gefragt werden. Eine ausführliche schlafmedizinische Anamnese ist auch deshalb von Bedeutung, weil psychiatrische Patienten über die Symptome der Insomnie und Hypersomnie hinaus häufig an anderen

schlafmedizinisch relevanten Erkrankungen, wie z. B. dem Schlapnoe-Syndrom oder schlafbezogenen motorischen Störungen leiden. Umgekehrt können spezifische Schlafstörungen wie das Restless-legs-Syndrom zu psychopathologischen Auffälligkeiten führen, die eine psychiatrische Erkrankung, insbesondere eine Angststörung und Depression, verschlechtern oder sogar imitieren können (Wetter et al., 2008).

Nach heutigem Verständnis besteht eine enge wechselseitige Beziehung zwischen Schlafstörungen und psychiatrischen Erkrankungen (Jansson-Frömark und Lindblom, 2008). Darüber hinaus haben Langzeituntersuchungen der letzten Jahre gezeigt, dass insomnische Beschwerden einen prädiktiven (vorhersagenden) Wert für das Auftreten von affektiven Störungen, Angsterkrankungen und auch Substanzmissbrauch haben (Baglioni et al., 2011). Diese Erkenntnisse haben dazu geführt, die Insomnie als eine eigenständige psychische Störung zu betrachten, die entweder als primäre Störung oder komorbid mit anderen Erkrankungen auftreten kann, aber von diesen getrennt beachtet und behandelt werden sollte (National Institutes of Health State of the Science Conference Statement, 2005; Staner, 2010). Unabhängig von diesen konzeptuellen Überlegungen bleibt aber die enge Assoziation von Insomnie und psychiatrischen Erkrankungen von klinisch hoher Relevanz, weshalb Schlafstörungen in die Therapieplanung psychischer Störungen mit einbezogen werden sollten.

Schlafstörungen bei Depressionen

Nahezu alle Patienten mit einer schweren Depression leiden unter einer Beeinträchtigung der Schlafqualität. Im Vordergrund stehen Ein- und Durchschlafstörungen, ein typisches Symptom ist frühes morgendliches Erwachen mit Gedankenkreisen, ohne wieder einschlafen zu können (Abb. 1, untere Hälfte). Während bei einem grösseren Teil der depressiven Episoden Schlafstörungen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik beginnen und remittieren (aufhören), kommt es auch vor, dass ein beeinträchtigter Schlaf der Depression vorausgehen und um viele Monate überdauern kann. Dies hat zu der Hypothese geführt, dass die Insomnie ein unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten einer Depression ist. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Patienten mit chronischen Schlafstörungen ein 2- bis 5fach erhöhtes Risiko haben, an

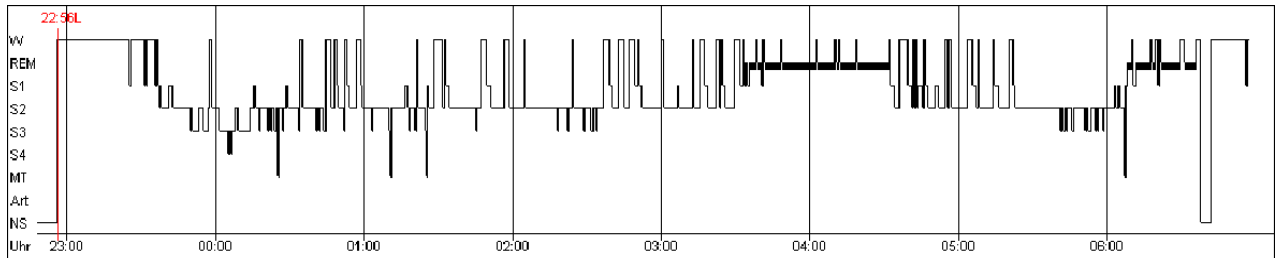


Abb. 2:

Schlafprofil eines Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Erhebliche Störung der Schlafkontinuität mit häufigen Aufwachereignissen vor allem auch im REM-Schlaf in der zweiten Nachthälfte. W: Wachstadium; REM: rapid eye movement Schlaf; S1–S4: Schlafstadien 1–4 (nach Wetter und Gazea, 2009).

einer depressiven Episode zu erkranken und Patienten, bei denen eine Insomnie die Depression überdauert, ein ähnlich erhöhtes Rückfallrisiko aufweisen (Buysse et al., 2008; Baglioni et al., 2011). In zahlreichen polysomnographischen Studien (d. h. Untersuchungen im Schlaflabor) hat sich darüber hinaus gezeigt, dass ein erhöhter REM-Schlafdruck, erkennbar an einer höheren Dichte schneller Augenbewegungen (REM-Dichte) und einer verkürzten Dauer bis zum erstmaligen Auftreten von REM-Schlaf nach dem Einschlafen (REM-Latenz) als wichtige neurobiologische Marker schwerer depressiver Störungen angesehen werden bzw. als Merkmal (Vulnerabilitätsmarker) für das spätere Auftreten einer erneuten depressiven Episode Bedeutung haben (Modell und Lauer, 2007; Steiger und Kimura, 2010). Oft, wenn auch weniger spezifisch, findet sich eine Verminderung des Tiefschlafs (Doerr et al., 2010) (Abb. 1).

Schlafstörungen aufgrund von akuten Belastungsreaktionen

Die Symptome sind nur vorübergehend bzw. sistieren, wenn der auslösende Faktor nicht mehr vorhanden ist. Eine kurzfristige medikamentöse Behandlung sollte nur dann erfolgen, wenn die Schlafqualität bzw. Tagesbefindlichkeit erheblich beeinträchtigt ist.

Insomnie bei Angststörungen

Patienten mit Panikstörung können auch aus dem Schlaf heraus starke Angstgefühle, verbunden mit Herzrasen, Atemnot und Unruhe, erleben. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stehen Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angstträume, in denen das Trauma oder andere beängstigende Inhalte vorkommen, im Vordergrund. PTBS-Patienten haben oft ausgeprägte Ängste vor der Dunkelheit, und es

kommt zu Sprechen und Schreien aus dem Schlaf heraus, Erwachen mit Desorientiertheit und einem erschwerten Wiedereinschlafen. Untersuchungen im Schlaflabor haben bisher keine einheitlichen bzw. PTBS-spezifischen Befunde ergeben. Auffällig sind die wiederholten Unterbrechungen des REM-Schlafes mit häufigen Übergängen zum Wachstadium oder Schlafstadium 1 (Einschlafstadium) (Wetter und Gazea, 2009) (Abb.2).

Ein wichtiger Aspekt betrifft den Stellenwert von Schlafstörungen in der Ätiologie der PTBS. Schlafstörungen werden häufig als ein sekundäres Phänomen betrachtet, neuere Studien geben aber Hinweise darauf, dass diese ein Risikofaktor für die Entwicklung des Vollbildes einer PTBS sein können. Darüber hinaus sind Schlafstörungen ein häufig weiter bestehendes Symptom auch nach weitgehender Besserung einer PTBS (Spormaker et al., 2008).

Schlaf bei Zwangsstörungen

Zwangssymptome führen in der Regel nicht zu Schlafstörungen und die meisten Untersuchungen hinsichtlich der Schlafstruktur dieser Patienten konnten keine spezifischen und konsistenten Veränderungen nachweisen. Es liegen aber auch neuere Studien vor, die Hinweise auf eine gestörte Schlafkontinuität und Veränderungen der ersten REM-Schlaf-Episode geben. Inwiefern diese Auffälligkeiten im Schlaf-EEG von Patienten mit einer Zwangsstörung auf eine möglicherweise gleichzeitig (komorbid) bestehende Depression zurückzuführen sind, ist Gegenstand zukünftiger Untersuchungen (Übersicht: Ramsawh et al., 2011).



Literaturangaben

- 1 American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2005) The International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual, 2nd ed. Westchester, Illinois.
- 2 American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2008) Das AASM-Manual zum Scoring von Schlaf und assoziierten Ereignissen: Regeln, Technologie und technische Spezifikationen. Steinkopff, Darmstadt.
- 3 Andretic R, Franken P, Tafti M (2008) Genetics of sleep. *Ann Rev Genet* 42, 361-388.
- 4 Baglioni C, Battagliese G, Feige B et al. (2011) Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affective Disord* 135, 10-19.
- 5 Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, et al. (1992). Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 49, 651-668.
- 6 Buysse DJ, Angst J, Gamma A et al. (2008). Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep* 31, 473-480.
- 7 Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009): Nicht-erholsamer Schlaf/Schlafstörungen (S3 Leitlinie). *Somnologie* 13; 4-160.
- 8 Diekelmann S, Born J (2010). The memory function of sleep. *Nature Rev* 11, 114-126.
- 9 Doerr JP, Hirscher V, Riemann D et al. (2010). Störungen des Tiefschlafs und psychische Erkrankungen. *Nervenarzt* 81, 347-354
- 10 Grandner MA, Drummond SPA (2007). Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. *Sleep Med Rev* 11, 341-360.
- 11 Jansson-Frömark M, Lindblom K (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *J Psychosom Res.* 64, 443-49.
- 12 Knutson KL, Spiegel K, Penev et al. (2007) The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Med Rev* 11, 163-178.
- 13 Lee EK, Douglass AB (2010). Sleep in psychiatric disorders: Where are we now? *Can J Psychiatry* 55, 403-412.
- 14 Modell S, Lauer CJ (2007). Rapid eye movement (REM) sleep: an endophenotype for depression. *Curr Psychiatry Rep* 9, 480-485.
- 15 National Institutes of Health State of the Science Conference Statement (2005) *Sleep* 28, 1049-1057.
- 16 Ohayon MM (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 6, 97-111.
- 17 Pace-Schott EF, Hobson JA (2002). The neurobiology of sleep: genetics, cellular physiology and subcortical networks. *Nature Rev* 3, 591-605.
- 18 Pollmächer T (2010) Schlafstörungen. In: Möller HJ (Hrsg) *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. Aufl. Springer Verlag, Heidelberg, 2010..
- 19 Ramsawh H, Stein MB, Mellman T (2011) Anxiety disorders. In: *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5th edition (Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds), Elsevier.
- 20 Riemann D, Hajak G (2009a). Insomnien. I. Ätiologie, Pathophysiologie und Diagnostik. *Nervenarzt* 80, 1060-1069.
- 21 Riemann D, on behalf of the workshop participants (2009). Does effective management of sleep disorders reduce depressive symptoms and the risk of depression? *Drugs* 69, Suppl. 2, 43-64.
- 22 Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B et al. (2010) The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev* 14, 19-31.
- 23 Saper CB, Scammell TE, Lu J (2005). Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature* 437, 1257-1263.
- 24 Siegel JM (2005) Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature* 347, 1264-1271.
- 25 Spoormaker VI, Montgomery P (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: secondary symptom or core feature? *Sleep Med Rev* 12, 169-184.
- 26 Staner L (2010). Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev* 14, 35-46.
- 27 Steiger A, Kimura M (2010). Wake and sleep EEG provide biomarkers in depression. *J Psychiatr Res* 44, 242-252.
- 28 Wehrle R, Kaufmann C, Wetter TC, et al. (2007). Functional microstates within human REM sleep: First evidence from fMRI of a thalamocortical network specific for phasic REM periods. *Eur J Neurosci* 25, 863-871..
- 29 Wetter TC, Gazea M (2009) Schlafstörungen bei posttraumatischer Belastungsstörung. In: *Kompodium Schlafmedizin* (Schulz H, Hrsg.), Ecomed-Verlag, Landsberg.
- 30 Wetter TC, Zils E, Fulda S (2008). Sleep and psychiatric disorders. In: *Sleep Medicine* (Smith H, Comella C, Hoegl B, Eds.) Cambridge University Press, Cambridge.
- 31 Wittchen HU, Krause P, Höfler M, et al. (2001) NISAS-2000: The "Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study". *Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. Nervenheilkunde* 20, 4-16.
- 32 Wojnar M, Ilgen MA, Wojnar J, et al. (2009). Sleep problems and suicidality in the National Comorbidity Survey Replication. *J Psychiatr Res* 43, 526-531.
- 33 Wollweber BT, Wetter TC (2011) A brief review of neurobiological principles of insomnia. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 162, 139-147.



PROF. DR. MED. THOMAS C. WETTER, M.A.
Geschäftsführender Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universität Regensburg
Universitätsstrasse 84
D-93053 Regensburg

Tel: + 49 941 941 5068
E-mail: Thomas.Wetter@medbo.de



Selbsthilfegruppe für Zwangskranke

Seit November 2011 besteht die neue Selbsthilfegruppe für Zwangskranke in Zürich. Die Gruppe trifft sich alle 3 Wochen an einem Freitag um 17.30 h im Selbsthilfocenter. Die Zusammenkunft ermöglicht den Betroffenen, in einem geschützten Rahmen Erfahrungen, Informationen und Tipps zur Bewältigung des Alltags auszutauschen. Die Gespräche helfen den Betroffenen, sich und ihre Erkrankung besser zu verstehen und annehmen zu lernen. Es tut gut, sich ernst genommen, verstanden und nicht mehr allein zu fühlen, sich gegenseitig zu ermutigen.

Im Jahr 2012 wird von der Schweizerischen Zwangsgesellschaft ab und zu ein Arzt/Ärztin anwesend sein, um die Gruppe bei ihrer Tätigkeit fachmännisch zu unterstützen.

Die Gruppe ist offen für neue Teilnehmer und freut sich auf zusätzliche Mitglieder, welche ebenfalls unter Zwangserkrankungen leiden. Die Betroffenen haben alle Therapieerfahrung und schätzen die Selbsthilfegruppe als ergänzende Unterstützung.

Weitere Informationen und Angaben zur Kontaktmöglichkeit finden Sie über:

- Information und Beratung zu den Themen Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen für direkt Betroffene, Angehörige und Fachleute
- Vermittlung von Kontakten zu bestehenden Selbsthilfegruppen und Starthilfe beim Aufbau von neuen Selbsthilfegruppen
- Weiterbildungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit und Begegnungsräume



selbsthilfocenter.ch
Jupiterstrasse 42
8032 Zürich
Tel. 043 288 88 88
info@selbsthilfocenter.ch
www.selbsthilfocenter.ch



Die Expositionsbehandlung meines Waschzwanges – Schilderung einer Patientin

C.E.

Ich bin weiblich (28 Jahre) und leide seit einigen Jahren unter einer Zwangsstörung. Aus Angst mich mit HIV oder Hepatitis anzustecken, muss ich z. B. Lebensmittel, Türklinken, Gehwege, usw. auf Blutrückstände kontrollieren.

Mir wurde leider erst sehr spät klar, dass ich ein Problem habe mit dem ich nicht mehr alleine zurecht kam. Ich kann nicht genau sagen, wann es angefangen hat in bestimmten Situationen Hände oder Kleidung nach vermeintlichem Kontakt mit Blut zu waschen, aber je nach Tagesform kam es immer mal wieder vor, dass ich mich von dem «Schmutz» befreien musste. Im Sommer 2009 wurde der Zwang stärker und auch von starken Stimmungsschwankungen begleitet. Zu diesem Zeitpunkt war mir noch nicht klar, dass ich unter einem Waschzwang leide bzw. habe ich den Gedanken nicht zugelassen und es als «normal» abgetan. Anfang 2010 wurde der Zwang zu meinem ständigen Begleiter, kein Tag mehr ohne Angst, Blut zu sehen. Teilweise fiel es mir sehr schwer das Haus zu verlassen, aus Angst in eine unvorhersehbare Situation zu kommen, die zur Folge hätte, mich komplett zu reinigen. Ich wohne mit meinem Freund zusammen, der sich dann teilweise auch reinigen musste. Ich wurde immer depressiver, hatte Alpträume und fühlte mich total hilflos.

Mir wurde im Februar klar, dass mein Verhalten absolut nicht mehr normal war. Ich informierte mich im Internet über Zwangsstörungen und wurde auf die Seite einer Klinik aufmerksam. Dort füllte ich einen Fragebogen aus, der klar machte, dass ich unter einer Zwangsstörung leide. Ich vertraute mich das erste Mal meinem Partner und meiner Mutter an.

Da ich selber nicht in der Lage war, rief meine Mutter in der Ambulanz einer Psychiatrischen Klinik in M. an und vereinbarte für den nächsten Tag einen Termin. Ich vertraute mich dort einem Psychiater an, der mir den Kontakt zu meinem jetzigen Psychotherapeuten herstellte. Es dauerte nicht lange, da hatte ich meinen ersten Termin. Nach der Kennenlernphase fingen wir an, uns mit meinem Zwang auseinander zu setzen. Ich wurde ausführlich und mehrere Wochen lang auf eine Konfrontationstherapie vorbereitet. Im November war ich dann soweit, mich dem Zwang zu stellen. Der Therapeut und ich überlegten uns, welche Orte wir in MS besuchen könnten. Als der Plan stand, vereinbarten wir drei Termine in einer Woche (Di., Mi, Fr.), die je ca. 2,5 Std. dauern sollten.

1. Tag: Dienstag

Besuch beim Supermarkt, Einkaufswagen berühren und diverse Artikel anfassen. Ich habe Tomaten gekauft auf denen dunkle Flecken zu erkennen waren und eine Dose Suppe, die etwas Braunes auf dem Deckel hatte. Auf der Palette standen einige Dosen, die leicht bis schwer verschmutzt waren. Der Ekel überkam mich und wir mussten eine Runde durch den Laden gehen, bevor ich eine von den etwas leichter verschmutzten Dosen in meine Tasche packen konnte. Die Anspannung hielt an und ich musste mir die Dose des öfteren anschauen und gucken, ob es nun Blut war auf der Dose oder nicht. Nach einigen Minuten ließ die Anspannung nach. Nach einer kurzen Pause gingen wir ins Krankenhaus in die Ambulanz. Der Plan war, sich zu setzen. Ich bemerkte beim Hinsetzen, dass auf meinem Stuhl ein roter Fleck war, leider zu spät, denn ich saß schon. Sofort überkam mich Ekel und Angst, mein Herz fing an zu rasen, ich verkrampfte und meine Hände wurden feucht. Mein Therapeut und ich tauschten die Plätze. Ich beruhigte mich wieder. Wir sprachen über den Fleck und meine Angst, mich anzustecken. Ich musste mir klar machen, dass es nur meine Gedanken sind, die mir Angst machen und die Gefahr einer Ansteckung nicht gegeben war. Nach einigen Minuten konnten wir den Platz wieder tauschen, die Anspannung war noch da, aber nicht mehr so stark. Wir verließen das Krankenhaus und gingen zurück zur Praxis. Nach einer kurzen Pause wiederholten wir die Situation im Krankenhaus. Leider war der Stuhl besetzt, so konnte ich aber auch sehen, dass andere Menschen sich dort setzen können ohne Panik zu bekommen. Zurück zur Praxis: meine Hausaufgabe war, wenn möglich die Dose zu öffnen und die Suppe zu essen. Nach der Konfrontationstherapie machte ich mich auf den Weg nach Hause, ich hatte kein schlechtes Gefühl bzgl. der kontaminierten Kleidung und Ware.

An diesem Tag war ich noch mal einkaufen und konnte ohne zu kontrollieren einen Einkaufswagen nehmen und Ware einpacken. Zuhause habe ich die Dose geöffnet und die Suppe gegessen. Es gab einen kurzen Moment an diesem Tag, wo mich der Ekel noch mal überkam, als ich über alles nachdachte, ansonsten ging es mir überraschend gut.



2. Tag: Mittwoch

Im Vergleich zu Dienstag war ich nicht mehr so nervös, da ich in etwa wusste, was auf mich zukommt. Kurze Besprechung mit dem Therapeuten und schon ging es los Richtung Supermarkt. Dieser Einkauf fiel mir deutlich leichter. Ich konnte eine Dose mit Flecken, ohne groß zu überlegen, einpacken. Auch der Besuch im Krankenhaus schockierte mich nicht so wie am Vortag, jedoch war der Ekel vor dem Stuhl schlimmer als bei der Dose. Ich konnte die Situation aushalten. Mein Therapeut erklärte mir noch mal den Verlauf eines Zwangsgedanken; anhand von Beispielen konnte er mir klar machen, dass die Situation, in der ich mich befand, nicht gefährlich war. Ich konnte den Zwangsgedanken beiseite schieben.

Nach dem Krankenhausbesuch fuhren wir zum Platz hinter dem Hauptbahnhof. Dies ist ein Ort, an dem sich Drogenabhängige treffen und dort auch Heroin konsumieren. Unsicherheit und Angst machten sich bemerkbar. Ich musste den Gehweg kontrollieren, da ich vermeiden wollte in eine gebrauchte Spritze zu treten. Sofort fielen mir einige Verpackungen von Spritzen ins Auge und mich überkam der Ekel. Der Therapeut berührte die Verpackung mit seinem Schuh, mir wurde schummerig. Ich hatte den Gedanken gefasst, mich auch zu überwinden.

Ich brauchte ein paar Sekunden, um zu überlegen und dann konnte ich die Verpackung mit meinem Schuh berühren. Kurzer Schock, realisieren was ich getan habe, den Ekel aushalten.

Es dauerte nicht lange und ich hatte mich wieder gefangen. Ich war sehr stolz auf mich und verwundert, dass ich so was schaffen kann. Vorher kam es ja nie soweit, da ich sofort Maßnahmen ergriffen hab, um den Ekel loszuwerden (waschen, vermeiden). Weiter ging es zu einem Spritzenautomaten. Mein Psychologe steckte sich eine leere Packung, in der frische Spritzen gewesen waren, ein. Kurz überkam mich wieder der Ekel. Aus Eigeninitiative berührte ich einen der Knöpfe des Automaten. Mein Finger fühlte sich komisch an, ich putzte meine Hand an der Hose ab und es war ok. Nun machten wir uns zur AIDS-Hilfe auf. Auf dem Weg dorthin stieg meine Anspannung extrem hoch. Der Therapeut meldete uns an und wir betraten das Gebäude.

Wir setzten uns in die Teeküche, meine Gefühle übermannten mich und ich musste weinen. Zu wissen, dass dort ganz bestimmt schon mal jemand sass, der AIDS hat, machte mir Angst. Mein Therapeut suchte eine Lektüre raus, die sich mit dem Weg der Anstek-

kung von AIDS befasste. Durchs Lesen wurde mir nochmals bewusst, dass es ausgeschlossen war, mich in dieser Situation mit AIDS anzustecken. Ich wurde ein wenig ruhiger, doch war ich sehr aufgewühlt durch die ganzen Konfrontationen an diesem Tag. Zum Abschluss der heutigen Therapie holten wir uns einen Kaffee und etwas zu essen. Zu meiner Verwunderung hatte ich keine Angst mit meinen «dreckigen» Händen etwas zu essen. Ich bin mit einem guten Gefühl nach Hause gefahren und konnte das erste Mal nach langer Zeit meinen Haushalt erledigen, ohne mir ständig zwischendurch die Hände zu waschen. Es war ein tolles Gefühl, alltägliche Dinge einfach so zu tun, ohne einen Gedanken an den Zwang zu verlieren. Ich habe eine Tüte die u.a. Kosmetika und Putzmittel enthält. Alles Sachen, die ich gekauft habe und nicht mehr anfassen konnte, weil z.B. die Kassiererin eine Schramme an der Hand hatte oder das Fließband mit vermeintlichem Blut beschmutzt war. An diesem Tag konnte ich mir einige Produkte aus der Tüte nehmen ohne Ekel und Angst. Diese habe ich jetzt in Benutzung!

Am Donnerstag hatte ich keinen Termin mit meinem Therapeuten und ging normal zur Arbeit. An diesem Tag musste ich mir nicht einmal die Hände aus Zwang waschen. Ich war das erste Mal dem Zwang überlegen!

3. Tag: Freitag

Treffen mit meinem Therapeuten. Kurze Info über meinen kleinen Erfolg, dem Zwang die Stirn zu bieten. Wir besuchten, wie an den Tagen zuvor, den Supermarkt und das Krankenhaus.

Ich konnte, ohne Zögern eine sehr verschmutzte Dose kaufen und der Stuhl im Krankenhaus löste auch keine Panik mehr aus. Wir besuchten den Platz hinter dem Hauptbahnhof und ich konnte aus eigener Entscheidung eine Verpackung von einer Spritze aufheben und in den Müll bringen. Eine Anspannung war zu spüren, durch Abputzen meiner Hand an der Hose legte sich die Spannung. Ich beruhige mich innerlich, indem ich mir klar machte, dass mir nichts passieren kann. Der Therapeut entdeckte eine benutzte Spritze und stupste sie mit dem Fuss an. Mir wurde ganz anders und ich ekelte mich. Ich musste mich konzentrieren und mir sagen, dass ich keiner Gefahr einer Ansteckung ausgesetzt bin. Mir gelingt es, einen Fuss neben die Spritze zu stellen, Berühren ist mir nicht möglich. Es ging weiter zum Spritzenautomaten. Ich konnte zwei Knöpfe drücken und die Hand an meiner



Hose abwischen. Ich hatte ein gutes Gefühl und klopfte mir innerlich auf die Schulter. Einiges geschafft für heute... Unsere letzte Station für diesen Tag war noch mal die AIDS-Hilfe. Uns wurde netterweise ein Raum zur Verfügung gestellt. Mein Therapeut nahm einen Behälter mit gebrauchten Spritzen (bis oben hin voll) und Wattepad mit Blut mit in den Raum. Meine Anspannung war enorm, ich ekelte mich unbeschreiblich. Er öffnete den Behälter und mir wurde schwindelig. Nach Absprache willigte ich ein, einen Blick in den Eimer zu riskieren. Jetzt war alles vorbei, ich wollte am liebsten fluchtartig den Raum verlassen. Der Therapeut beruhigte mich und wir gingen nochmals den Weg eines Zwangsgedanken durch, redeten darüber, dass ich mich in dem Moment keinem Risiko aussetzte. Ich konnte mich schwer konzentrieren und musste mich sammeln. Es dauerte eine Zeit, dann konnte ich mich überwinden, den Eimer von aussen zu berühren. Ich berührte sofort meine Kleidung. Ich schaffte es, den Behälter drei Mal zu berühren und ein Mal anzuheben. Ich hielt die Situation aus. Ich musste mir wieder vor Augen führen, dass mir nichts passieren konnte, mir half es sehr, dass mein Therapeut das Gefäss auch angefasst hatte. Nun holte er eine benutzte Spritze aus dem Eimer, mein Ekel war am Limit!!! Ich dachte nur: «Oh nein, gleich muss ich ihm noch die Hand geben, besser ist es, wenn ich mich jetzt schnell aus dem Staub mache».

Dann dachte ich mir NEIN, das will der Zwang und ich will das nicht! Ich will es aushalten!

Ich dachte über die letzten Tage nach und wusste, dass das schreckliche Gefühl nach einer Zeit auch wieder verschwindet. Ich musste es nur aushalten! Ich überlegte hin und her, ob ich es schaffe, eine Spritze zu berühren, es könnte ja Blut von dem Pad an der Spritze sein. Wieder verinnerlichen, dass ich mich auch dann nicht anstecken kann. Ich kann es schaffen, ich will es schaffen! Schwupps, mit einem Finger berührte ich eine Spritze und schob diese in den Behälter. Es war geschafft!!! Ich bin nicht direkt tot vom Stuhl gefallen! Ich hatte mich meinen schlimmsten Ängsten gestellt und war unglaublich froh. Meine Hände musste ich jetzt nicht waschen, ich hatte sogar noch Lust, mit meinem Freund ins Möbelhaus zu fahren. Ich kam nach Hause und konnte alles anfassen, ohne das Gefühl zu bekommen, gleich alles zu reinigen. Ich erledigte den Wochenendeinkauf ohne auch nur einen Artikel zu kontrollieren. Einige Male

musste ich heute noch über das Erlebte nachdenken, es war völlig OK und ich hatte keine Angst, ich ekelte mich auch nicht.

Ich bin motiviert, weiss, dass es noch viel Arbeit ist, aber ich denke, das war der erste Schritt in mein neues / altes Leben ohne Mr. Zwang!

C.E., weiblich, 28 Jahre

Dieser Artikel wurde bereits in der Z-Aktuell der Deutschen Gesellschaft für Zwangsstörungen veröffentlicht. Wir bedanken uns herzlich, dass wir den Artikel in unserem aktuellen Newsletter abdrucken durften.

I M P R E S S U M

Vorstand

PD Dr. med. Michael Rufer (Präsident)
 Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza (Vizepräsidentin)
 Dr. med. Christine Poppe (Past Präsidentin)
 Corinna Constantin Brenni (Kassier)
 Dr. med. Steffi Weidt (Editorin Newsletter)
 PD Dr. med. Wolfram Kawohl
 Heidi Mauerer
 Petra Bürgi
 Lilo Schmidli

Herausgeber

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

Redaktion

Dr. med. Steffi Weidt

Layout

Pomcanys Marketing AG, www.pomcanys.ch

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



UniversitätsSpital Zürich

Wissenschaftliche Studie zum Nachweis der Wirksamkeit einer neuen Behandlungsmethode bei zwanghaftem Haarausreissen (Trichotillomanie)

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Spitals Zürich untersucht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie eine neue Methode zur Reduktion zwanghaften Haarausreissens auf ihre Wirksamkeit hin. Diese Behandlung wird über das Internet durchgeführt.

Sollten Sie

1. unter zwanghaftem Haarausreissen (Trichotillomanie) leiden
2. zwischen 18 und 65 Jahre alt sein
3. über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen

kommen Sie für eine Teilnahme in Frage.

Sind Sie interessiert?

Wollen Sie sich über den genauen Ablauf informieren?

Unter folgendem Link können Sie sich genauer informieren:

ww2.unipark.de/uc/TTM_Umfrage_Eins/

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt.



KJPD

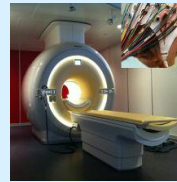
 Universitätsklinik
 Kinder- und Jugendpsychiatrischer
 Dienst des Kantons Zürich

FORSCHUNGSSTUDIE:

GRUNDLAGEN VON ZWANGSSTÖRUNG UND ADHS IM JUGEND- UND ERWACHSENENALTER

FÜR UNSERE STUDIE SUCHEN WIR:

- Jugendliche im Alter von 12-16 Jahren
- Erwachsene im Alter von 21-45 Jahren
- Jugendliche mit ADHS (12-16 Jahre)
- Jugendliche und Erwachsene, die unter Zwangs-Handlungen und/oder -Gedanken leiden (Alter 12-16 Jahre oder 21-45 Jahre)



KONTAKT

Universitätsklinik, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich

Neumünsterallee 9
 8032 Zürich
 Telefon: 043 556 40 64
 Email: studies@kjpd.uzh.ch

Studienkoordination:

*lic. phil. Tobias Hauser, Reto Iannaccone MSc.,
 Dr. Juliane Ball*

Studienleitung

Prof. Dr. S. Walitza, Dr. S. Brem, PD Dr. M. Ruffer, Prof. Dr. D. Brandeis, Dr. R. Drechsler

Flyer Version V1, 20.01.2012


 Universität
 Zürich ^{UZH}

Liebe StudieninteressentInnen, liebe Familien, liebe Jugendliche

Trotz intensiver Forschung, ist das heutige Wissen über die Ursachen von Zwangsstörung und von Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leider noch sehr beschränkt. Bildgebende Verfahren wie Hirnstrommessungen und Magnetresonanztomographie geben uns aber einen Einblick in die Funktion des Hirns. Nur wenn wir die entwicklungsbedingten Änderungen der Hirnfunktion und der Hirnnetzwerke bei gesunden Jugendlichen verstehen, können wir auch Veränderungen bei Patienten erkennen. Aus diesem Grunde untersuchen wir nicht nur Patienten sondern auch gesunde Jugendliche und Erwachsene. Die Vergleiche der Hirnfunktion zwischen verschiedenen Patientengruppen bzw. zwischen Patienten und gesunden Probanden zeigen uns dann, welche Funktionen und Netzwerke betroffen sind.

Wegen der Häufung von Zwangsstörungen und ADHS in Familien weiss man, dass auch biologische Ursachen, wie z.B. Gene bei beiden Störungen eine wichtige Rolle spielen. Die Suche nach Genen, die als Ursache der beiden Störungen in Frage kommen, ist uns ein besonderes Anliegen.

Unsere Methoden:

Zur Messung der Hirnfunktion verwenden wir zwei Methoden: die Hirnstrommessung (Elektroenzephalographie: EEG) und die (funktionelle) Magnetresonanztomographie (MRT). Beide Methoden sind schmerzfrei und völlig ungefährlich. Für die MRT wird keine gefährliche Strahlung verwendet. Zusätzlich sammeln wir eine Speichelprobe, um die Rolle der Gene zu untersuchen.

Zeitaufwand:

Zuerst überprüfen wir in einer Vorabklärung Ihre Eignung für die Studie. Nachfolgend nehmen Sie an zwei Terminen innerhalb von einem Monat teil. In der ersten Sitzung werden Sie einige Tests zu Aufmerksamkeit, Lernen und allgemeinen Fertigkeiten machen. Bei der zweiten Sitzung wird die EEG-MRT-Messung durchgeführt. Dabei werden Sie mit einer EEG-Kappe im MRT Gerät liegen und zwei Aufgaben zur Aufmerksamkeit und Lernen lösen.

Wenn Sie oder Ihr Kind an ADHS oder Zwängen erkrankt sind, erhalten Sie innerhalb der Studie eine ausführliche Abklärung, ansonsten bringt Ihnen die Studie keinen direkten Nutzen. Sie leisten aber einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von ADHS und Zwang und lernen modernste Untersuchungsverfahren kennen. Als Dankeschön erhalten Sie einen **Geschenkgutschein (60.-)** sowie die **Bilder Ihres Gehirns**. Alle Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Interessieren Sie sich für eine Studienteilnahme? Wir freuen uns, über Ihre Kontaktaufnahme!

Information: Diese Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich bewilligt. Die Ausschreibung ist Teil des vom schweizerischen Nationalfonds geförderten Projektes: „Zwang- und Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung im Kindes- und Jugendalter.“ Für medizinische Fragen ausserhalb der Studie ist Ihr behandelnder Arzt zuständig.



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

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
