

01.15 newsletter

Zürich, Juni 2015

- 2 Bericht des Präsidenten
- 3 20 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen: Bericht zur Jubiläumstagung
- 6 Ich kann nicht anders
- 10 Auszug aus «Alles nur in meinem Kopf. Leben mit Obsessionen und Zwangsgedanken.»
- 16 Achtsamkeit in der Behandlung von psychischen Störungen – auch ein Ansatz für Zwangsstörungen?
- 20 Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben bei Zwangsstörungen

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser

Schon wieder ist ein halbes Jahr vergangen und Sie halten den neuen Newsletter in Ihren Händen.

Viele von Ihnen waren auf unserer Jubiläumstagung. Danke, dass Sie zum Gelingen der Feier beigetragen haben. Herr Rufer unser Präsident und Frau Walitza unsere Vizepräsidentin haben sich noch einmal Zeit genommen und einen Tagungsbericht für Sie verfasst. Wirklich spannend schauen Sie ihn unbedingt an.

Im Kindesalter können liebgewordene Rituale zum Drang werden. Das belastet nicht nur das Kind sondern auch die Familie und Freunde. Frühzeitige professionelle Hilfe für die betroffenen Familien ist wichtig. Frau Hartmann hat in «Wir Eltern» einen Artikel zu diesem verfasst, welchen wir freundlicherweise auch in unseren Newsletter übernehmen durften. Herzlichen Dank!

Zwang ist nicht gleich Zwang. Manchmal ist der Zwang hauptsächlich im Kopf zu finden. Als dritten Artikel finden Sie einen Auszug aus dem Buch «Alles nur in meinem Kopf». Dort beschreibt Ellen Mersdorf eindrücklich wie der Zwang in kurzer Zeit Besitz von ihr ergriffen hat. Es sei schon hier verraten: Fortsetzung folgt.

Immer häufiger hört man von Achtsamkeit als unterstützender Technik neben der kognitiven Verhaltenstherapie. Was genau das eigentlich ist, hat Frau Emmerich für Sie zusammengefasst. Lesen Sie den Beitrag achtsam. Und wie hat es geklappt?

Den fünften und letzten Artikel dürfen wir Ihnen erneut einen Artikel aus der Zeitschrift «Verhaltenstherapie» abdrucken. Unvollständigkeitserleben ist bei Menschen mit einer Zwangsstörung nicht selten. Dieses Erleben zu erfassen ist jedoch nicht so einfach. In diesem Fachartikel hat die Forschergruppe um Willi Ecker einen neuen Fragebogen entworfen, um genau hier Abhilfe zu schaffen.

Mit Hilfe der Autoren ist es wieder gelungen eine spannende Lektüre für Sie zusammenzustellen. Ich bedanke mich sehr herzlich!

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

Steffi Weidt

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



Bericht des Präsidenten

Liebe Mitglieder der SGZ

Das Jubiläumsjahr «20 Jahre SGZ» liegt nun schon ein paar Monate zurück, aber es sind noch immer positive Nachwirkungen spürbar. Die mehrfachen Berichte in Film und Fernsehen, unter anderem in der Sendung «Puls» im Schweizer Fernsehen am 22. Dezember 2014 zum Thema «Wenn Putzen zum Zwang wird», haben zu deutlich vermehrten Anfragen an die SGZ geführt, was darauf schliessen lässt, dass das Interesse am Thema Zwangserkrankungen in der Bevölkerung gestiegen ist. Unsere Öffentlichkeitsarbeit zeigt also Wirkung, was natürlich auch diejenigen, die für die SGZ arbeiten, sehr freut, zumal alle dies ehrenamtlich tun. Dafür möchte ich mich als Präsident wieder einmal herzlich bedanken, ohne den grossen Einsatz der Vorstandsmitglieder und allen weiteren «Helferinnen und Helfer» könnte die SGZ ihre wichtigen Aufgaben nicht erfüllen. Das gilt auch für diejenigen, die uns finanziell unterstützen, durch ihre Mitgliedschaft, Tagungsbesuche und/oder Spenden.

Herausgreifen möchte ich an dieser Stelle das enorme Engagement von Frau Jolanda Meury, der «SGZ-Sekretärin», wobei sie viel mehr als das ist. Unermüdlich unterstützt sie praktisch alle Aktivitäten der SGZ, seien es die Organisation der Tagungen, die Entgegennahme und oft auch Beantwortung der vielen schriftlichen und telefonischen Anfragen, die Homepage-Pflege, die Newsletter-Erstellung, und und und. Ab diesem Sommer wird sie sich beruflich verändern, kann dann nicht mehr für die SGZ tätig sein, was ich ausserordentlich bedauere – und ihr gleichzeitig alles Gute wünsche und mich schon einmal sehr bedanke für ihre intensive Arbeit für die SGZ (zum Glück ist sie noch ein paar Monate mit dabei ...)! Etwas was mich im Februar 2015 sehr gefreut hat war ein Schreiben des Kollegen Dr. Tazio Carlevaro aus Bellinzona. Er berichtete, dass eine Tessiner Spezialistengruppe an der italienischen Übersetzung der deutschsprachigen Broschüre der SGZ «Die heimliche Krankheit» arbeitet. Diese übersetzte Broschüre wird von der Associazione della Svizzera Italiana per I disturbi Depressivi, Ansiosi e Ossessivi Compulsivi (ASI-ADOC) herausgegeben werden. Diese kann dann zukünftig an Italienisch sprechende Interessenten abgeben werden, was natürlich ganz im Sinne der SGZ ist. Ermutigend, dass es solche Initiativen gibt!

Nun noch ein Vorausblick zum Thema Tagungen: Unsere «Schwester-Gesellschaft» in Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ), wird dieses Jahr 20 Jahre alt. Ihre Jubiläumstagung findet am 25./26.9.2015 in Prien am Chiemsee unter dem Motto «Fortschritte in der Therapie» statt. Ich werde dort sein und unter anderem auch gut zuhören, was für neue Entwicklungen diskutiert werden. Solche Tagungen sind immer auch eine gute Möglichkeit, um sich miteinander auszutauschen und Wissen weiterzugeben. Das wird dann auch wieder auf unserer traditionell am ersten Dezemberwochenende (5./6.12.2015) in UniversitätsSpital Zürich stattfindenden SGZ-Jahrestagung möglich sein. Erste spannende Programmpunkte stehen schon fest, auf der Homepage www.zwaenge.ch können Sie über den aktuellen Stand der Planungen informieren. Die Anmeldung wird ab Anfang September möglich sein.

Herzliche Grüsse,



Michael Rufer
Präsident der SGZ



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

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ)

Michael Rufer, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsspital Zürich, Universität Zürich

Susanne Walitza, Vize-Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen, Kinder- und
Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Universitätsklinik, Universität Zürich

Abgedruckt in: Verhaltenstherapie 2015;25

20 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen: Bericht zur Jubiläumstagung

Wer vor 50 Jahren an einer Zwangserkrankung litt, galt als unheilbar. Die Betroffenen blieben mit ihrem Leiden und den oft ausgeprägten Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich allein; es gab keine wirksame Therapie. Meistens wussten weder die Betroffenen noch ihre Angehörigen, dass es sich um eine häufig auftretende Erkrankung handelt. Daher wurden die Symptome möglichst verheimlicht, aus Gründen der Scham und wegen der Angst, von anderen für «verrückt» erklärt zu werden. Heute können Zwangserkrankungen zumeist erfolgreich mit Therapieverfahren behandelt werden, deren Wirksamkeit eindeutig nachgewiesen wurde. Das Wissen über die psychologischen, biologischen und sozialen Zusammenhänge hat enorm zugenommen. Sowohl Fachleute als auch Betroffene und Angehörige können sich auf verschiedenen Wegen über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ) trägt seit 20 Jahren aktiv zu dieser Entwicklung bei. Entsprechend stand die Jubiläumstagung, die vom 6. bis 7. Dezember 2014 in Zürich stattfand, unter dem Motto «Zwangserkrankungen im Zeitverlauf». Sie fand in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich sowie dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich (Universitätsklinik) statt. Diese seit mehreren Jahren bestehende enge Zusammenarbeit zwischen der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfasst den Verlauf der Erkrankung über die Lebensspanne hinweg und ermöglicht ein anregendes von- und miteinander Lernen.

Im ersten Teil der Tagung lag der Fokus auf dem Verlauf der Erkrankung, im zweiten Teil auf der Entwicklung der therapeutischen Ansätze, von den 1960er Jahren bis zu ganz aktuellen Konzepten. Eröffnet wurde die Tagung durch den Vortrag von Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Christoph Steinhausen, Gründungsmitglied der SGZ und ehemaliger ärztlicher Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich (Universitätsklinik). Als Leiter an der Forschungseinheit für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Aalborg in Dänemark hat er die Möglichkeit, die im Dänischen Psychiatrischen Zentralen Forschungsregister erfassten Daten für Familienstudien mit Angehörigen aus mehreren Generationen zu nutzen. Prof. Steinhausen berichtete über die Ergebnisse einer nationalen Studie in Dänemark, in welcher das Vorkommen von Zwangsstörungen und anderer psychischer Störungen in 3 Generationen untersucht wurde. Mit dieser bisher größten und repräsentativen Familienstudie konnten die familiäre Häufung von Zwangsstörungen und die Bedeutung weiterer Risikofaktoren nachgewiesen werden. Es wurde untersucht, wie häufig Zwangsstörungen in den Familien von betroffenen Patienten (N = 2057) mit Erkrankungsbeginn ab der Kindheit bis zum Alter von 40 Jahren im Vergleich zu Familien von Kontrollpersonen (N = 6055) vorkommen, die bis zum Alter von 18 Jahren keine psychische Störung entwickelt hatten. Die beiden Gruppen der Patienten und der Kontrollpersonen waren hinsichtlich Alter, Geschlecht und geographischer Region parallelisiert. Zwangsstörungen traten in den Familien von Patienten mit Zwangsstörungen häufiger auf als in den Kontrollfamilien. Risikofaktoren für die Manifestation einer Zwangsstörung bei den Patienten waren eine Zwangsstörung beim Vater, bei der Mutter, bei einem Geschwister oder einem eigenen Kind. Weitere Risikofaktoren waren mütterliches Alter über 35 Jahre, tendenziell männliches Geschlecht und fortschreitendes Patientenalter. Ferner erhöhte sich das Erkrankungsrisiko bei den Patienten, wenn Familienmitglieder eine Zwangsstörung, eine Tic-Störung oder eine affektive Störung hatten.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jules Angst, ehemaliger Forschungsdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, diskutierte in seinem Referat Daten zur Erstmanifestation, dem Verlauf und den Korrelaten der Remission bei Zwangsstörungen vom 20. bis zum 50. Lebensjahr. Die Resultate stammen aus seiner berühmten Zürich-Studie, eine der wenigen longitudinalen Studien in der psychiatrischen Epidemiologie. In der Zürcher Bevölkerung fanden sich folgende Prävalenzen: Zwangsstörungen diagnostiziert nach DSM-IV 3.5%, nach DSM-5 hingegen 7.8%; Zwangssyndrome 9.7% nach DSM-IV und 6.7% nach DSM-5; und Zwangssymptome 11.2% nach DSM-IV und 9.9% nach DSM-5. Männer und Frauen waren gleich häufig betroffen. Retrospektiv hatten sich Zwangsstörungen frühestens im 10. Lebensjahr und in zwei Drittel der Erkrankungen bis zum 22. Altersjahr entwickelt. Komorbidität, insbesondere mit Angsterkrankungen, bipolaren Störungen und Alkoholabusus, erhöhte das Leiden und die sozialen Folgen. Etwa 60% der Zwangsstörungen und Zwangssyndrome remittierten in der vorliegenden Untersuchung überraschenderweise bis zum 50. Lebensjahr. Die Komorbidität mit Angsterkrankungen reduzierte die Heilungsaussichten. Behandelt wurden vor allem die schwereren Zwangserkrankungen mit schlechterer Prognose.

Über die Entwicklung der medikamentösen Therapie für Zwangserkrankungen sprach Prof. Dr. med. Waldemar Greil, ebenfalls Gründungsmitglied der SGZ und ehemaliger ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg. Auf der Basis des psychoanalytischen Konzepts der Zwangsneurose (nach Sigmund Freud, 1894) wurde die Erkrankung lange Zeit fast ausschließlich mit Psychotherapie behandelt. Ein Bericht von Fernandez-Cordoba und Lopez-Ibor aus Jahre 1967 über die Wirksamkeit des Antidepressivums Clomipramin (Anafranil®) führte zu Untersuchungen über die biologischen Grundlagen und zum Konzept der Zwangsstörung. Heute wird eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit serotonergen Antidepressiva (Clomipramin, SSRI) oder eine alleinige kognitive Verhaltenstherapie empfohlen (siehe beispielsweise Behandlungsempfehlungen der SGZ 2013 und S3-Leitlinie der DGPPN 2013). Das tatsächliche Verschreibungsverhalten bei der Pharmakotherapie von Zwangsstörungen wurde aus den Daten des Projektes AMSP (Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie) für die Jahre 1994–2012 ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass man sich in den Kliniken in Deutschland, Österreich und in der Schweiz nur teilweise an die Empfehlungen hält, was auch die Frage der Praxistauglichkeit von Behandlungsrichtlinien aufwirft.

Im abschließenden Beitrag von Dr. med. Christine Poppe, Chefärztin Psychotherapie, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Sanatorium Kilchberg, standen die Entwicklungen in der Psychotherapie von den 1960er Jahren bis heute im Zentrum. Ein erstes lerntheoretisches Modell orientierte sich an dem 2-Faktoren-Modell nach Mowrer und diente als theoretische Grundlage bei der Einführung der Konfrontationstherapie. Zur Erklärung des Phänomens der Zwangsgedanken hat sich das kognitiv-behaviorale Modell von Salkovskis bewährt, das Zwangssymptome mit einer katastrophisierenden Fehlbewertung von an und für sich normalen aufdringlichen Gedanken des Bewusstseinsstroms erklärt. Expositionstraining und kognitive Techniken zielen darauf ab, eine weniger bedrohliche Sicht der angstausslösenden Situationen und adaptive Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz gilt mittlerweile als die am besten untersuchte störungsspezifische Therapie bei Zwangserkrankungen. Er liegt psychoedukativen und Selbsthilfensätzen sowie modernen internetbasierten Therapieverfahren zugrunde und wurde für bestimmte Subtypen wie Zwangsgedanken, Sammeln und Horten sowie Unvollständigkeitsgefühle weiter differenziert. In der heutigen therapeutischen Praxis wird dieser Ansatz durch die Betrachtung der interpersonellen und intrapsychischen Funktionalitäten von Zwangserkrankungen erweitert. Dabei spielen der Erwerb von Kompetenzen, die Integration von schematherapeutischen Ansätzen mit Blick auf das zunehmende Bewusstsein von frühen Traumatisierungen, die spezifische Gestaltung der Therapiebeziehung und der Einbezug der systemischen Perspektive eine Rolle. In den letzten Jahren sind zunehmend Metakognitionen in den Fokus gelangt: Basierend auf dem Self-Regulatory-Executive-Function-Modell von Wells wird weniger dem Inhalt der Gedanken als vielmehr der Art des Denkens eine Bedeutung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen beigemessen. Neu kommen achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Behandlung von Zwangserkrankungen zur Anwendung. Diese fördern die bewertungsfreie Wahrnehmung von inneren und äußeren Empfindungen und sollen dazu verhelfen, automatisierte Reiz-Reaktionsketten zu unterbrechen, um Handlungsspielräume zu erweitern. Prinzipien der Achtsamkeit finden auch Verwendung in der Akzeptanz- und Commitment-Therapie nach Steven Hayes, die auf dem philosophischen Konzept des funktionalen Kontextualismus und der Bezugsrahmentheorie basiert. Ein wichtiges Ziel ist dabei, jegliche auch unangenehme Gefühle anzunehmen und gleichzeitig engagiert auf die selbstbestimmten Werte und Ziele hin zu handeln. All diesen Therapieansätzen gemein ist das Bestreben, der emotionalen Vermeidung entgegenzutreten und einen aktiveren Lebensstil zu entwickeln.

Zum Erfolg der Jubiläumstagung, an der rund 400 Experten, Betroffene und Angehörige teilnahmen, trug auch das Theaterprojekt SWING bei. SWING steht für Klang, Rhythmus, Lebendigkeit und Geschichten. Unter der Regie der

Schauspielerinnen Nina Hesse Bernhard setzten sich Kennerinnen und Kenner von Zwängen (Betroffene, Angehörige und therapeutisch Tätige) auf eine spielerische Art und Weise mit dem Thema Zwänge auseinander, experimentierten mit Stimme, Körper und Texten. Die Spielenden loteten den Raum zwischen eigenen Fantasien und konkreten Begebenheiten aus und ließen den Zuschauer im Ungewissen, was erfunden ist und was auf biografischen Elementen beruht. Der Beitrag erhielt großen Beifall, und die Zuschauer waren berührt und begeistert zugleich. Schließlich fand ein Kurzspielfilm zum Thema Zwänge mit anschließender Diskussion mit der Drehbuchautorin Nalan Ipek und der Regisseurin Karin Vogel großen Anklang. Der Film, der den Titel «Die Hose» trägt, zeigt eindrücklich, wie die 9-jährige Nora mit ihrer an einer Zwangsstörung leidenden Mutter zusammenlebt. In der Schule trifft die harte Struktur, die Nora von ihrer Mutter übernommen hat, auf das ganz normale Alltagsleben der anderen Kinder. Natürlich wird sie wegen ihres seltsam anmutenden Verhaltens von einigen Kindern gehänselt, trotzdem hat sie Freundschaften geschlossen. Doch die Parallelwelten Zuhause/Schule krachen aufeinander: Bei der letzten Tanzprobe vor der Schulaufführung verletzt sich eine der Tänzerinnen. Nora möchte unbedingt an ihrer Stelle mittanzen, sonst kann ihre beste Freundin Clara auch nicht mittanzen. Doch die Mutter, getrieben von ihren Ängsten, verbietet es ihr. Nora steht vor der Aufgabe, sich mit den Ängsten ihrer Mutter, aber auch den eigenen offen auseinandersetzen zu müssen. Mit der Unterstützung ihrer besten Freundin stellt Nora langsam aber immer stärker ihr Familiensystem in Frage. Der Film kam bei den Tagungsteilnehmern sehr gut an und es wurde vorgeschlagen, diesen auch bei anderen Anlässen zu zeigen.

Ich kann nicht anders

Erkrankt das Kind an einer Zwangsstörung, leidet auch die Familie.
Wut, Verzweiflung und Erschöpfung dominieren den Alltag.

Text Evelin Hartmann

Vorsichtig setzt Kai* einen Fuss vor den anderen. Die Arme hält er dabei ausgebreitet, den Blick gesenkt. Während die anderen Kinder an ihm vorbeirennen, lachen, hüpfen, geht er den ganzen Weg zur Schule auf Zehenspitzen. Kai hat Angst vor Pilzen, sie unter seinem Schritt zu zerquetschen. Dass Juni ist, dass zu dieser Jahreszeit gar keine Pilze am Wegesrand wachsen, weiss der Elfjährige. Eigentlich. Aber es könnte ja sein.

Es könnte sein, dass er irgendwo eine Wunde hat. Durch die offene Stelle könnten Bakterien eintreten. Dann würde er eine Blutvergiftung bekommen und am Ende – sterben.

Rund zwei Prozent aller Kinder hierzulande leiden unter einer Zwangsstörung, der psychischen Krankheit, bei der sich den Betroffenen immer wieder unangenehme Gedanken, Handlungsimpulse oder Handlungen aufdrängen. Kai ist einer von ihnen.

Kinder wie er haben Angst, dass einem Familienmitglied oder ihnen selbst etwas

zustösst, ein Feuer ausbricht, sie sich mit Bakterien infizieren, zwanghafte Gedanken, die sie ans Haus binden, ans Badezimmer, wo sie sich immer wieder und wieder die Hände waschen, bis die Haut aufreisst, blutet. Andere können erst anfangen zu essen, wenn die Gabel exakt im rechten Winkel zur Tischkante ausgerichtet liegt oder sie ziehen sich 10, 20, 30 Mal hintereinander aus und wieder an, bis die Strümpfe exakt gleich sitzen. «Ob Wasch-, Symmetrie- oder Kontrollzwänge, eines haben diese Störungen



Waschzwang: «Mama, da ist überall so viel Schmutz.»

gemeinsam: Die Handlungen bereiten den Kindern grosse Qualen, aber sie können nicht anders, als sie immer wieder auszuführen», erklärt Susanne Walitza die Paradoxie dieser Krankheit. Die Ärztliche Direktorin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) des Kantons Zürich behandelt Kinder mit Zwangsstörungen. Ihre jüngsten Patienten sind etwa vier Jahre alt, früher lasse sich diese Krankheit kaum diagnostizieren, so die Expertin.

Keine Frage, Kinder brauchen Wiederholungen und Rituale, um die Welt zu verstehen, sich in ihr zurechtzufinden. Aber was lässt eine lieb gewonnene Zeremonie zum Drang werden? Den allabendlichen, beruhigenden Blick unters Bett zur Qual? Was auffällt: Betroffene Kinder haben oftmals betroffene Eltern. «Allerdings ist es nicht eindeutig zu benennen, ob das gestörte Verhalten nun von Vater oder Mutter geerbt oder gelernt wurde», gibt die Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bedenken. Sicher ist allerdings, dass es neben der Veranlagung noch den berühmten Tropfen braucht, der das Fass zum Überlaufen bringt. Susanne Walitza: «Umbruchsitua-

tionen wie der Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule sind immer Risikophasen, in denen sich bestimmte Veranlagungen besonders deutlich zeigen.»

Vermeintliches Ventil

Maike Hauser* steht am Fenster und schaut ihren beiden Kindern beim Spielen zu. «Lina und Kai so unbeschwert im Garten, das hätte es noch vor einem Jahr nicht gegeben», erinnert sich die 40-Jährige. «Es gab Tage, da hat sich Kai nur im Haus versteckt, so sehr hat er sich gequält.» Der Junge ist fünf, als seine Mutter zum ersten Mal bemerkt, dass etwas nicht stimmt. Damals haben sich seine Eltern getrennt. Im August kommt er in den Kindergarten, im Oktober zieht der Vater aus.

«Mami, bist du auch sicher zu Hause, wenn ich gleich komme?» Seine Stimme ist fein, leise. Er ruft jeden Mittag vom Kindergarten aus an, sonst kann er nicht losgehen. Zu gross die Angst, verlassen zu werden, allein zurückzubleiben. Zu Hause lässt Kai seine Mutter nicht mehr aus den Augen, folgt ihr in die Waschküche, in den Garten, auf die Toilette. «Er musste immer kontrol-

lieren, ob es mir gut geht, ich noch da bin», erzählt Maike Hauser und greift sich an den Hals, dort wo die Enge sass nach der Trennung, zu jener Zeit, in der sie sich selbst freischwimmen musste, neu orientieren mit zwei kleinen Kindern. «Kai hat mir keine Luft dafür gelassen.» Monatelang geht das so, bis die Kinderärztin Kai zu einer Psychologin überweist. Danach wird es besser. Erst einmal.

«Pfuh, pfuh, pfuh.»

«Kai, was machst du da?»

«Ich blase den Schmutz weg.»

Kai hockt auf dem Boden, wischt hektisch mit einem Lappen über das helle Parkett. Immer wieder und wieder.

Er ist sieben, als seine Eltern die Diagnose bekommen: Kai leidet an einer Zwangserkrankung. Eine Nachricht, mit der Maike Hauser nicht viel anfangen kann. «Über ADHS hört man einiges, aber über Zwänge?» Sie liest viel, spricht mit Psychologen, erfährt, dass es Kai immer um die Angst vor Einsamkeit, Erkranken und letztendlich um den eigenen Tod geht. Sie versteht, wie sehr er unter Druck steht. Die Zwänge sind sein vermeintliches Ventil, sein Regulativ, mit

dessen Hilfe der Dampf entweicht – für eine kurze Zeit Erleichterung. «Pfuuh, pfuh.» Pusten, wischen.

Meist harmloser Beginn

Fragt man Susanne Walitza, erfährt man, dass vom Beginn einer Zwangsstörung bis zur ersten Sitzung beim Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinderpsychologen durchschnittlich zwei Jahre vergehen. Sie steht in ihrem Büro in Zürich, schön gelegen in einer alten Villa, in der auch das Zentrum der Spezialambulanz für Zwänge im Kindes- und Jugendalter untergebracht ist. Nur wenige Strassen weiter hat ihre Mitarbeiterin Veronika Brezinka ihr Büro, in einer Nebenstelle des KJPD. Hier behandelt die Psychologin und Verhaltenstherapeutin Kinder wie Kai und hat dafür das therapeutische Computerspiel «Ricky und die Spinne» entwickelt.

Gebannt schaut das Mädchen auf den Bildschirm, sieht wie der Grashüpfer Ricky und der Marienkäfer Lisa vor Aufregung auf- und abspringen. Die Siebenjährige lacht. «Willst du uns helfen?», fragt Ricky. Das Mädchen nickt. Die beiden Insekten brauchen eine Verbündete gegen den Zwang, symbolisiert durch eine Spinne, die ihnen immer absurdere Aufgaben stellt. Das Ziel des Spiels: Zusammen mit Ricky und Lisa sollen die kleinen Patienten lernen, sich über den Zwang lustig zu machen und sich so von ihm zu distanzieren. «Die Kinder sind erleichtert, wenn sie während des Spiels merken, dass sie nicht die einzigen mit einer solchen Problematik sind», berichtet Veronika Brezinka aus ihrer Therapiepraxis. Aber wer sein Problem versteht, kann es in seinem Alltag nicht zwangsläufig lösen. Deshalb ist das Spiel nur ein Baustein der Behandlung – neben Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie, in denen Kinder schrittweise lernen sollen, dem Zwang nicht nachzugeben. Und bei Kindern, die sich sehr stark ängstigen, kann eine zusätzliche Medikamentengabe Sinn machen, so die Expertin.

Dabei fängt es meist harmlos an. Aus fünf Minuten Duschen werden zehn Minuten, dann eine Viertelstunde, eine halbe Stunde. Veronika Brezinka: «Irgendwann sind diese Kinder so sehr mit ihren Zwängen beschäf-

tigt, dass sie zum Teil nicht mehr in den Kindergarten oder zur Schule gehen können.»

Auch bei Kai wurde es mit den Jahren immer schlimmer.

«Mami, ich kann das nicht essen, der Teller ist dreckig.»

«Mami, ich kann nicht aus dem Glas trinken, es splittert!» Immer wieder läuft Maïke Hauser vom Esszimmer in die Küche, tauscht Messer, Gabeln, Gläser aus, schrubbt Teller, auf denen kein Krümel zu sehen ist.

«Natürlich wusste ich, dass ich es damit nicht besser mache, den Zwang womöglich nur verstärke, aber was soll man als Mutter machen, wenn das Kind nicht isst, nichts mehr essen kann aus Angst zu ersticken?»

«Mami, ich habe so grossen Hunger, warum hilft mir keiner?»

Auf Anraten der Kinderärztin versucht Maïke Hauser einen Termin beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst ihres Kantons zu vereinbaren, muss Formulare ausfüllen, geduldig sein, die Nachfrage ist gross.

Kai hält das jetzt aus

Sechs Wochen Teller austauschen, halbvolle Joghurtbecher wegschmeissen, Gipfeli anbeissen, ausspucken, im Wohnzimmer sitzen, sich nicht mehr raustraufen, dorthin, wo Pilze wachsen, Spinnen und Ameisen lauern.

Verzweiflung, Erschöpfung, Wut sind die Gefühle, die ihre Tage dominieren, dann wird Kai untersucht. Er bekommt Zolofit verschrieben, ein Antidepressivum, das in die Gruppe der selektiven Wiederaufnahmehemmer gehört.

«Ausserdem müssen wir Kai stationär behandeln, Frau Hauser.»

«Das geht nicht, er hat so grosse Trennungsangst, das kann ich ihm nicht antun!» Die Ärztin erklärt der Mutter, dass es sein muss, dass sich Zwänge hauptsächlich zu Hause zeigen, in der vertrauten Umgebung, dass sie sein Zuhause verlagern müssen, in die Klinik, um die Zwänge auch dort behandeln zu können.

Zwölf Wochen sind geplant. Verhaltenstherapie, Mal- und Bewegungstherapie, Schulunterricht. Letztendlich ist er viereinhalb Monate dort.

Eltern, die so etwas durchmachen, fragen sich oft, ob sie etwas falsch gemacht haben.

«Wir können sie beruhigen, es gibt keine Studie, die belegt, dass beispielsweise eine zu rigide Erziehung zu einer Zwangsstörung führt», erklärt Susanne Walitza. Wichtig sei es aber, sein Kind zu beobachten: Bittet es voller Freude, die Gutenachtgeschichte zum fünften Mal vorzulesen oder aus einer Qual heraus? Und dann nicht lange zu zögern, Hilfe anzunehmen. Denn die gute Nachricht lautet: Je früher das Kind behandelt wird, desto besser ist die Prognose – in den meisten Fällen, die Zwänge auf ein Mass zu reduzieren, mit dem sich gut leben lässt.

Heute kann Kai wieder gut leben – im Garten spielen, freudig zur Schule laufen. Wer bei der Familie zum Essen eingeladen ist, sieht, wie schnell der schmale, blonde Junge seine Portion herunterschlingt. Der heute Zwölfjährige macht das aus Angst, der Zwang könnte zurückkommen. Manchmal tut er das noch. Aber Kai hält das aus. «Spannend wird es, wenn Kai in die Pubertät kommt, dann verändert sich ja wieder einiges. Aber das schaffen wir schon», sagt seine Mutter und zwinkert ihm zu.

* Namen geändert

Hilfe für betroffene Kinder und ihre Eltern:

- ◆ Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste der Kantone, wie Zürich, www.kjpd.zh.ch; St. Gallen, www.kjpd-sg.ch oder Schwyz, www.kjpd-sz.ch
- ◆ Die Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen und Tic-Störungen des KJPD Zürich, Anmeldungen via Sekretariat Poliklinik ZKJP, Neumünsterallee 3, 8032 Zürich, Telefon: 043 499 26 26
- ◆ Die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ), www.zwaenge.ch
- ◆ Selbsthilfegruppen, zum Beispiel vermittelt über www.selbsthilfecenter.ch
- ◆ Buchtipp: Michael Rufer, Susanne Fricke: «Der Zwang in meiner Nähe, Rat und Hilfe für Angehörige von zwangskranken Menschen»

Auszug aus «Alles nur in meinem Kopf. Leben mit Obsessionen und Zwangsgedanken.»

Von Ellen Mersdorf (Pseudonym).

Ich heisse nicht Ellen Mersdorf. Ansonsten ist alles wahr. Leider. Meine Geschichte beginnt vor zehn Jahren. Damals wurde ich so krank, dass ich nicht mehr leben wollte. Durch einen glücklichen Zufall bekam mein Leiden irgendwann einen Namen. Ich habe eine Zwangsstörung. Lassen Sie es mich gleich sagen: Ich wasche mir die Hände nur, wenn sie dreckig sind. Ich kontrolliere keine Schlösser, bin weder sonderlich ordentlich noch horte ich Dinge. Ich gehöre zu den Zwangspatienten, deren Zwangshandlungen verdeckt stattfinden. Ich zitiere den Text eines Liedes von Andreas Bourani: «Das ist alles nur in meinem Kopf.» Das macht es keinesfalls leichter. Im Gegenteil. Manchmal wünschte ich, ich könnte putzen, ordnen und Herdplatten an – und ausschalten, um die grosse Angst in mir zu neutralisieren. (...)

Ich weiss bis heute nicht, warum es mir passiert ist. Denn eigentlich war mein Leben gut. Zumindest sah es von aussen gut aus. Ich kam aus dem richtigen Elternhaus, hatte gerade erfolgreich ein Studium abgeschlossen, lebte mit meinem Freund zusammen – kurz, ich war ein Erfolgsmodell. «Unsere Kinder funktionieren», erzählten meine Mutter und mein Vater immer stolz. Es waren immer die Töchter und Söhne anderer Leute, die Drogen nahmen, ihr Studium abbrachen oder Autos zu Schrott fahren. Manchmal hat eine scheinbar perfekte Fassade aber schon lange Haarrisse, bevor sie einstürzt. Im Nachhinein fallen mir tausend Momente ein, die belegen, dass eben nicht alles in Ordnung war. Es gab Phasen, in denen ich von massiven Ängsten geplagt wurde, es gab Phasen, in denen ich kaum Schlaf finden konnte. Am schlimmsten war es kurz vor den Abschlussprüfungen an der Uni. Der Rücken schmerzte, die Stirn pochte, ich hatte Panik, zu versagen. Als die letzte Klausur geschrieben war, kehrte für wenige Wochen Ruhe ein. Eigentlich hätte ich mich nun zurücklehnen können. Eigentlich hätte ich endlich leben können.

Doch dann griff mich ein «Ohrwurm» an. Ich rede von diesen kleinen, länglichen Insekten mit der ausgeprägten Zange am Hinterleib. Als ich noch sehr klein war, erzählte mir jemand, diese Tiere würden ahnungslosen Schlafenden ins Ohr kriechen und sich dort verbeissen. Im Laufe der Jahre verblasste

die Erinnerung. Irgendwann hielt ich die Geschichte nur noch für ein Ammenmärchen. Bis zu jener Herbstnacht. Während ich einschlief, lauerte das Insekt unter meinem Kopfkissen. Als ich von etwas Schönerem träumte, griff es an. Es kroch in meinen Gehörgang und bohrte sich durch mein Trommelfell. Es tat nicht weh. Dann schaukelte der Ohrwurm kurz an Hammer, Amboss und Steigbügel, um anschliessend in mein Innenohr zu krabbeln. Von dort aus nagte er sich durch meinen Schädelknochen und nistete sich in meinem Gehirn ein. Ja, so muss es gewesen sein, denn von da an wurde alles anders.

Am folgenden Tag sass ich mit meinem Freund Ben auf dem Parkett unserer Altbauwohnung, er im Schneidersitz, ich auf den Knien. Ich rang mit den Worten. Es gab einen Gedanken, der mich quälte. Ich wusste das damals noch nicht, aber das Tier hatte ihn mir ins Gehirn gepflanzt. Natürlich ahnte ich davon nichts. Ich kannte höchstens diese akustischen Ohrwürmer. Wenn mir ein Lied gefiel und ich es einen Tick zu oft hörte, verfolgte es mich tagelang. Morgens, mittags und abends «Life is a mystery, everyone must stand alone, I hear you call my name and it feels like ho-home.» Madonna nervte, aber sie tat mir nicht weh. Es war nur ein Lied. Ein Lied, das ich getrost ignorieren und hoffentlich bald vergessen konnte. Damals, auf dem Wohnzimmerboden, war es anders. Dieser Ohrwurm war viel aggressiver. Er hatte mir keinen Popsong, sondern eine Frage in mein Gefühlszentrum geschleust. Sie ging ungefähr so: Was wäre, wenn ich Ben nicht mehr lieben würde? Folgerichtig müsste ich ihn dann verlassen, oder? Ein zugegebenermassen banaler Gedanke. Ich schätze, das fragt sich jeder, der in einer Beziehung lebt, gelegentlich. In mir löste die Frage aber eine Kettenreaktion aus. Nach meiner Logik musste an dem Gedanken wohl etwas dran sein. Warum sonst sollte ich ihn denken? Er tauchte immer wieder auf und wurde von Mal zu Mal stärker. Wieso konnte ich den Lautstärkeregel nicht finden? Ich bin ein sehr ehrlicher Mensch und kann Dinge kaum mit mir selbst ausmachen. Es ist ein bisschen wie bei einem Kind, das seine Kümernisse teilen muss. Dieser Gedanke musste heraus, denn ich fühlte mich schuldig. Deswegen erzählte ich meinem Partner davon. Ich sagte «Ich glaube, ich muss dich verlassen.» Ben sah mich verständnislos an. Ich schob nach: «Ich fürchte, dich nicht mehr zu lieben.» Es war passiert. Der Gedanke hatte meinen Kopf

verlassen und war in der Welt. Nun wurde er noch ein Stück realer. Ben merkte, dass es mir ernst war. Ich zitterte am ganzen Leib, weinte wie ich noch nie zuvor geweint hatte. Ich wiederholte meine Befürchtung immer und immer wieder: «Ich glaube, ich muss dich verlassen! Ich bin mir fast sicher.»

Dieser Gedanke war aus meinem Kopf gekommen. Es musste also etwas Wahres daran sein, sonst hätte ich das doch nicht gedacht. Konnte es sein, dass mir mein Unterbewusstsein eine Botschaft schickte? War das der Notausgang aus einer Beziehung, deren Scheitern ich mir nicht eingestanden hatte? Mir kamen viele kleine «Probleme» in den Sinn. Hatten sich die Krümel in der Butter oder die Barthaare im Waschbecken so aufgetürmt, dass wegen dieser Banalitäten meine Liebe gestorben war? Der Gedanke an das mögliche Beziehungsende liess sich nicht vertreiben. Er hämmerte staccatoartig durch meine Hirnwindungen. Es fühlte sich an wie bei einem Gewitter. Dauernd donnerte es in meinem Kopf. Und ich zuckte jedes Mal aufs Neue zusammen. Ich grübelte. Hatte ich mich vielleicht in einen anderen Mann verliebt? Hatte ich nicht. Ich war mir aber nicht sicher. Ich ging alle Männer, mit denen ich in den letzten Wochen gesprochen hatte, in Gedanken durch. Vielleicht hatte ich mich verliebt, ohne es zu merken. War ich unbewusst fremdgegangen? War das überhaupt möglich? Wieso liess sich der Impuls, mich zu trennen, nicht unterdrücken? Konnte es sein, dass ich meinen Freund nicht mehr genug liebte? Wann war Liebe genug? Hatte ich ihn jemals genug geliebt? Wie sollte es nun weitergehen? Warum geschah das mit mir?

Ich bin ein Kopfmensch. Ich kann logisch denken, gut abstrahieren, mich in andere Positionen hineinversetzen. Mein Geist war immer mein Kapital. Wenn andere oberflächlich oder impulsiv reagierten, dachte ich nach. Wenn andere scheiterten, löste ich das Problem. Doch nun liess mich mein Gehirn im Stich. Schlimmer noch, es verhöhnte mich, denn es schickte mir diese Gedanken, die so unlogisch waren. Wieso hatte ich diese Ideen? Woher kam der Impuls, das, was mir am liebsten war, zu zerstören? Waren wir so unglücklich gewesen? Ich drehte mich immer schneller im Kreis. Die Antwort musste um die nächste Windung liegen. Bestimmt. Vielleicht würden die nächsten Tage mehr Klarheit bringen, vielleicht würde sich das von mir angerich-

tete Beziehungschaos in Luft auflösen. Schliesslich war morgen ein neuer Tag. Und dann kam übermorgen. Und überübermorgen. Was für eine kindliche Vorstellung, zu hoffen, dass nach einer Nacht Schlaf alles besser wird. Es wurde nicht besser. Ich war auf einer Wendeltreppe und lief bergab. Die kommenden Tage bestanden aus unendlichen Grübeleien und den panischen Versuchen, wieder Ordnung in mein Denken zu bringen. Es gab immer wieder Momente, in denen ich glaubte, das Rätsel gelöst zu haben. Dann konnte ich einen Augenblick durchatmen. Wenn ich Ben ansah, kam das wichtigste aller Gefühle unvermittelt an: Ich liebte diesen Mann sehr, das war doch sonnenklar. Doch das Insekt war gnadenlos. Es kniff immer dann zu, wenn ich mich gerade beruhigt hatte.

Wenn sich jemand mit einem Hirnwurm infiziert hat, passiert etwas Schreckliches: Der Parasit drückt auf all die Drüsen im Gehirn, die für die Bereiche Angst und Schrecken zuständig sind. Die Befallenen schwimmen förmlich in ihrem eigenen Adrenalin und sind wie gelähmt. Um zu verstehen, warum das passiert, hilft ein Blick ins Tierreich. Wenn die Gazelle durch die Savanne läuft und einen hungrigen Löwen trifft, hat sie zwei Möglichkeiten: Sie kann kämpfen (nicht sehr klug, aber durchaus mutig) oder sie kann um ihr Leben rennen. Angreifen oder abhauen, das sind die Optionen der Gazelle. Interessanterweise werden in beiden Fällen die Stresshormone, die durch die plötzliche Bedrohung in ihrem Organismus ausgeschüttet wurden, abgebaut. Wer nach einem anstrengenden Arbeitstag auf einen Sandsack eindrischt oder kilometerweit joggt, kennt den Effekt. Stresshormone sind wichtig, um uns auf das, was kommen mag, vorzubereiten. Sie sind aber auch dazu konzipiert, wieder aus unseren Adern zu verschwinden. Ein Leben unter Dauerstrom ist kaum auszuhalten. Leider gibt es neben Kämpfen und Abhauen noch eine dritte Option, wie ein Lebewesen auf eine Gefahr reagieren kann: Es stellt sich tot. Im Fall der Gazelle wäre das mit Sicherheit die schlechteste aller Varianten. Während sie gefressen wird, hat sie die eigene Angst im Würgegriff und beschert ihr somit den fürchterlichsten aller denkbaren Tode.

Menschen, in deren Gefühlszentrum ein Ohrwurm haust, neigen genau zu jenem Verhalten. Sie erstarren. Wie soll man auch gegen einen Feind kämpfen, der im eigenen Kopf lebt? Wie soll man vor einer

Bedrohung weglaufen, wenn das Denken nie aufhört? Das ist das grösste Problem mit diesen Parasiten: Die Angst, die sie streuen, wird nie abgebaut und wächst innerhalb kurzer Zeit ins Unermessliche. Es gibt kein Innehalten, kein Durchatmen. Die Stresshormone fallen nie auf Normalniveau ab. Das angefressene Gehirn hat keine Möglichkeit, in Ruhe zu prüfen, ob die ganze Angst realistisch ist, ob das, was ihm der Ohrwurm einflüstert, überhaupt Sinn ergibt. Wer sich infiziert hat, der ist dazu verurteilt, sich tot zu stellen.

Ich konnte nicht mehr essen, ich konnte nicht mehr trinken, ich war einfach nur noch. Die Verweigerung der Nahrung war meine Art, der Welt zu sagen: Der Löwe steht direkt vor mir, und ich bin gelähmt. Ich weinte alle Tränen dieser Welt, während sich mein Denken im Kreis drehte. Der Ohrwurm wütete ohne Pause. Wenn mein Bewusstsein für einen Augenblick an etwas anderes dachte, hatte ich ein unterschwelliges Gefühl, etwas Wichtiges vergessen zu haben. Dann durchforstete ich meine Erinnerungen, bis mir wieder einfiel, warum ich so unendlich traurig war. Es war so, als hätte jemand den schlimmen Gedanken mit einem dieser Schwimmer versehen, wie er von Anglern benutzt wird. Er tauchte nie ab, sondern trieb weiter an der Oberfläche. Es kam zu einem emotionalen Kurzschluss in meinem Gehirn. Meine Sorge musste real sein. Warum sonst sollte sie immer wiederkehren? Kann es sein, dass ich meinen Partner nicht mehr liebe? Müsste ich ihn dann nicht verlassen? Manchmal kapitulierte ich. Dann glaubte ich den Einflüsterungen des Parasiten. Ich ergab mich, hielt dem Löwen meine Kehle hin. Kleine Kinder schliessen ihre Augen und summen vor sich hin, wenn sie das, was sie befürchten, nicht ausblenden können. Ich konnte mein Denken nicht abstellen. Mit Fortschreiten der Krankheit glaubte ich, verrückt zu werden. Und doch waren das immer meine Gedanken, die mein Gehirn produzierte. Manchmal sehnte ich mich nach einer Halluzination, um endlich einen Beweis dafür zu haben, dass ich keine Schuld an dem ganzen Schlamassel in meinem Kopf hatte.

Mein Alltag wurde zum Spiessrutenlauf. Das Grübeln wurde jedes Mal aufs Neue angestossen, wenn ich Zeit mit meinem Freund verbrachte. Ich war innerlich zerrissen, wollte vor ihm weglaufen, um

der Angst zu entkommen. Gleichzeitig wollte ich mich an ihn schmiegen, mich trösten lassen, mich von seiner Liebe heilen lassen. Ich wurde immer schneller, mein Versuch, der vermeintlichen Bedrohung zu entkommen, wurde immer aussichtsloser. Wenn ich Ben sah, musste ich meine Gefühle überprüfen. Der Ohrwurm nagte. Ich zweifelte und war verzweifelt. Jede Idee, die mir zu dem Thema durch den Kopf ging, war wichtig. Ben merkte schnell, welche tragische Rolle er in meinem ganz persönlichen Drama spielte. Obwohl ich heute weiss, dass er zu dem Zeitpunkt noch keine Ahnung von dem Krankheitsmechanismus hatte, machte er intuitiv das Richtige: Er blieb. Wenn es Nacht wurde, hielt mein Gedankenkarussell für einen Moment an. Ich war so unendlich erschöpft. Der Schlaf war eine Erlösung. Doch dann kamen die Albträume. Ich versuchte auch nachts, mein Problem zu lösen. Noch vor dem ersten Tageslicht lag ich wach im Bett und weinte das Kopfkissen voll. Ben harrete an meiner Seite aus, obwohl das alles sehr erniedrigend gewesen sein muss. Ich weiss bis heute nicht, warum er nicht gegangen ist. Wäre die Situation umgekehrt gewesen, ich weiss nicht, ob ich die Kraft gehabt hätte, den Schwebzustand, in dem Ben damals war, auszuhalten. Vielleicht hatte er etwas verstanden, was mein Umfeld anfangs nicht erkannte: Ich war nicht liebesmüde. Ich war krank, sehr krank. (...)

Nach zwei Wochen mit dem Ohrwurm kontaktierte ich Herrn Stur. Der arbeitete als Homöopath und Psychotherapeut. Ich hatte mich Jahre zuvor bereits einmal an ihn gewandt, da ich infektanfällig war. Damals hatte er mir mit seinen kleinen Kügelchen geholfen. Es erschien mir sehr naheliegend, ihn auch jetzt zu konsultieren. Stur hatte seine Praxis im Keller seines Einfamilienhauses. Um in das Behandlungszimmer zu gelangen, musste man eine kleine, betonierte Gartentreppe hinabsteigen. An der Tür zur Einliegerwohnung hing ein Strohkrantz mit einer verblichenen gelben Schleife. Herzlich Willkommen! Ich hoffte inständig, mich würde niemand erkennen. Am Nachbarhaus bewegten sich die Vorhänge. Als ich dem Therapeuten gegenüber sass, wünschte ich, dass jetzt alles gut werden würde. Er begann unsere erste Sitzung mit den Worten: «Ich habe die Unterlagen der homöopathischen Behandlung durchgeblättert und da ist mir aufgefallen, dass bei Ihnen immer alles so toll war. Jetzt ist nicht mehr alles so

toll. Das wundert mich nicht.» Das klang so, als habe er das Problem kommen sehen. Das war doch ein gutes Zeichen, oder? Ich öffnete mich. «Könnte es sein, dass ich meinen Partner nicht mehr liebe und ihn verlassen muss, Herr Stur?» Er glaubte es für den Moment nicht, bestand aber darauf, dass wir die Konflikte suchen müssten. Selbstverständlich könne es dann doch sein, dass wir uns trennen würden. Das müsse man abwarten. Abwarten? Ich konnte nicht warten. Ich ertrug die Unsicherheit nicht. Während sich mein Magen hob und sich mein Zittern verstärkte, startete Stur seine Forschungsreise in mein Gehirn.

Ich kam einmal die Woche zu ihm, setzte mich auf seine abgewetzte Couch, die wohl früher im Wohnzimmer der Familie gestanden hatte, und krallte mich an den hölzernen Armlehnen fest. Nein, bei Stur war nicht alles schlecht. Ein gesunder Mensch hätte vielleicht sogar von den Gesprächen profitiert. Das Problem war, dass der Therapeut mich nicht verstand. Er hörte nicht hin, erkannte nicht, wie sehr ich mich im Kreis drehte. Er wollte immer über die Vergangenheit sprechen. Nach seinem Empfinden lagen dort die Leichen, die es nun auszugraben galt. Mein Keller war eine psychoanalytische Fundgrube, randvoll mit verdrängten Erlebnissen. Stur stiess mich vor sich her, immer auf den Abgrund zu. Manchmal krallte ich mich mit dem letzten bisschen Verstand fest und baumelte über einer Schlucht. Ich hatte Todesangst. Das, so erklärte er mir, sei alles notwendig, um die ungelösten Probleme zu entlarven. Wenn die Sitzung vorbei war, fuhr ich ziellos durch die Gegend, einmal hielt ich an einem Brückengeländer an und dachte über mein Lebensende nach. Beim vierten oder fünften Mal berichtete ich ihm, dass ich nicht mehr sicher sei, ob ich so weiterleben könne. Er riet mir zu einem Johanniskrautpräparat. Als ich ihm beim nächsten Gespräch sagte, dass ich Schwierigkeiten habe, mich morgens anzuziehen, wurde er wütend. Zu dem Zeitpunkt hatte ich bereits zehn Kilo Gewicht verloren.

Dann gebar der Ohrwurm ein Junges. Zu der Idee, ich müsse meinen Partner verlassen, da ich ihn möglicherweise nicht mehr liebte, gesellte sich ein neuer Gedanke. Er war noch viel machtvoller. Er hätte mich beinahe vernichtet. Nun fragte ich mich, ob es sein könne, dass ich lesbisch sei. Binnen weniger Tage zog sich das Netz aus angstausslösenden Assoziati-

onen um mich zu. Wenn ich auf der Strasse eine Frau sah, begann es in meinem Kopf zu rasen. Ich konnte keine Dinge berühren, die eine weibliche Person vor mir angefasst hatte. Ich konnte meinen Freundinnen nicht mehr in die Augen schauen. Ich vermied alle Orte, an denen Frauen auftauchen konnten. Irgendwie hoffte ich, diese extremen Massnahmen würden verhindern helfen, dass ich lesbisch werden würde. Ich ging nur noch raus, wenn es sich nicht vermeiden liess. Immer in einen dicken Mantel gehüllt, mit einem langen Schal um den Hals, damit ich vor der Aussenwelt geschützt war. Ich schaute niemandem in die Augen und versuchte, unsichtbar zu werden. Ich las keine Schilder, Aufschriften und Überschriften mehr. Alles machte mir Angst. Es gab nur noch einen Ort, der mir sicher erschien: die blaue Couch in unserer Wohnung.

Endlich, nach acht langen Wochen, schickte meine Seele Hilfe. Aus einer depressiven Verstimmung war eine schwere Depression geworden. Sie war wie eine grosse, schwarze Wolldecke, die sich um mich legte und mich in den Schlaf wiegte. Ich lebte nur noch unter der Decke, schlief den halben Tag, stand nur noch auf, um zur Toilette zu gehen. Das war nicht oft nötig. An Heiligabend fuhr ich mit letzter Kraft zu meinen Eltern und legte mich auf das Sofa meiner Kindheit. Von dort aus starrte ich auf den Weihnachtsbaum. Rote Kugeln, Holzspielzeug, kleine Pilze. Die Tränen kullerten ohne Pause. Am ersten Weihnachtstag gestand ich meiner Mutter, dass ich mich möglicherweise in sie verliebt hatte. Sie schaute mich entgeistert an. Ich konnte sehen, wie schwer es ihr fiel, Haltung zu bewahren. Das Ganze musste nicht nur absurd, sondern auch extrem verstörend für sie gewesen sein. Was war nur aus mir, ihrem funktionierenden Kind, geworden? Dass ich an Heiligabend beim Streicheln des Kaninchens meiner Schwester gedacht hatte, ich würde ihm versehentlich mit meiner Hand das Genick brechen, war im Vergleich zu meinen Inzestgedanken ein Klacks. Es ist nicht schwer, ein Haustier nicht mehr zu streicheln. Ich konnte meine Mutter aber nicht aus meinen Erinnerungen löschen und sie aus meinem Leben verbannen. Obwohl ich nicht darüber sprechen konnte, wusste ich damals sehr genau, dass ich so nicht leben wollte.

Anfang Januar überredete mich Ben zu einem Ausflug. Wir fuhren zu einem nahe gelegenen Hügel.

Während einige Kinder im Hintergrund auf ihren Skiern den Hang hinunterrutschten, liess ich mich in den Schnee fallen. Ich wäre so gerne weiter gefallen. Aber es ging nicht mehr bergab. Am nächsten Morgen setzte ich mich in die Badewanne, griff nach einer Nagelschere und ritzte mir die Haut an den Handgelenken auf. Als mich später ein Oberarzt in der psychiatrischen Klinik fragte, ob ich dabei Erleichterung verspürt habe, schüttelte ich den Kopf. Negativ. Ich wollte nur wissen, ob ich es schaffte, mir die Pulsadern zu öffnen. Ja. Es war erstaunlich einfach, sich ins eigene Fleisch zu schneiden. Mein Leben war bedeutungslos geworden. Ich wollte, dass es endete.

Als ich mit aufgeritzten Handgelenken aus dem Bad kam, verlor Ben zum ersten Mal die Fassung. Elf Wochen nachdem ich ihm von meinem schlimmen Gedanken erzählt hatte, kapitulierte er. Er ging zu unserem gemeinsamen Schrank, riss eine Tasche heraus, und begann meine Sachen zu packen. Drei Unterhemden, drei Slips, zwei BHs, ein Nachthemd, Strümpfe, Jeans, Pullis, Shirts, Zahnbürste, Brille, Birkenstock-Hausschuhe, Fleecejacke. Dann griff er zum Telefon und rief meine Eltern an. «Ich gebe die Verantwortung jetzt ab, ich kann nicht mehr.» (...)

Meine Mutter fuhr mit mir in die nahe gelegene Universitätsklinik. Es war später Nachmittag, draussen war es bereits dunkel. Das Auto rollte im Schritttempo über den grossen Campus. Ganz hinten links, am Ende des Areals, stand der riesige Betonklotz. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Derjenige, der das Gebäude geplant hatte, war entweder ein schlechter Architekt oder man hatte ihn damals, Anfang der Siebzigerjahre, nicht informiert, welchen Zweck der Bau später erfüllen sollte. Das war kein Ort, an dem eine kranke Seele gesund werden konnte. Ich fürchtete mich. Doch meine Mutter liess sich nicht beirren. (...)

Ich hörte die Ärztin schon, bevor ich sie sah. Ihre weissen Schuhe quietschten auf dem Boden. Sie war ungefähr in meinem Alter, ihr Kittel öffnete sich und wehte leicht, als sie auf uns zulief. Frau Berger hatte kurze blonde Haare und einen wachen Blick. Sie begrüsste uns und führte uns in ein kleines Behandlungszimmer. Dort bat sie mich, einfach zu erzählen. Mir wäre es lieber gewesen, wenn meine Mutter geredet hätte. Aber die Ärztin wollte, dass ich sprach.

Also versuchte ich, ihr das, was ich nicht begreifen konnte, zu erzählen. Ich sprach sehr leise, meine Augen waren zu Boden gerichtet. Ich weinte, ohne zu schluchzen. Die Tränen liefen so selbstverständlich, als würde es sich um Atemzüge handeln, die wir alle automatisch ausführen. Ich begann am Anfang, erwähnte den schlimmen Gedanken, der sich auf meinen Freund bezog, spielte ihn aber herunter, da ich mich schämte. Ich brachte es auf eine verständlichere, nachvollziehbarere Formel: «Ich fühle nichts mehr, ich bin innerlich wie tot.» Ich erwähnte den Gewichtsverlust und das viele Schlafen, erzählte von meinem Therapieversuch und den Brückengeländern. Dann zeigte ich ihr meine Handgelenke. Dort sah man fast nichts mehr, aber das spielte für Frau Berger keine Rolle. Am Schluss nahm ich alle Kraft zusammen und gestand, dass ich fürchtete, lesbisch zu sein. Die Ärztin zuckte nicht zusammen. Dann teilte sie uns mit, was sie vermutete: «Im Moment spricht vieles für eine schwere Depression.» Ich nickte, so weit war ich auch schon gewesen. Frau Berger fügte an, solche Gedanken, wie der in Bezug auf meine sexuelle Orientierung seien nicht ungewöhnlich bei dieser Diagnose. Das überraschte mich, denn bis dato hatte ich es nicht für möglich gehalten, dass es auch andere Menschen geben könnte, denen solche Ideen durch den Kopf gingen.

Klassischerweise wurden Menschen nach einem schlimmen Erlebnis depressiv. Sie reagierten auf etwas, was ihre Seele nicht verarbeiten konnte. Da bei mir ein solcher Auslöser zu fehlen schien, vermutete sie, dass ich an einer sogenannten endogenen Depression leiden würde. Mit anderen Worten: Mein Hirnstoffwechsel hatte sich ohne konkreten Anlass verändert. Das, so erklärte sie uns, passiere leider in manchen Fällen. Ob es denn andere seelische Erkrankungen in der Familie gebe? Die gab es. Meine Mutter war Jahre zuvor wegen einer Angsterkrankung in einer psychosomatischen Kurklinik behandelt worden. Meine Grossmutter hatte ihr Leben lang an Depressionen gelitten und von meiner Ururgrossmutter erzählte man sich, sie sei eine Zeit lang in der Psychiatrie gewesen. Ich war definitiv erblich vorbelastet. Frau Berger machte nun einen Vorschlag: «Schlafen Sie doch heute Nacht bei uns, wir schauen uns mal an, wie es Ihnen geht.» Ich wollte das auf keinen Fall, doch meine Mutter bestand darauf. Eine Nacht, das konnte doch nicht so schlimm sein, oder? Da ich aus freien Stücken

gekommen war und trotz allem relativ gut berichten konnte, was mit mir geschehen war, schlug die Ärztin die Unterbringung auf einer offenen Station auf. In dem Moment wurde mir klar, dass ich mich wenige Augenblicke zuvor selbst gerettet hatte. Hätte ich darauf bestanden, wieder nach Hause zu gehen, wäre ich mit Sicherheit in die geschlossene Abteilung gekommen.

Ich versuchte nun, nicht mehr zu denken. Die Ärztin rief auf der Station an, dann öffnete sie einen Medikamentenschrank und holte eine kleine weisse Tablette heraus. «Nehmen Sie das, es wird Ihnen für den Moment helfen.» Sie legte mir die kleine Scheibe auf die Zunge. Dort löste sich das Medikament selbst auf. Auf das, was dann kam, war ich nicht vorbereitet. Einige Augenblicke später spürte ich nämlich nichts mehr. Die Gedanken rasten – und es war mir egal. Wir liefen gemeinsam zum Aufzug. Meine Füße hoben sich von selbst. Ich schwankte nicht, mir war nicht schwindelig, ich war wie eine Maschine. Die Ärztin drückte den Knopf mit der Nummer vier, die Lifttür schloss sich leise. Wir schwebten nach oben, das Licht an der Decke flackerte. Als sich die Türen wieder öffneten, sah ich auf einen langen weissen Flur mit vielen grünen Türen. An der Wand stand der Name der Station: «Johann Christian Reil». Das war, wie ich später erfuhr, der Name eines berühmten Psychiaters aus dem 18. Jahrhundert. Ein Pfleger im Alter meines Vaters begrüßte mich. Er lächelte mir zu, führte mich in eines der vielen Zimmer. Dort stand nur ein Krankenhausbett, obwohl Platz für zwei gewesen wäre. Ein Tisch, zwei Stühle, Waschbecken, hölzerner Einbauschränk, kein Fernsehgerät, keine Fenstergriffe, aber sonst alles wie in einem normalen Krankenhaus. Der Pfleger hiess Müller und erklärte mir, wo sich die Toiletten und die Duschen befanden. Dann ging er. Meine Mutter unterhielt sich draussen noch mit Frau Berger. Dann ging die Ärztin ebenfalls. Meine Mutter kam ins Zimmer. Sie sah sehr müde aus. Sie nahm mich in den Arm und schlug mir vor, mich schlafen zu legen. Ich nickte. Dann verliess sie mich. Nun war ich alleine. Ich zog meinen Mantel aus, und setzte mich auf das Bett. Das Leintuch war gestärkt und knisterte. Müller klopfte kurz an, und wartete nicht auf ein Herein. Er kam ins Zimmer und stellte ein Tablett mit dem Abendessen ab. Dann lief er erneut weg, um mit einer Nierenschale voller Laborröhrchen zurückzukommen. Er füllte etliche Ampullen mit meinem Blut.

Es hätte mich nicht gewundert, wenn es schwarz gewesen wäre, aber es war dunkelrot. Dann überprüfte er noch meinen Blutdruck und notierte die Werte in einer Akte. Oben stand mein Name. Ich war nun ein Fall innerhalb der psychiatrischen Klinik. Dann wünschte Müller mir eine gute Nacht und vergass nicht, mir zu sagen, dass er für mich da wäre, wenn ich etwas bräuchte. «Wissen Sie, ich habe eine Tochter, die ist in Ihrem Alter. Sie erinnern mich ein wenig an sie.»

Er schloss die Tür hinter sich und die Welt blieb stehen. Ich war endlich in Sicherheit. Mein Leben, meine Liebe, meine berufliche Zukunft, die anderen Menschen, all das war nicht in diesem Zimmer. Es war mir egal, was der Rest der Menschheit dachte. Es war mir egal, wo die Toiletten waren und was sich unter dem Deckel auf dem Essenstabelet befand. Ich löschte das Licht, kroch unter die Bettdecke und fiel in einen tiefen Schlaf, der endlos hätte dauern dürfen.

Fortsetzung folgt.



ZUR AUTORIN: Ellen Mersdorf (Pseudonym) ist erfolgreiche Journalistin mit einem Schwerpunkt Medizin. Sie lebt mit ihrer Familie in Zürich.

Achtsamkeit in der Behandlung von psychischen Störungen – auch ein Ansatz für Zwangsstörungen?

*«Nimm Dich selbst wahr, und
wo immer Du Dich findest, da
lass dich; das ist das Allerbeste»*
Meister Eckhart

Besonders in den letzten Jahren wird das Thema Achtsamkeit in der Psychotherapie immer präsenter. Mit der sogenannten «dritten Welle» hielten achtsamkeitsbasierte Ansätze Einzug in die Behandlung psychischer Störungen. Inzwischen sind schon zahlreiche Publikationen erschienen, in denen positive Effekte auf Rückfallprävention und Verringerung von Schmerz, Angst und Depression nachgewiesen werden konnten (Goyal et al. 2014). Nur wenige Studien gibt es bisher, welche sich mit der Auswirkung von Achtsamkeitsstrategien in der Behandlung von Zwangsstörung befassen. Zum Schluss meines Artikels werde ich einen solchen kurz vorstellen.

Zunächst möchte ich eine Einführung zum Thema Achtsamkeit geben. So dass Sie sich nach dem Lesen eine Vorstellung davon machen können und vielleicht Anregung/Inspiration bekommen haben, einige Übungen zur Achtsamkeit selbst auszuprobieren. Wenn Sie sich vertieft mit der Achtsamkeitspraxis auseinandersetzen möchten, finden Sie am Ende des Artikels noch Literaturhinweise und die Angaben zur Teilnahme an unserer Achtsamkeitsgruppe im UniversitätSpital Zürich.

Beginnen möchte ich mit einem kurzen geschichtlichen Rückblick. Eine systematische Herangehensweise entwickelte sich vor über 2000 Jahren im Buddhismus, in dem Achtsamkeitsübungen als zentrale Methode angesehen werden, sich von Leid zu befreien. Die buddhistische Vipassana-Lehre geht davon aus, dass sich der Mensch durch blosses Beobachten von Unangenehmen befreien kann. Es sollen beim tiefen, nicht-wertenden und akzeptierenden Beobachten die Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken ihre Stärke verlieren und abklingen können.

Probieren Sie dies doch gerade einmal aus...

- Schütteln Sie vor Beginn Ihre Glieder aus, strecken sich und setzen sich nun bequem hin. Sie können Ihre Augen offen lassen oder diese schliessen, ganz so, wie es Ihnen angenehm ist. Beide Fusssohlen sollen ganz Kontakt mit dem Boden haben. Nehmen Sie sich nun Zeit ankommen – dort, wo Sie jetzt gerade sind. Jeder Ort und jede Zeit ist recht. Lassen Sie sich von Ihrem eigenen Atem führen. Begrüssen Sie ihn wie einen alten vertrauten Freund und begleiten Sie ihn durch seine Reise durch Ihren Körper.
- Beginnen Sie an den Nasenflügeln, da wo der Atem einströmt, nehmen Sie alle Eindrücke wahr, welche sich Ihnen bieten – vielleicht die Temperatur, die Bewegung der Luft an den Innenseiten der Nasenwände, vielleicht ein Kribbeln... Alles darf sein. Nun können Sie Ihrem Atem in den Bauchraum folgen, wo er Ihre Bauchdecke hebt und senkt – gleich Wellen am Meeresstrand, die mühelos kommen und gehen.... Lassen Sie sich ein paar Atemzüge heben und senken...
- Dann öffnen Sie Ihre Wahrnehmung für Ihre Körperempfindungen – was spüren Sie jetzt, in diesem Moment? Nehmen Sie die erstbeste Körperempfindung und versuchen Sie sie so genau zu beschreiben in Grösse, Form, Volumen, Spannung etc. (so dass diese Körperempfindung JETZT von derselben Körperempfindung VORHIN unterscheidbar wird). Wenn ein Handlungsimpuls (z.B. Kratzen oder Positionswechsel) aufkommt, lassen Sie ihn unverrichteter Dinge weiterziehen. Beobachten Sie einfach weiter, wie sich die Empfindung von selbst verändert....
- Jedes Mal, wenn ein Gedanke Sie von dieser Übung wegtragen möchte, freuen Sie sich, dass Sie es bemerkt haben und richten Sie Ihre volle Aufmerksamkeit wieder auf den beabsichtigten Gegenstand. Es spielt keine Rolle, wie oft es passiert, solange Sie es bemerken. Lassen Sie sich von Ihrem Atem wieder ins Hier und Jetzt bringen.
- Verweilen Sie mit der Wahrnehmung noch einige Minuten in Ihrem Körper und beenden dann die Übung, indem Sie wieder Ihre Aufmerksamkeit zu Ihren Nasenflügeln zurückbringen.

Wie haben Sie diese Übung eben erlebt?

Im Christentum und der westlichen Philosophie kann man ebenso Parallelen zum Prinzip der Achtsamkeit finden, z.B. in Husserls Phänomenologie. Hier geht es um das vorurteilslose Betrachten und Sein-lassen der Sache, um das «Wesen» eines Dinges erkennen zu können. Ebenso hat der christliche Mystiker Meister Eckhart (1260 – 1328) sich vor allen Dingen mit dem Thema «Gelassenheit» beschäftigt.

Jeder Mensch besitzt die Fähigkeit zur Achtsamkeit und jeder von Ihnen war und ist in bestimmten Momenten seines Lebens achtsam. Schwieriger wird es, wenn Sie diese Achtsamkeit ganz bewusst, besonders in sehr leichten oder schwierigen oder stressvollen Situationen und/oder über einen längeren Zeitraum ausüben wollen. Was Sie dazu benötigen werden ist Übung. Es wird unterschieden in formale Übungen. Das bedeutet keine gerichteten Tätigkeit nachzugehen, alle Impulse und Bewusstseinsinhalte werden nicht ausagiert, sondern nur wahrgenommen und wieder losgelassen. Die formalen Übungen stärken zudem die Konzentration.

Als informale Übungen wird das Ausüben der Achtsamkeitspraxis während normaler alltäglicher Tätigkeiten verstanden. So kann man Essen, Gehen, Putzen auf achtsame Weise praktizieren und den sogenannten Autopilotenmodus ausschalten. Das Erleben im Hier und Jetzt wird dadurch intensiviert. Bevor Sie gleich loslegen wollen, möchte ich Ihnen noch die Grundhaltung in der Achtsamkeitspraxis erläutern. Dabei werde ich mich auf das MBSR-Programm nach Jon Kabat-Zinn stützen.

Achtung, wenn Sie sich nun auf die folgenden Erläuterungen einlassen, bitte halten Sie im Bewusstsein, dass dies das Abbild einer perfekten Einstellung darstellt. Dorthin zu kommen ist ein stetes Streben und die Aufgabe besteht darin, uns immer wieder mit freundlicher Nachsicht und Geduld daran zu erinnern, sobald wir es vernachlässigt oder vergessen haben.

Nicht urteilen: Nehmen Sie die Haltung eines neutralen Beobachters ein und begrüssen Sie jede Empfindung, so wie sie kommt unabhängig von einer Kategorisierung wie «negativ» oder «positiv». Da es sehr schwer fällt auf die gewohnheitsmässige Kategorisierung zu verzichten, hilft es bereits sich diesen Bewertungsprozess bewusst zu machen. Denn

schon in dem Moment, wo Sie bemerken, dass Sie urteilen sind Sie achtsam.

Geduld: Achtsamkeit zu trainieren ist ein sehr langwieriger Prozess, bei dem es hilfreich ist, in aktiver Gelassenheit den Prozess teilnehmend zu begleiten. So wie ein Glas mit trübem Wasser klar wird, wenn es eine Zeitlang ruhig stehen kann.

Anfängergeist: Öffnen Sie Ihren Geist, so als würden Sie die Menschen und die Ereignisse das erste Mal sehen. Entdecken Sie die Einzigartigkeit eines jeden Augenblicks. Lassen Sie sich dazu von der Herangehensweise eines Kindes inspirieren.

Vertrauen: Erfahren Sie wieder den eigenen Körperempfindungen und der inneren Weisheit vertrauen zu können. Indem Sie sich darauf in der Achtsamkeit ausrichten und diese Signale wahrnehmen, die aus Ihrem Inneren kommen. Vertrauen ähnlich wie Geduld ist ebenso hilfreich, Zweifel gegenüber der Achtsamkeitspraxis zu überstehen.

Nicht-Greifen: Wie oft glauben Sie alles «im Griff» haben zu müssen? Wie oft halten wir unsere Gedanken und Gefühle fest? Jetzt dürfen Sie loslassen! Kommt Ihnen während des Übens der Gedanke, dass Sie die Blumen noch giessen wollen, lassen Sie ihn ziehen....Wie oft sind wir es gewohnt nach Ergebnissen greifen zu wollen? In der Achtsamkeitspraxis dürfen Sie sich einfach darauf einlassen, was mit Ihnen passieren wird.

Akzeptierende, nicht wertende Haltung: Während Sie Achtsamkeit praktizieren, werden Sie mal müde sein oder traurig oder aufgeregt oder Schmerzen haben oder aufgewühlt sein oder fröhlich – es wird immer anders sein und kein Zustand ist deswegen besser oder schlechter, sondern jeder Augenblick einfach einzigartig. In der Achtsamkeitspraxis müssen Sie sich nicht entspannen, wenn Sie aufgeregt sind, sondern nur Ihre Wahrnehmung auf den jetzigen Moment richten und beobachten, wie sich alles von selbst von Augenblick zu Augenblick verändert.

Loslassen: Kennen Sie das, dass Sie gedanklich noch Dinge aus der Vergangenheit mit sich herumtragen, die Ihnen dann immer wieder in den Sinn kommen und Raum in der Gegenwart fordern? Vielleicht beschäftigt Sie auch immer wieder ein bestimmtes

Gefühl von früher, welches für aktuelle Gefühle keinen Platz lässt? Wenn Sie Achtsamkeit praktizieren, geht es darum solche Gedanken oder Gefühle aus der Vergangenheit zu bemerken und Schritt für Schritt in Frieden ziehen lassen zu können.

Bisher wurde der Ansatz der Achtsamkeit vor allem unterstützend in der psychotherapeutischen Behandlung von Zwangsstörungen begriffen. Gerade in der Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement helfen solche Strategien wie die achtsame Wahrnehmung und Atmung, um mit den aufkommenden Gefühlen, Gedanken und Impulse besser umgehen zu können. Laut Fairfax (2008) unterstützen Achtsamkeitsstrategien Patienten mit Zwangsstörungen dabei, ihre Gedanken zu relativieren, die Verbindung zwischen konditioniertem Verhalten und automatischen Gedanken zu unterbrechen. Sie geben dem Patienten das Gefühl der Kontrolle über

seine Gedanken und Verhalten, verbessern das Selbstwertgefühl indem Zwangsgedanken normalisiert werden und helfen die Gedanken-Handlungskonfusion (TAF: Thought Action Fusion) aufzulösen. Külz und Rose vom Universitätsklinikum Freiburg (D) beschreiben 2014, wie die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT: «Mindfulness based cognitive Therapy») auch in der Behandlung von Zwangserkrankungen erfolgreich eingesetzt werden kann. Dabei wurde das Gruppenprogramm wie es bereits für Depression oder Angststörungen existierte, adaptiert. Eine erste Anzahl Patienten, die nach sachgemässer Verhaltenstherapie mit Exposition, noch unter beträchtlichen Zwängen litten, konnten von dem 8-wöchigen Programm profitieren. Kontrollierte Studien liegen jedoch noch nicht vor. Die Gruppentherapie, welche bei uns in die Achtsamkeit einführt, ist nicht spezifisch für Zwangsbedingte, sondern für alle, die unter psychischen

«Dem Leben zugewandt» – Achtsamkeit kennenlernen

Beschreibung der Gruppe

Die Gruppe wird mit max. 10 PatientInnen wöchentlich durchgeführt. Im Mittelpunkt steht dabei, dass die TeilnehmerInnen selbst einen praktischen Zugang zur Achtsamkeit durch konkrete Übungen bekommen können, welche auch Zuhause weitergeführt werden sollten. Die Erfahrungen werden dann innerhalb der Gruppe ausgetauscht. Theoretische Hintergrundinformationen zum Thema Achtsamkeit ergänzen das praktische Erleben.

Die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit (gilt auch für das Üben zu Hause) und Selbstbeobachtung ist eine wichtige Voraussetzung, um an der Gruppe teilnehmen zu können.

Indikation

Unterstützende Behandlung von psychischen Störungen wie zum Beispiel Zwangsstörungen, aber auch Depression, Angststörungen, Schlafstörungen und psychosomatische Störungen.

Wo & Wann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UniversitätsSpitals Zürich, Culmannstrasse 8, 8091 Zürich.

Die Gruppentherapie beinhaltet 8 Sitzungen. Der Gruppenbeginn wird mehrmals pro Jahr durchgeführt und beginnt jeweils, sobald genug Anmeldungen vorhanden sind. Der Termin der Gruppe wird jeweils dienstags 12.30–13.30 Uhr sein.

Anmeldung

Informationen und Anmeldung schriftlich durch Ihren behandelnden Arzt an Frau Dipl. Psych. J. Emmerich oder Dr. med. univ. (A) Heidrun Pöcherstorfer. Es erfolgt zunächst ein Vorgespräch zur Diagnostik und Indikationsstellung.

Telefon: +41 (0)44 255 52 80

eMail: juliane.emmerich@usz.ch oder heidrun.poecherstorfer@usz.ch

Postweg: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Culmannstrasse 8, 8091 Zürich

Abrechnung

Die Therapie kann im Rahmen der Grundversicherung abgerechnet werden. Ihre Einzeltherapie können Sie parallel fortführen.

Störungen leiden, geeignet. Daher wird nicht gezielt auf die Behandlung von Zwängen eingegangen, sondern in 8 Sitzungen verschiedene Aspekte der Achtsamkeitspraxis anhand vieler Übungen eingeführt. Nachdem wir uns auf das Konzept der Achtsamkeit einlassen konnten, erforschen wir damit unsere Umgebung und uns selbst und schulen damit gleichzeitig unsere Wahrnehmung. Wir erproben, welche Übungen und Einstellungen uns helfen können, mit Stress umzugehen. Wir heissen unsere Gefühle willkommen und entdecken unsere Gedanken neu, wenn wir uns bewusst machen, dass sie nur Gedanken sind und keine Fakten. Wir stellen Übungen vor, welche die Verbundenheit mit sich selbst und der Welt erhöhen und schliessen die Gruppe mit dem Thema Selbstfürsorge ab. Neue TeilnehmerInnen sind jeweils herzlich willkommen. Nachfolgend finden Sie mehr Informationen zur Anmeldung (Siehe vorangehende Seite).

Literaturangaben:

Madhav Goyal, MD, MPH; Sonal Singh, MD, MPH; Erica M. S. Sibinga, MD, MHS; Neda F. Gould, PhD; Anastasia Rowland-Seymour, MD; Ritu Sharma, BSc; Zackary Berger, MD, PhD; Dana Sleicher, MS, MPH; David D. Maron, MHS; Hasan M. Shihab, MBChB, MPH; Padmini D. Ranasinghe, MD, MPH; Shauna Linn, BA; Shonali Saha, MD; Eric B. Bass, MD, MPH; Jennifer A. Haythornthwaite, PhD (2014) Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):357–368.

Hamilton Fairfax (2008). The Use of Mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: Suggestions for its Application in Existing Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15, 53–59

Thomas Heidenreich & Johannes Michalak (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. Tübingen: DGVT-Verlag.

Jon Kabat-Zinn (2001) *Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung.* München: Barth.

Anne Katrin Külz, Nina Rose (2014). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) für Patienten mit Zwangsstörung – Eine Adaption des Originalkonzepts. *Psychother Psych Med* 2014; 64: 35–40

Josef Quint (Übersetzer): Meister Eckhart: Deutsche Predigten und Traktate. 7. Auflage. Nikol, Hamburg 2007

AUTORIN:
 DIPL. PSYCH.
 JULIANE EMMERICH
 Psychologin FSP
 Klinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie
 UniversitätsSpital Zürich
 Culmannstrasse 8, 8091 Zürich
 juliane.emmerich@usz.ch



Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben bei Zwangsstörungen

Willi Ecker^{a,b} Jochen Kupfer^c Sascha Gönner^{d,e}

^a Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) Bad Dürkheim,

^b Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg,

^c Abteilung für Sozialpsychologie und Methodenlehre, Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.,

^d Praxis für Psychotherapie, Ravensburg,

^e AHG Fachklinik für Psychosomatik, Bad Dürkheim, Deutschland

AUTOREN:

PROF. DR. WILLI ECKER
Institut für Fort- und
Weiterbildung in klinischer
Verhaltenstherapie (IFKV)
Kurbrunnenstr. 21a
DE-67098 Bad Dürkheim
dw-ecker@gmx.de



JOCHEN KUPFER
Hochschule Kehl
Kinzigallee 1
DE-77694 Kehl
Kupfer@hs-kehl.de



DR. SASCHA GÖNNER
Psychotherapeutische Praxis
Dr. Gönner
Grafengasse 2
DE-88212 Ravensburg
praxis@drgoenner.de



Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen

% Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

UniversitätsSpital Zürich

Culmannstrasse 8

8091 Zürich

Telefon +41 (0)44 255 98 03

Telefax +41 (0)44 255 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 Betroffene/Angehörige
- Der Mitgliederbeitrag beträgt CHF 100.00 pro Kalenderjahr für Fachleute/Weitere

Datum Unterschrift