

01.16 newsletter

Zürich, Mai 2016

- 1 Editorial
- 2 Bericht des Präsidenten
- 4 Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter
- 8 Ein bisschen «depri» sind wir doch alle...
- 13 Professionelle Pflege bei Zwangsstörungen

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser

Schon wieder ist die Zeit wie im Fluge vergangen und Sie halten den ersten Newsletter 2016 in Ihren Händen.

Im Kindesalter sind Zwangsstörungen nicht selten. Oft belastet die Störung jedoch nicht nur das Kind sondern auch die Familie. Umso wichtiger ist, dass die Therapie frühzeitig beginnt. Welche? Wewetzer & Wewetzer zeigen in ihrem Artikel in der Zeitschrift Psychiatrie & Neurologie, dass die Kognitive Verhaltenstherapie ein wirksames Verfahren ist. Den Artikel dürfen wir freundlicherweise in unseren Newsletter übernehmen. Herzlichen Dank!

Haben Sie es bisher vermieden sich zu «outen» weil Sie Sorgen vor Stigmatisierung haben? Aber warum eigentlich? Dem Thema Stigmatisierung geht Herr Riehle in seinem Beitrag intensiv auf den Grund. Möchten Sie mit ihm über den Beitrag diskutieren oder haben Sie Fragen? Herr Riehle freut sich auf Ihre Kontaktaufnahme. Die Mail-Adresse finden Sie am Ende vom Beitrag.

Wie man «Professionelle Pflege bei Zwangsstörungen» leistet, beschreibt Herr Röseler in seinem gleichnamigen Buch. Für unseren Newsletter hat er einen informativen Auszug aus dem Buch zusammengestellt. Darin geht er auf die Diagnosestellung aus pflegerischer Sicht, die Rollen und Aufgaben von Pflegenden sowie die Gestaltung des Pflegepro-

zesses ein. Die Durchführung einer Exposition erklärt er an einem anschaulichen Beispiel.

Haben Sie Lust bekommen den Newsletter zu lesen? Los geht's, die Autoren und ich wünschen Ihnen eine informative Lektüre!

Herzliche Grüsse

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



Bericht des Präsidenten

Liebe Mitglieder der SGZ

Die Jahrestagung der SGZ liegt nun schon ein paar Monate zurück, meine Erinnerungen daran sind aber noch sehr lebendig. Waren Sie mit dabei? Wenn nicht, haben Sie etwas verpasst... Neben den fachlichen Erkenntnissen und dem Engagement aller Vortragenden und Workshop-Leiter hat mich vor allem die Aktivität der Teilnehmenden sehr beeindruckt. Es wurden viele fachlich interessante (und insbesondere von den Betroffenen und ihren Angehörigen auch «mutige») Fragen gestellt, so dass dieser Anlass letztlich sehr viel mehr bot als nur das einseitige Vermitteln von Informationen. Dazu beigetragen hat auch die erstmalige Kooperation mit dem Netzwerk für Messies «LessMess». Die SGZ und LessMess möchten ihre Zusammenarbeit fortsetzen, auch wenn noch nicht feststeht, auf welche Art und Weise. Ein gemeinsames Planungstreffen wurde jedenfalls bereits vereinbart.

Die Organisation der kommenden Tagung, die auch 2016 wieder am ersten Dezemberwochenende stattfinden wird, ist schon in vollem Gange. Das Programm soll Ende Mai definitiv feststehen, Informationen dazu finden Sie ab dann auf unserer Homepage www.zwaenge.ch.

Auch wenn die Jahrestagungen einen wichtigen Teil der Aktivitäten darstellen, ist die SGZ darüber hinaus während des ganzen Jahres sehr aktiv. Beratungen, Homepagepflege und Arbeiten an verschiedenen Projekten gehören dazu. Unter anderem konnte, insbesondere dank des Kollegen Dr. Tazio Carlevaro aus Bellinzona, eine Tessiner Gruppe die italienischen Übersetzung der bisher nur deutschsprachig verfügbaren SGZ-Broschüre «Die heimliche Krankheit» erstellen. Diese Übersetzung ist inzwischen erschienen, sie wird von der Associazione della Svizzera Italiana per I disturbi Depressivi, Ansiosi e Ossessivi Compulsivi (ASI-ADOC) herausgegeben. Die Broschüre kann aber auch über das SGZ-Sekretariat (kontakt@zwaenge.ch) angefordert werden.

Damit beende ich meinen kurzen Bericht. Weiteres können Sie über unsere Homepage erfahren und natürlich indem Sie zur Jahrestagung und auch der dort jährlich stattfindenden Generalversammlung kommen. Und damit komme ich zurück zum Beginn: Wenn Sie nicht zur Tagung kommen, verpassen Sie etwas...

Es grüsst Sie herzlich



Michael Rufer
Präsident der SGZ



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

Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Zwangsstörungen sind eine häufige und oftmals die Lebensqualität des Kindes und seiner Familie sehr einschränkende psychische Erkrankung. Da Zwangsstörungen eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung zeigen, ist eine frühzeitige Therapie wesentlich. Mit der Kognitiven Verhaltenstherapie (KBT) steht ein wirksames Verfahren zur Behandlung der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung. Die Therapie beinhaltet unterschiedliche Behandlungselemente, wobei die Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement das zentrale Wirkelement darstellt. Gegebenenfalls wird die Kognitive Verhaltenstherapie durch eine pharmakologische Behandlung ergänzt.

von Gunilla und Christoph Wewetzer



Gunilla Wewetzer



Christoph Wewetzer

Einleitung

Zwangsstörungen bestehen aus Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Typischerweise kommen beide gemeinsam vor, es können aber auch ausschließlich Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken vorliegen. Zwangsgedanken sind wiederkehrende, sich aufdrängende, quälende und nicht selten bedrohliche Gedanken, die ein extrem unangenehmes Gefühl unterschiedlicher Qualität auslösen (z.B. Angst, Ekel, Anspannung). Zur Reduktion des Gefühls werden bewusst Zwangshandlungen durchgeführt. Dies sind wiederholte, oftmals ritualisierte Handlungen, gegen deren Ausführung sich das Kind, der Jugendliche kaum oder gar nicht wehren kann, obwohl er eigentlich weiss, dass die Zwänge unsinnig oder übertrieben sind. Oftmals tritt zudem ein Vermeidungsverhalten von Zwang auslösenden Situationen auf.

Fallbeispiel

Anna (14 Jahre) leidet seit drei Jahren unter einem zunehmenden Waschzwang. Es begann mit der Sorge, ihr Bett könne verschmutzt, «kontaminiert» werden, weswegen sich niemand mehr auf ihr Bett setzen durfte. Sie entwickelte einen Waschzwang, der bis zu fünf Stunden am Tag einnahm. Nach dem Schulbesuch musste sie immer duschen, da sonst intensive Gefühle von Ekel und Angst vor Verschmutzung auftraten. Vor Betreten des eigenen Zimmers wechselte sie stets die Kleidung. Wenn sie Sorge hatte, dass zum Beispiel ihr Laptop «kontaminiert» sein könnte, musste sie ihn mit Wasser und Seife abwaschen. Das Betreten des Zimmers und der Schulbesuch waren ihr letztlich nicht mehr möglich. Anna zog sich immer mehr in sich zurück, vermied Kontakte mit Freunden und entwickelte eine depressive

Stimmungslage. Sie litt ausserdem unter einer sozialen Ängstlichkeit, mit grossen Ängsten, von anderen negativ bewertet zu werden. Auslösende Faktoren oder zurzeit belastende Ereignisse bestanden nicht.

Dieses Fallbeispiel zur Symptomatik der Zwangsstörung verdeutlicht den hohen Leidensdruck und die zunehmende Einschränkung von Alltagstätigkeiten bei den an Zwängen erkrankten Kindern und Jugendlichen.

Merkpunkt: Unbehandelte Zwangsstörungen zeigen eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung. Umso wichtiger ist eine frühzeitige Diagnostik und die Durchführung einer effektiven Therapie.

Behandlungselemente der Kognitiven Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KBT) (ggf. ergänzt durch eine pharmakologische Behandlung) erhält in der S3-Leitlinie für Zwangsstörungen im Erwachsenenalter (1) den höchsten Evidenzgrad (A), als Therapie der ersten Wahl. In verschiedenen kontrollierten Studien (2) zeigt sich die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie auch für das Kindes- und Jugendalter. Die KBT besteht aus verschiedenen Behandlungselementen, die in den Therapieprozess integriert werden (Kasten 1).

Diagnostik und Therapieplanung

Die ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Diagnostik bildet die Grundlage für Diagnosestellung und Therapieplanung.

Die diagnostische Untersuchung gibt Antworten auf folgende Fragen:

- Welche Zwangsgedanken und -handlungen bestehen? Gibt es Vermeidungsverhalten und, wenn ja, in welchen Situationen? Wie stark sind Alltagstätigkei-

ten eingeschränkt? Wie gross ist der Leidensdruck bei Kind und Familie? Sind die Eltern und, wenn ja, wie stark in die Ausführung von Zwangshandlungen eingebunden?

- Bestehen komorbide Störungen?
Bei Patienten mit einer Zwangsstörung sind komorbide Störungen eher die Regel als die Ausnahme. Neben häufig zu beobachtenden Depressionen und Angsterkrankungen können auch Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Tic-Störungen bestehen.
- Gibt es auslösende und/oder aufrechterhaltende Faktoren?
Ein Waschzwang kann zum Beispiel durch eine Situation ausgelöst werden, in der starker Ekel empfunden wurde (z.B. Verunreinigung mit Erbrochenem). Solche konkreten, den Zwang auslösenden Ereignisse sind aber eher selten. Deutlich häufiger spielen aufrechterhaltende Faktoren eine Rolle. Erhält ein Kind zum Beispiel aufgrund seiner Zwänge mehr Beachtung durch die Eltern, kann diese vermehrte Zuwendung ein aufrechterhaltender Faktor für die Zwangsstörung sein. Das Erkennen solcher Faktoren ist für den Therapieprozess von grosser Bedeutung.
- Welche Stärken und Ressourcen bestehen bei dem Kind und seiner Familie (z.B. Hobbys, Freunde)?

Die diagnostische Untersuchung bestimmt den Schweregrad der Zwangsstörung und damit das Therapiesetting. Eine stationäre Behandlung ist immer dann zu empfehlen, wenn das Kind, der Jugendliche altersangemessenen Anforderungen (z.B. Schulbesuch, Freunde treffen usw.) nicht mehr nachkommen kann und/oder eine deutliche depressive Stimmungslage besteht. Bei einer starken Einbindung der Eltern in die Ausführung von Zwangshandlungen kann die zeitweilige Trennung durch die stationäre Aufnahme des Kindes zu einer Entlastung für Kind und Familie führen. Im Rahmen von gestuften zeitlichen Beurlaubungen können im Verlauf der stationären Therapie dann gelernte Strategien auf den häuslichen Bereich übertragen werden.

Merkpunkt: Bei einer ambulanten Therapie sollte immer wieder kritisch der Behandlungsfortschritt überprüft werden. Ist keine deutliche Reduktion der Zwänge zu erzielen, sollte nicht zu lange mit der Einleitung einer intensiveren stationären Therapie gewartet werden, um

nicht der Chronifizierung der Zwänge Vorschub zu leisten.

Psychoedukation

Psychoedukation meint die ausführliche Informationsvermittlung über die Symptomatik, die Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten der Zwangsstörung.

Bei Erklärung der Symptomatik werden Zwänge bewusst als «Erkrankung», als etwas, das nicht zu einem selbst gehört, etikettiert. Eine Strategie, die diese innere Distanzierung von Zwängen fördert, ist die Externalisierung des Zwangs als ein Wesen (z.B. ein Kobold, kleines Monster oder Fabelwesen). Mit diesem «personalisierten Zwang» setzt sich das Kind oder der Jugendliche in Gesprächen oder Rollenspielen auseinander. Auf diese Weise lernt es, sich den «Befehlen» des Zwangs («Der Zwang befiehlt dir, deine Hände zu waschen») zu widersetzen. Gemeinsam mit dem Patienten und den Eltern wird ein multifaktorielles individuelles Erklärungsmodell entwickelt, welches psychologische, lebensgeschichtliche und biologische Faktoren integriert. Zu Verstehen und zu akzeptieren, dass es nie nur eine Ursache gibt und dass auch biologische Faktoren eine Rolle spielen («Zwänge sind eine Erkrankung, die jeder bekommen kann»), trägt oft zu einer Entlastung des Patienten und der Familie bei, gerade dann, wenn die Erkrankung als eine Folge persönlicher Schuld angesehen wird. Das therapeutische Vorgehen wird auf transparente und altersangemessene Art vermittelt.

Merkpunkt: Die sachliche Informationsvermittlung über die Erkrankung korrigiert fehlerhafte Annahmen über mögliche Ursachen und trägt zur Entlastung von Gefühlen der Scham und Schuld bei. Psychoedukation fördert die Therapiecompliance und ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Ratgeber für Kinder, Jugendliche und Eltern ergänzen sinnvoll die Psychoedukation durch den Therapeuten (3).

Kognitive Therapie

Der Bewertung von Gedanken kommt ein entscheidender Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen zu. Aus diesem Grunde begleiten kognitive Strategien den gesamten Therapieprozess – von der Psychoedukation bis zur Rückfallprophylaxe. Die In-

Kasten 1:

Behandlungselemente der Kognitiven Verhaltenstherapie

Therapiephase	Phasenspezifische Behandlungselemente	Phasenübergreifende Behandlungselemente	Ergänzende Therapien
1. Diagnose	Diagnostik Therapieplanung		
2. emotionale Stabilisierung	Psychoedukation	Familienzentrierte Interventionen	Medikamentöse Therapie
3. Intensivphase	Exposition mit Reaktionsmanagement	Kognitive Therapie	Training der Sozialkompetenz usw.
4. Nachsorge/ Rückfallprophylaxe	Individuelle Vertiefung gelernter Strategien		

tensität mit der kognitive Strategien zur Anwendung kommen, ist von individuellen Faktoren wie dem Alter (weniger intensiv bei jüngeren Kindern), dem Ausprägungsgrad der Zwangsgedanken und dem Leidensdruck des Betroffenen abhängig.

Zur Integration kognitiver Strategien in den Therapieprozess empfehlen wir folgendes Vorgehen (Kasten 2).

Erweiterte Psychoedukation: Der Patient wird angeleitet, seine bisherigen Strategien im Umgang mit Zwangsgedanken kritisch zu hinterfragen. Er erkennt, dass «Ablenkung von Gedanken» oder «Gedankenunterdrückung» allenfalls kurzfristig entlastet, aber längerfristig zu einem verstärkten Auftreten der Zwangsgedanken führt. Letzteres lässt sich durch den «paradoxen Effekt der Gedankenunterdrückung» erklären, nachdem ein Gedanke umso öfter und heftiger auftritt, je mehr man versucht, ihn zu unterdrücken.

Strategien zur inneren Distanzierung: Menschen mit Zwängen sind sich eigentlich bewusst, dass die Inhalte ihrer Zwangsgedanken übertrieben oder unsinnig sind. Dies hilft ihnen aber nicht, die Gedanken als weniger quälend zu erleben. Kognitive Strategien, die darauf abzielen, den Inhalt der Gedanken zu verändern, sind für Patienten mit Zwängen weniger sinnvoll als zum Beispiel bei depressiv Erkrankten, die vom Inhalt ihrer Gedanken (z.B. «Ich bin unfähig.») überzeugt sind. Im zweiten kognitiven Modul werden daher Strategien vermittelt, die eine innere Distanz zum Inhalt der Gedanken fördern (z.B. in Form von Selbstinstruktionen: «Ein Gedanke ist keine Tatsache»).

Metakognitive Strategien: Menschen mit Zwängen neigen häufig zu Fehleinschätzungen («Denkfehlern») hinsichtlich der Funktion und Bedeutung von Gedanken («Denken über das Denken»). Im dritten kognitiven Modul wird der Patient angeleitet, seine individuellen Denkfehler zu erkennen und zu hinterfragen (4).

Beispiel für einen metakognitiven Denkfehler:

Tom (13 Jahre) leidet unter dem aggressiven Zwangsgedanken, er könne seinen kleinen Bruder tödlich verletzen. Ein Gedanke, der grosse Angst und Schuldgefühle auslöst. Tom ist unsicher, ob dieser Gedanke nicht seine wahren Absichten zeige. Er denkt: «*Wünsche ich vielleicht meinem Bruder den Tod, ohne es zu wissen?*» Dieser Gedanke ist ein Beispiel für den Denkfehler «Gedanken-Persönlichkeits-Fusion», nach dem ein einzelner Gedanke die wirklichen Absichten eines Menschen offenbart. Im Rahmen metakognitiver Strategien kann dieser Denkfehler kritisch hinterfragt werden:

- Wenn ein einzelner Gedanke die tatsächlichen Absichten eines Menschen offenbaren würde, müssten Menschen, die sich in ihrem Beruf mit gewalttätigen Gedanken beschäftigen (z. B. Krimischriststeller) eher aggressive Taten ausführen. Ist das so?
- Würde sich ein böser Mensch tatsächlich so viele Sorgen machen und so lange darüber nachgrübeln, bevor er jemanden verletzt oder gar tötet, wie du das tust?

Umgang mit dysfunktionalen Einstellungen: Menschen mit Zwängen neigen zu bestimmten Einstellungen oder Werthaltungen, die als nicht hilfreich oder dysfunktional bezeichnet werden, da sie sehr ausgeprägt sind und sich hemmend auf die Lebensgestaltung auswirken. Typische Einstellungen sind ein hohes Kontrollbedürfnis, ein starker Perfektionismus oder ein übertriebenes Verantwortungserleben. Patienten mit einem zum Beispiel hohen Verantwortungserleben fühlen sich für Dinge verantwortlich, die ausserhalb ihres Einflussbereiches liegen. Besonders wenn ihnen selbst oder einem Familienmitglied etwas Schlechtes widerfährt, führt diese Einstellung zur Entwicklung intensiver Schuldgefühle. Ein übertriebenes Verantwortungserleben kann auf diese Weise den «Nährboden» für die Entwicklung, Aufrechterhaltung oder das Wiedererstarken von Zwangsgedanken bilden. Mit Hilfe verschiedener therapeutischer Strategien lernt das Kind, der Jugendliche, die Inhalte seiner Einstellungen kritisch zu hinterfragen, hilfreiche Gedanken zu erarbeiten und einzuüben.

Merkpunkt: *Kognitive Strategien, die die innere Distanzierung von Zwangsgedanken fördern, finden insbesondere vor Beginn der Expositionstherapie Anwendung. Ziel ist, die erlebte Bedrohung durch den Zwangsgedanken (z.B. Tod eines nahen Angehörigen) soweit abzuschwächen, dass das Kind, der Jugendliche den Mut findet, sich den Zwangsgedanken zu stellen, das heisst Expositionen durchzuführen.*

Exposition mit Reaktionsmanagement

Die Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) ist das Kernelement der Kognitiven Verhaltenstherapie. ERM bezeichnet eine therapeutische Strategie, bei der sich der Patient mit den von ihm gefürchteten Situationen oder Gegenständen konfrontiert, ohne Zwangshandlungen auszuführen oder aus der Situation zu «flüchten» (Vermeidungsverhalten). Die dadurch ausgelösten negativen Gedanken, Gefühle (z.B. Angst, Sorge, Ekel usw.) und körperlichen Symptome werden so lange bewusst zugelassen, bis diese von selber in ihrer Intensität abnehmen. Das Kind, der Jugendliche lernt, dass er das negative Gefühl «managen» kann, ohne Zwangs- und Vermeidungsverhalten auszuführen. Der dieser Intervention zugrunde liegende Wirkmechanismus ist noch nicht hinreichend sicher geklärt. Neben dem psychophysiologischen Vorgang der Habituation, der Gewöhnung an Angst, spielen sicherlich auch die Veränderung des «Furchtgedächtnisses» und das Erleben von Selbstwirksamkeit eine grosse Rolle. Zentrale Punkte der ERM sind:

Erklärung der Behandlungsstrategie: Das Kind, der Jugendliche versteht, dass er die kurzfristige Entlastung

Kasten 2:

Therapiemodul:	Therapiephase
1. erweiterte Psychoedukation	emotionale Stabilisierung
2. Strategien zur inneren Distanzierung	emotionale Stabilisierung
3. metakognitive Strategien	Beginn der Intensivphase
4. Umgang mit dysfunktionalen Grundeinstellungen	Nachsorgephase

durch die Zwänge aufgeben muss, um langfristig die Zwänge loszuwerden.

Erstellung einer Rangreihe von zwangsauslösenden Situationen: Therapeut und Patient erstellen gemeinsam eine Rangreihe von Situationen nach ihrem Schwierigkeitsgrad (Stärke des durch die Situation ausgelösten Gefühls, auf einer Skala von 0 bis 100). Im Kinder- und Jugendbereich ist eine solche graduierte Expositionsbehandlung (ansteigender Schwierigkeitsgrad) grundsätzlich einem massierten Vorgehen («flooding») vorzuziehen. Letzteres birgt die Gefahr einer emotionalen Überforderung des Kindes und Jugendlichen und erhöht das Risiko eines Therapieabbruchs

Beispiel: Rangreihe von zwangsauslösenden Situationen von Anna, 14 Jahre (Fallbeispiel, siehe oben). Die Expositionen finden sowohl auf der Station der Klinik (stationäre Behandlung) als auch im häuslichen Umfeld statt:

- 100 andere Personen setzen sich auf das Bett (zu Hause)
- 98 mit Strassenkleidung, Schuhen aufs Bett legen (zu Hause)
- 95 mit Strassenkleidung, Schuhen in das eigene Zimmer gehen (zu Hause)
- 90 andere Personen setzen sich auf das Bett (in der Klinik)
- 80 mit Strassenkleidung, Schuhen auf das Bett (in der Klinik) legen
- 70 auf Sofa im Wohnzimmer legen (zu Hause)
- 68 auf Stühle im Esszimmer setzen (zu Hause)
- 60 Laptop mit «schmutzigen» Händen anfassen, sich anschliessend an der Haut berühren
- 50 Laptop mit «schmutzigen» Händen anfassen
- 45 «verschmutzte» Gegenstände berühren (in der Klinik), anschliessend die Haut berühren
- 40 «verschmutzte» Gegenstände berühren (in der Klinik), zum Beispiel Stuhl
- 35 Bei Betreten des Zimmers (in der Klinik) nicht die Kleidung wechseln
- 30 Türklinke anfassen

Detaillierte Vorbereitung der einzelnen Übungen: Der Ablauf jeder Expositionsübung wird detailliert vorbesprochen. Übungen gegen den Willen des Einzelnen finden nie statt!

Therapeutenbegleitete Expositionsübungen: Expositionsübungen sollten einen möglichst hohen Bezug zu den realen Bedingungen haben. Daher ist eine Exposition in vivo (Exposition mit der zwangsauslösenden Situation in der Realität) einer Exposition in sensu (Exposition mit der zwangsauslösenden Situation in der gedanklichen Vorstellung) vorzuziehen. Die ersten Expositionen erfolgen in Begleitung des Therapeuten. Das Kind, der Jugendliche wird emotional unterstützt und angeleitet, sich immer wieder mit dem unangenehmen Gefühl zu konfrontieren und dieses nicht zu vermeiden (z.B. durch gedankliche Ablenkungen). Ein entscheidender Wirkfaktor ist die Durchführung von Expositionen «vor Ort», das heisst dort, wo die Zwänge im Alltag auftreten. Dies macht zumeist auch Expositionen im häuslichen Umfeld notwendig.

Expositionen im Selbstmanagement: Im Verlauf der Expositionstherapie übernimmt der Patient immer stärker die Verantwortung für die Auseinandersetzung mit den Zwang auslösenden Situationen, indem er Expositionen ohne Anwesenheit des Therapeuten durchführt. Expositionen, die ausschliesslich in Begleitung anderer durchgeführt werden, bergen das Risiko der Verantwortungsabgabe. So verlässt sich z. B. ein Jugendlicher mit einem Kontrollzwang darauf, dass der Therapeut auf alles Wesentliche achtet und ihn keiner «Gefahr» aussetzt.

Eine detaillierte Beschreibung der Expositionstherapie findet sich bei (5). Bei jüngeren Kindern kann das Computerspiel «Ricky und die Spinne» (6) angewandt werden, welches unter Verwendung kindgerechter Metaphern neben der Psychoedukation auch die Exposition mit Reaktionsmanagement anleitet.

Merkpunkt: *So einfach das Grundprinzip der Expositionsbehandlung ist, so komplex ist die Planung und Durchführung. Die Durchführung der Expositionstherapie bedarf einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung.*

Familienzentrierte Interventionen

Der Einbezug der Familie in die Therapie ist gerade bei Kindern ein obligater Bestandteil der Therapie. In der Beratung von Angehörigen (7) sollte bedacht werden, dass die Eltern nicht selten ebenfalls psychiatrisch erkrankt sind, mit möglichen Auswirkungen auf das Familienklima und das Erziehungsverhalten.

Pharmakotherapie

Die Kombination von verhaltenstherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsstrategien hat sich in kontrollierten Untersuchungen als besonders wirksam erwiesen.

Indikationskriterien für eine ergänzende pharmakologische Behandlung sind:

- Ein hoher Ausprägungsgrad der Symptomatik (z.B. kein Schulbesuch oder Verlassen des Hauses möglich).
- Die Motivation für eine verhaltenstherapeutische Behandlung ist (noch) nicht ausreichend. Eine medikamentös erzielte Symptombesserung kann es dem Kind, Jugendlichen erst ermöglichen, sich auf die Psychotherapie einzulassen.
- Es besteht eine komorbide, ausgeprägte depressive Störung.
- Zwangsgedanken stehen im Vordergrund der Symptomatik. Studien im Erwachsenenbereich zeigen, dass eine Medikation dann besonders erfolgreich sein kann.
- Die Zwangssymptomatik besteht bereits sehr lange (Chronifizierung).
- Es sind weitere Familienangehörige an einer Zwangsstörung erkrankt, sodass von einer erhöhten genetischen Veranlagung ausgegangen werden kann.
- Die Kognitive Verhaltenstherapie führt zu keiner deutlichen Reduktion der Zwänge.

Detaillierte Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung finden sich bei (8).

Nachsorgephase

Da die Rückfallgefahr bei Zwangsstörungen relativ gross ist, ist bei allen Patienten nach dem Abschluss der intensiven Therapiephase eine Nachsorgephase erforderlich.

Inhalte der Nachsorgephase sind:

- Bilanzierung des Therapieprozesses
- Anbahnung von sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten, um die jetzt «zwangsfreien Stunden» ausfüllen zu können.
- Sensibilisierung für das Rückfallrisiko (z.B. schulischer Stress)
- «Auffrischungssitzungen» (Wiederholung von einzelnen Expositionsübungen)
- Veränderung familiärer Interaktionen (z.B. überfürsorgliche Haltung der Eltern während der Erkrankung)
- (Ggf.) Medikationsüberprüfung

Ergänzende Therapien

Im Rahmen der Nachsorge gilt es, auch mögliche aufrechterhaltende Bedingungen zu fokussieren, die dem Patienten zu Beginn der Therapie oft nicht bewusst sind und erst im Verlauf der Therapie erarbeitet wurden. Langfristig kann die Behandlung der Zwangsstörung nur erfolgreich sein, wenn solche Faktoren erkannt und in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden

Merkpunkt: Nach einer deutlichen Reduktion der Zwänge durch die Kognitive Verhaltenstherapie sollte die Therapie nicht zu schnell beendet werden. Die Nachsorgephase bietet Gelegenheit, grundlegende intrapsychische und interpersonelle Probleme des Kindes oder Jugendlichen zu bearbeiten.

Zusammenfassung

Die Behandlung der Zwangsstörung ist eine multimodal ausgerichtete, hochindividuelle Therapie, bei der verschiedene Behandlungselemente je nach Symptomatik, Schweregrad und Belastung des Patienten in

einen Therapieplan integriert werden. Im Rahmen der Psychotherapie sollte nicht nur allein über die Zwänge «geredet», sondern es sollten neue Erfahrungen im Umgang mit Emotionen erlebbar gemacht werden. Die Methode der Wahl ist hierfür die Exposition mit Reaktionsmanagement, die sich in kontrollierten Therapiestudien als hoch effektiv erwiesen hat. Sie ist das zentrale und unverzichtbare Therapieelement. In der Praxis wird leider nach wie vor ein grosser Anteil der Patienten nicht oder nur unzureichend mit der Expositionstherapie behandelt. ●

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Gunilla Wewetzer
Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer

Kliniken der Stadt Köln GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Florentine-Eichler-Strasse 1
D-51067 Köln

E-Mail: WewetzerC@kliniken-koeln.de

Tel. 0221-8907 21

Fax 0221-8907 2052

Bei beiden Autoren liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur:

1. Kordon A, Lotz-Rambaldi W et al.: S3-Leitlinie Zwangsstörungen (AWMF Registernummer 038/017. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; 2013.
2. Freeman J, Garcia A et al.: Evidence-base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Child & Adolescent psychology, 2013; 0: 1–20.
3. Wewetzer G, Wewetzer Ch.: Ratgeber Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe Verlag; 2014.
4. Moritz S; Hauschildt M.: Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training – Denkfallen erkennen und entschärfen. Springer Verlag; 2011.
5. Wewetzer G; Wewetzer Ch.: Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Therapiemanual. Hogrefe Verlag; 2012.
6. Brezinka V: Computer games supporting cognitive behavior therapy. Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry; 2014; 19: 100–110.
7. Rufer M und Fricke S: Der Zwang in meiner Nähe. Bern: Huber; 2009.
8. Wewetzer Ch; Walitza S.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: M. Gerlach, C. Mehler-Wex, S. Walitza, A. Warnke & Ch. Wewetzer (Hrsg.). Neuro-Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. Wien New York: Springer; 2009.

Ein bisschen «depri» sind wir doch alle...

Stigmatisierung psychisch kranker Menschen im Alltag

Im Rahmen der Veranstaltungsreihe «Leben im Imperativ – wie wir glauben, sein zu müssen» des AStA der Universität Konstanz hielt der Selbsthilfegruppenleiter Dennis Riehle einen Vortrag unter dem Titel «Ein bisschen «depri» sind wir doch alle... – Stigmatisierung psychisch kranker Menschen im Alltag», dessen Inhalt im Folgenden zusammengefasst ist.

«Stigmatisierung psychisch Kranker nimmt zu», so titelte beispielsweise das «Deutsche Ärzteblatt» am 12. März 2014. Abgesehen davon, dass eine derartige Überschrift gleich drei Aussagen enthält, die durch ihre Pauschalisierung nicht in der Lage sind, eine Differenziertheit zu ermöglichen, frage ich mich als Betroffener, welche Botschaft ich aus solch einer Feststellung entnehmen soll. Nicht nur der Wahrheitsgehalt sinkt wegen der Generalisierung gegen Null; auch weiss ich nicht, ob die Presse mit diesen Formen von Nachrichten eher Mitleid für die psychisch Kranken einfordern oder doch aufrütteln und gegen eine gesellschaftliche Entwicklung anschreiben will.

Wenn wir uns auf eine Mindestdefinition über «psychische Störungen» einigen möchten, so kommen wir kaum umhin, die Begrifflichkeit der «Normalität» zu verwenden. Wenn das Denken, Fühlen, Verhalten oder Wahrnehmen von diesem «Normalzustand» in beträchtlicher Weise abweicht, kann man vielleicht von einer «seelischen Erkrankung» sprechen. Doch wo beginnt schlussendlich dieses «Normalsein» und wo endet es?

Kaum jemand kann heute den nahezu täglichen Schlagzeilen entweichen, die davon berichten, wie sich die psychische Gesundheit der Bürger entwickelt. Dabei gibt es aber durchaus unterschiedliche Festhaltungen. Während beispielsweise die «Süddeutsche» am 21. Mai 2013 noch titelte, «psychische Erkrankungen» nähmen «nicht zu», kam die «Südwestpresse» zwei Jahre später zur Ansicht: «Psychische Erkrankungen nehmen zu» (1. Oktober 2015). Die Zahlen scheinen dagegen eine eindeutige Sprache zu sprechen: Derzeit gelten rund 8 Millionen Menschen in Deutschland und

knapp 1.5 Millionen in der Schweiz als «psychisch krank», seit 1976 wird eine Steigerung an Krankentagen aufgrund seelischer Leiden festgestellt, die 1996 mit einer Zunahme um 33 Prozent deutlich an Fahrt gewonnen hat.¹ Auch «im Kleinen» beobachte ich ähnliche Entwicklungen: Kontaktierten mich zu Beginn meiner ehrenamtlichen Selbsthilfefarbeit vor zehn Jahren noch durchschnittlich 15 Hilfesuchende pro Monat, waren es 2014 bereits 38. Und in 2015 ist von über 50 Betroffenen oder Angehörigen aus dem Landkreis Konstanz auszugehen, die monatlich bei der Selbsthilfe um Rat und Unterstützung anfragen.

Werden wir also tatsächlich psychisch kränker? Manche Wissenschaftler behaupten dies, andere widersprechen vehement. Es liege an der verbesserten Diagnostik, die eine frühzeitigere Erkennung von seelischen Leiden ermögliche. Und an der zunehmenden Offenheit, sich mit seinen Problemen auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. Sind heute demnach genauso viele Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen wie vor Jahrzehnten? Zumindest beim Krankheitsbild der Schizophrenie scheint diese Aussage zu stimmen. In allen Ländern und gleichsam den unterschiedlichsten Kulturkreisen auf unserem Erdball kann seit Erhebung von Daten kein Anstieg der Betroffenen dieser Störung erkannt werden; weiterhin ist etwa 1% der Bevölkerung weltweit erkrankt.² Gleichzeitig lässt sich die Wahrnehmung kaum verdrängen, dass bei neurotischen Krankheitsbildern wie Angststörungen, Zwängen oder Belastungsreaktionen eine wachsende Zahl an Menschen betroffen scheint. Sie sind anfälliger für exogene Faktoren, beruhen nicht in erster Linie auf genetisch bedingten Dispositionen, die unveränderbar sein dürften.

In der Literatur trifft man im Zusammenhang mit den Störungsbildern, die viele Forscher bereits als «Volkskrankheiten» bezeichnen, immer wieder auf die Ursache «Stress». Allerdings wird dieser nicht nur alltagssprachlich häufig auf Hektik und Über-

1 Quelle: GKV, «Süddeutsche» (03.01.2007)

2 Wölwer, Wolfgang; Gaebel, Wolfgang in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft Nr. 50, Schizophrenie. Robert-Koch-Institut. Berlin: 2010

forderung begrenzt und vor allem als zeitliche Überlastung verstanden. Doch blicken wir auf Depressionen oder gewisse Persönlichkeitsstörungen, dürfte sich auch ein Grund finden, den wir im Kontext eines sich zur angeblichen «Freiheit» entwickelnden Gesellschaftsbildes betrachten sollten: Selbstbestimmung, wie sie sich in einer sich – nicht nur gefühlt – entsolidarisierenden ökonomisierten Weltanschauung vermeintlich als Fortschritt darbietenden Form von Grenzenlosigkeiten offenbart, ist in Wahrheit Stress pur. Die Vielfalt an Möglichkeiten, sich in den verschiedensten Bereichen entscheiden zu können oder zu müssen, beginnt nicht erst bei der Berufswahl, bei der wir mittlerweile mit einer ganzen Flut an Wegen konfrontiert sind, die wir für unser Leben einschlagen können. Der Druck, sich selbst zu verwirklichen und in beständiger Konkurrenz zu Mitstreitern zu stehen, macht uns zu Individuen, denen Werte des sozialen Miteinanders immer häufiger einfach nur fremd sind. Alleingelassen zu sein in einem Umfeld, das weder einen menschlichen, noch materiellen Halt zusichert, kann nicht nur emotional erkalten lassen, sondern auch krank machen.

Sind wir also vielleicht gar noch selbst schuld, wenn wir heute seelisch krank werden? Sind psychische Störungen Ausdruck davon, dass wir möglicherweise an einem Gesellschaftsmodell, das so viele Gelegenheiten bietet, uns in jedem Bereich des Alltags frei zu entfalten, gescheitert sind? Und können wir gleichzeitig darauf setzen, gegenüber Menschen mit seelischen Leiden mehr Offenheit aus der Allgemeinheit zu erfahren? Gewiss mögen Aufklärung und Sensibilisierung dazu beitragen, mehr Verständnis zugesprochen zu bekommen. Doch ist das wirklich das Ziel? Kann es der Wunsch von psychisch Kranken sein, auf Gnade und Barmherzigkeit zu hoffen? Oder beginnt nicht mit dem so bemitleidenswert klingenden «Ich verstehe dich...» die Stigmatisierung im Alltag?

Blickt man auf die ursprüngliche Bedeutung, so bestätigt sie ganz offenkundig eine solche These: Das Stigma als «Wundmal», als damit dauerhaft existierender oder Narben hinterlassender wunder Punkt, der uns unserem Gegenüber als «anders» darstellt, wie es sich von uns erwartet hätte. Es besteht eine eindeutige Kluft zwischen dem, was

wir sein sollten – und dem, was wir sind. Und das ist nur möglich, wenn wir einzelne Merkmale (wie die psychische Erkrankung) auf die vollständige Persönlichkeit eines Individuums generalisieren.³

Nicht selten hat die Stigmatisierung ihren Ausgangspunkt in der Verwundbarkeit desjenigen, der stigmatisiert. Aus Gründen der eigenen Unsicherheit hilft die Herabwürdigung anderer Menschen dabei, die Angst vor einer eigenen Ausgrenzung zu überspielen und in ein Gefühl von Macht zu kanalisieren. Wer stigmatisiert, erhofft sich wohl, zu einer Mehrheit zu gehören, die schützt und vermeintlich stark zu machen scheint. Das Betonen und ein sichtbares (oder hörbares) Bekenntnis der eigenen «Normalität» durch das Stigmatisieren des fälschlicherweise in einer eventuellen Minorität als den «Schwächeren» Einstuften fungiert dann als Statussymbol, das letztlich aber nur die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Ichs offenlegt.

Schon in Voraussicht, eventuell selbst einmal zu der Gruppe der Ausgegrenzten zu gehören, stigmatisieren wir, um über unsere eigene Verwundbarkeit zu täuschen. Denn eigentlich weiss jeder, der stigmatisiert, dass das eigens definierte Bild von Normvorstellungen immer utopisch sein wird – vielleicht auch ganz bewusst stets unerreichbar, um damit die Grundlage für das Stigmatisieren aufrecht zu erhalten. Da hilft auch die Aufklärungsarbeit nur bedingt, wenngleich die fehlende Bildung und eklatant wahrzunehmende Informationsdefizite in der Bevölkerung einen wesentlichen Vorschub für Stigmatisierung leisten.

Unklar bleibt, wie es um die Stigmatisierung psychisch Kranker in unserer Gesellschaft wirklich bestellt ist. Nachdem 2011 erstmals in Zweifel gezogen wurde, dass im Abbau der Stigmatisierung seelisch Erkrankter Fortschritte erzielt würden, widersprach der Berufsverband Deutscher Psychiater und berief sich auf vorherige Erhebungen, die

3 Goffman, Ervin: Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity. New York 1963, Seite 6, sowie auch Koschnick, Wolfgang J.: Standardwörterbuch für die Sozialwissenschaften. Band 2. München London Paris New York 1993.

zeigten, dass der persönliche Kontakt zu Betroffenen Stigmatisierung lindert⁴. Die fehlende Eindeutigkeit in der Forschung mag tatsächlich auch in der Tiefe der jeweiligen Studien zu suchen sein, denn gleichsam aktuelle Beispiele zeigen, dass Menschen in der oberflächlichen Befragung dazu tendieren, ihre Toleranz zu unterstreichen, bei detaillierteren Fragestellungen ihre Vorbehalte gegenüber Minderheiten jedoch nicht leugnen können. Entsprechend kann man nur auf weitere Forschungen hoffen, die aufzeigen, welcher Weg in der Entstigmatisierung zu gehen ist.

Fokussiert man die Stigmatisierung wieder auf den Bereich der seelischen Erkrankungen, so kann gerade beim Krankheitsbild der Depressionen zwar ein leichter Rückgang an Stigmatisierung festgestellt werden⁴ (was nicht zuletzt einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit zu verdanken ist, die aber oftmals leider nur dann Aufmerksamkeit erhält, wenn tragische Beispiele – wie der Selbstmord von prominenten Persönlichkeiten – dazu den Anstoss geben), durch eine Sensationsberichterstattung (wie beim Todesflug des erkrankten Piloten, der in den französischen Alpen den absichtlichen Absturz seines von ihm geführten Airbus herbeiführte) gleichsam die Ängste vor Betroffenen zugenommen haben⁴. Bei Psychoseerkrankten verharrt die Stigmatisierung auf beachtlichem Niveau, bei Alkoholabhängigen nahm sie in den letzten Jahren gar neuerlich dramatisch zu⁴. Insgesamt formuliert eine grosse Mehrheit der Aussenstehenden eindeutig, dass ihrerseits der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken Bestand hat⁴.

Ein Zusammenhang wird deutlich: Je eher Nicht-Erkrankte einem Betroffenen für sein psychisches Leiden eine «Verantwortung» geben, desto umfangreicher scheint auch die Stigmatisierung und Abgrenzung auszufallen⁴. Dabei ist es nicht nur die öffentliche Stigmatisierung⁵, auch unter Freunden, Bekannten, innerhalb von Verwandtschaft oder Familie, aber gleichsam bei der Suche nach einer

Wohnung oder im Bewerbungsgespräch etc., die Betroffenen zusetzt. Während hier Stereotypen⁵, also verbreitete Vorbehalte über psychisch Kranke, auf die konkrete Einzelperson projiziert werden (sofern sich der Erkrankte entschieden hat, mit seinem Leiden offen umzugehen oder durch «Falschmeldungen» beziehungsweise Gerüchte «geoutet» wird), hat die Stigmatisierung durch Behörden oder in Gesetzen einen strukturellen⁵ Charakter, der zwangsläufig weit über verbales Ausgrenzen hinausgeht und zu einer offenen erkennbaren Benachteiligung führt (Diskriminierung)⁵. Nicht zuletzt durch derartige Zuschreibungen werden Betroffene auch in ihrer Selbstgeisselung unterstützt. Die Selbststigmatisierung⁵ ist in vielen Minderheiten ein nicht gern erwähntes Thema, denn letztlich tragen beispielsweise auch psychisch Kranke durch das mehr oder weniger bewusste Bedienen von gewöhnlichen Ressentiments dazu bei, dass sich die Umwelt in ihrer unspezifischen Voreingenommenheit nachhaltig bestätigt fühlt. Selbstmitleid und die Bildung von Parallelwelten sind hierfür die klassischen Beispiele, aber gleichsam das beständige Einfordern neuer Rechte im Verweis auf die doch so drastische Ungerechtigkeit. Diese wesentlichen Merkmale eines eigenprophezeiten Auftretens müssen psychisch Erkrankte selbstkritisch hinterfragen.

Ein Geheimnis ist auch nicht, dass selbst das psychiatrische Gesundheitswesen, von dem sich Betroffene Hilfestellung erwarten, nach Jahren der regelhaft bestehenden, körperlichen Züchtigung in ferner Vergangenheit heute zunehmende verbale Stigmatisierung hoffähig macht. Aussagen von Ärzten, Pflegern und Therapeuten über die eigenen Patienten lassen teils erschauern.

Ich selbst erinnere mich an Zuschreibungen wie die des «menschlichen Monsters» bei einer vergleichsweise harmlosen Erkrankung wie «meiner» Zwangsstörung. Zweifelsohne ist in der Frage nach «Würde» im gesundheitlichen Versorgungswesen auch die der Behandelnden vollkommen bedingungslos – und damit die Nachsicht mit ihrem Frust und ihrer Überforderung ein denkbare Erklärungsmuster für Stigmatisierung. «Kopfpauschalen» und der Versuch, psychische Krankheiten und ihre Behandlung auch in der Vergütung mit somatischen

4 <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57914/Stigmatisierung-psychisch-Kranker-nimmt-zu>

5 nach Berger M. (Hrsg.), Rüschi N. u.a. in: Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie. Zusatzkapitel «Stigma». München Jena 2004.

Störungsbildern auf gleiche Ebene stellen zu wollen, lassen letztlich aber fürchten, dass sich der Trend von strapaziertem Fachpersonal fortsetzt.

Da wirken die Darstellungen in manchen Medien, die bei Gewaltdelikten zwischen einem Straftäter und einer psychischen Störung völlig selbstverständlich ein Gleichzeichen setzen, nahezu schon harmlos, wenn wieder einmal nebulös über Schicksal und Kindheit eines anonymen Menschen spekuliert wird, der sexuell übergriffig wurde oder das Messer zückte. Berichte von Grundrechtsorganisationen, die immer wieder Fälle belegen, wonach gerade die Exekutive nicht selten in Hilflosigkeit gegenüber psychisch Erkrankten unduldsam agiert, untermauert die Dringlichkeit, in Aus- und Weiterbildung von Polizisten oder Vollzugsbeamten verstärkt die Perspektive auf das Erlernen von Sensibilitäten zu legen. Letztlich werden sich aber auch viele Betroffene darüber klar werden müssen, ob sie nach dem Motto «unter Behinderten» weiterhin eine Grüppchenbildung betreiben wollen, die dem Gedanken der Entstigmatisierung zuwider läuft.

Dass wir Stigmatisierung nicht innerhalb von Monaten aus unserer Gesellschaft verdrängen können, muss uns bewusst sein. Deshalb bedarf es der zunehmenden Edukation von psychisch Erkrankten selbst, die bislang gerade in Therapien nur unzureichend darüber aufgeklärt werden, wie es gelingen kann, sich ein «dickes Fell» anzulegen und mit Stigmatisierungen ganz pragmatisch umzugehen. Um dies zu ändern, bedarf es zunächst einer ausreichenden Zahl an Behandlungsplätzen. Gerade in Politik und in der Bedarfsplanung scheint bis heute nicht deutlich geworden zu sein, welche Dynamik die Ausbreitung der seelischen Erkrankungen gewonnen hat – und welcher Antwort es darauf bedarf, wenn schon dem unglücklichen Prinzip kurativen Reagierens statt präventiven Agierens angehängt wird (nicht zuletzt vielleicht auch aus Gründen der lobbyistischen Einflussnahme mancher Pharmaunternehmen, für deren Erfolg der Ausbruch einer Krankheit deutlich lukrativer ist als die Vorbeugung) und damit zugelassen wird, dass Gesellschaft und Wirtschaft von einer Welle an Kosten übermannt werden, die für die benötigten Infrastrukturen zur Therapie von psychisch Kranken zukünftig gebraucht werden.

Dass man sich der «Natürlichkeit» seelischen Leidens als Teil unserer Welt erst noch bewusst sein muss, zeigt auch, dass die bisherige Verdrängung der Thematik aus Scham über das lange Aussitzen eines riesigen finanziellen wie ethischen Problems nicht mehr funktionieren wird. Welch grosse Chancen mit dem Denkmuster des Schweigens vertan werden, zeigt ein Blick auf die Geschichte, die belegt, welche Potenziale in psychisch kranken Menschen schlummern. Ich frage mich, wann der erste Fernsehsender seine Reportagen über psychisch Kranke statt mit Blaulicht und Zwangsjacken mit der Genialität in Kunst oder Wissenschaft eröffnet, die erst dadurch möglich wurde, dass die Erschaffer ohne ihr «Verrücktsein» niemals auf Ideen gekommen wären, deren Umsetzung uns manches Mal bis weit in die Gegenwart fasziniert.

Abschliessend bleibt das Paradoxon aufrecht, wie wir aus der Spirale entfliehen können, die uns auf der einen Seite durch ein sich zu mehr Individualismus entwickelnden Gesellschaftsmodells in regelmässige Erwartungshaltungen versetzt, «normal»sein zu müssen – und gleichzeitig aber (glücklicherweise!) über den Begriff der «Normalität» eine derart riesige Definitionsbreite zulässt, dass eine Übereinkunft auf eine allgemein geltende Umschreibung nahezu unmöglich ist. Wenn wir akzeptieren, dass unser Verständnis von Toleranz auch jene Verschieden- und Andersartigkeit umfasst, die ausserhalb manch latenter Konventionen zu finden ist, wären wir sicher ein Stück weiter. Voreiliges Tabuisieren, aber auch die Idealisierung der Selbstbestimmung, deren Chancen und Risiken Betroffene erst einmal erlernen müssen, sind nicht die Lösung.

Nicht jede Freiheit muss zwangsläufig auch ein positives Hinzugewinnen bedeuten – besonders dann nicht, wenn ihre Folge eine Entsolidarisierung ist, die auch die Selbsthilfe schon heute erlebt. Wenn Menschen nicht mehr bereit sind, sich die Sorgen anderer anzuhören, um daraus Erkenntniszuwächse für den eigenen Alltag mitzunehmen, und stattdessen in ein «Konsumverhalten» abfallen, in dem ausschliesslich der Vorteil für persönliche Zwecke überwiegen soll, geht auch Nahbarkeit verloren, die für Empathie, Einsichten und Respekt so unabdingbar sind. Derzeit werden wir allerdings

auch noch nicht erwarten können, dass der Teufelskreis aus Stigmatisierung, die wiederum die Zurückhaltung Betroffener verstärkt, öffentlich als Erfahrungsträger die Realität über psychische Erkrankung «fassbar» zu machen, durchbrochen wird.

Und doch ergibt sich aus der Forderung nach Anstrengungen in der Forschung, die uns möglicherweise bisweilen noch nicht zu ahnende wissenschaftliche Erkenntnisse über seelische Leiden liefert und dabei hilft, das Verstehen und Eingestehen von Ursachen psychischer Erkrankungen nicht in den Zusammenhang mit Versagen oder Schicksalen zu stellen, eine Liste an Aufgaben, die wir uns zu Herzen nehmen dürfen, wenn uns daran gelegen ist, propagierte Pluralität auch tatsächlich lebendig werden zu lassen...

AUTOR

DENNIS RIEHLE

Selbsthilfe Zwänge, Phobien,
Psychosomatische Störungen
und Depressionen

im Landkreis Konstanz
Martin-Schleyer-Str. 27

78465 Konstanz

selbsthilfearbeit@riehle-dennis.de



Professionelle Pflege bei Zwangsstörungen



(...) Wenn ich auf meinem Berufsweg in der Psychiatrie zurückblicke, muss ich sagen, dass ich während meiner über zehnjährigen Tätigkeit als Pflegefachmann in vier verschiedenen psychiatrischen Institutionen in Deutschland praktisch nichts Relevantes über die Zwangsstörung, ihre Entstehung und Therapie gelernt habe und dementsprechend auch nichts über einen möglichen fachlichen Beitrag von Pflegefachpersonen zur Behandlung der Betroffenen. (...)

Seit 2007 arbeite ich in der Schweiz auf einer Psychotherapiestation, die störungsspezifische Therapie für Menschen mit einer Zwangsstörung in Form von kognitiver Verhaltenstherapie mit Expositionstraining und Reaktionsmanagement lege artis anbietet. Die Berichte der Betroffenen über ihre Vorerfahrungen in ambulanter, teil- und vollstationärer Therapie decken sich größtenteils mit meinen persönlichen Erfahrungen aus Deutschland. Auch in Gesprächen mit engagierten Kollegen aus unterschiedlichen psychiatrischen Settings erhärtet sich der Eindruck eines erheblichen Nachholbedarfs an Wissen über das Störungsbild der Zwangserkrankung und seine Behandlung. Gibt man in einer Suchmaschine eine Begriffskombination aus «Zwangsstörung» und «Pflege» ein, landet man kaum aufschlussreiche Treffer. Die Informationen sind

dürftig bis falsch; so finden sich immer noch vermeintlich fachliche Empfehlungen zum Unterdrücken und Verhindern von Zwangshandlungen. Die erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit der kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionstraining wird im besten Fall erwähnt. Wie diese im Einzelnen aussieht, bleibt unklar. Da ich für mich in den letzten Jahren die Erfahrung machen durfte, dass die Arbeit mit Betroffenen einer Zwangsstörung eine sehr interessante und – bei Anwendung der richtigen Interventionen – auch eine sehr befriedigende Tätigkeit für Pflegefachpersonen sein kann. Im Mittelpunkt steht die Darstellung des gesamten Ablaufs des Expositionstrainings mit Reaktionsmanagement. Hierbei sehe ich die qualifizierten Pflegefachpersonen als wichtige Mitglieder eines interdisziplinären Behandlungsteams verschiedener Berufsgruppen, die alle gemeinsam dazu beitragen können, dass Menschen mit einer Zwangsstörung schneller und umfassender geholfen wird, als dies bisher der Fall war.

Pflegediagnose «Machtlosigkeit»

Eine Pflegediagnose Zwangsstörung gibt es nicht. Nach der NANDA Taxonomie 2, der aktuellen Klassifikation der North American Nursing Diagnosis Association, die weltweit genutzt wird, fällt die Diagnose «Machtlosigkeit» unter die Kategorie Selbstwahrnehmung ins Auge. Die Definition lautet: «Die Wahrnehmung, dass das eigene Handeln keinen wesentlichen Einfluss auf den Ausgang einer Sache haben wird; wahrgenommener Kontrollverlust über eine momentane Situation oder ein unmittelbares Ereignis.» (Doenges 2002 Seite 500) Das Ausmaß der empfundenen Machtlosigkeit lässt sich dann noch spezifizieren in schwer, mässig und leicht.

Mehrere Aspekte dieser Diagnose lassen sich gut auf die Folgen der Zwangsstörung anwenden. Die meisten Betroffenen, mit denen die Diagnose direkt besprochen wird, finden ihre Situation darin im Vergleich zu anderen Pflegediagnosen am besten dargestellt.

Der Aspekt, etwas überhaupt oder zumindest auf andere Art tun zu wollen, es aber nicht tun zu kön-

nen, findet sich hier am deutlichsten. Die Kontrolle hat der Zwang übernommen, es handelt sich sozusagen um einen internen Kontrollverlust, den die Betroffenen größtenteils bewusst erleben. Sie wissen aber nicht, was sie zur Veränderung der Situation beitragen können. Deshalb ist das Wissen über das eigene Denken, emotionale Erleben und Handeln der Schlüssel gegen die Machtlosigkeit. Folgerichtig setzen die durchzuführenden Interventionen an diesen drei Punkten an. In der Diagnose wird unter «patientenbezogenen Pflegezielen» auf die Eigenverantwortung und aktive Beteiligung der Betroffenen hingewiesen. Das ist – nicht nur, aber auch – eine wichtige Voraussetzung für das Expositionstraining. Auch eine Form von kognitiver Neubewertung wird als Ziel benannt: Die Anerkennung der Tatsache, dass der Betroffene nicht über alles Kontrolle haben muss und kann, z.B. die eigenen Gedanken. Für den Behandlungskontext heißt es aber eben auch, dass es system- und personenabhängige Grenzen gibt in Bezug auf Stationsregeln, Therapieplangestaltung, Auswahl des Einzeltherapeuten oder der Bezugsperson, Terminabsprachen mit dem ambulanten Pflegedienst etc. Hier bietet sich uns Pflegefachpersonen die Möglichkeit, Erfahrungen der Betroffenen aus dem therapeutischen Setting in ihr sonstiges Lebensumfeld zu übertragen und gemeinsam mit ihnen diese Erfahrungen zu reflektieren und für die Zukunft zu nutzen (...)

Rollen und Aufgaben der Pflegenden bei Zwangsstörungen

(...)

Die Vorbildfunktion

(...) Eine andere Besonderheit sind die vielen alltäglichen Situationen, in denen Betroffene sich nicht an die gewünschten Abläufe halten (können): Jemand blockiert stundenlang das Badezimmer, für Familienangehörige oder Mitpatienten. Jemand kommt regelmässig zu spät zu vereinbarten Terminen ambulant, stationär oder im privaten Rahmen. Jemand «verweigert» angeordnete Therapiemaßnahmen (Blutentnahmen, EKG, Röntgen etc.). Jemand kann nicht am Essen in der Wohngruppe

teilnehmen. Jemand lässt das Reinigungspersonal nicht in sein Zimmer. Jemand kann notwendige administrative Aufgaben nicht erledigen ...

Wie kann man in solchen Momenten auf diese Menschen reagieren?

Mit einer Haltung von Verständnis für ihre Störung und ohne in einen Machtkampf ein zu steigen. Es ist in jedem Fall davon ab zu sehen, die Betroffenen gegen ihren Willen zu Handlungen zu zwingen oder sie am Ausüben ihrer Rituale mit Gewalt zu hindern, z.B. die Badezimmertür ab zu schließen, damit jemand nicht mehr so lange duschen kann. Dies führt unweigerlich zu einem Anstieg der inneren Spannung und somit zu einer Eskalation der ohnehin schon schwierigen Situation. Je nach Situation werden die Betroffenen dann früher oder später den Kontakt abbrechen und bleiben mit einer weiteren frustrierenden Erfahrung zurück.

Fallbeispiel:

Hr. M. erhält ambulante psychiatrische Pflege. Er leidet seit Jahren unter Kontroll- und Putzzwängen. Seine Befürchtung vor Keimen und Schmutz durch Parasiten ist bekannt. Er ist über seine Diagnose informiert, hat aber noch keiner störungsspezifischen Therapie zu gestimmt. Die ambulante Betreuung befindet sich am Anfang.

Hr.M.: «Ich möchte sie bitten, mir mein Bett neu zu beziehen und die schmutzige Wäsche wegzuräumen.»

Pflegefachperson: «Darf ich fragen, wer denn bisher bei ihnen das Bett gemacht hat?»

Hr. M.: «Bisher hat das immer meine Mutter gemacht, aber die ist jetzt selber im Krankenhaus und kann nicht kommen. Alleine kann ich das auf keinen Fall machen. Sie müssen mir helfen, für mich ist das alles vollkommen verseucht.»

P.: «Das ist sicherlich eine schwierige Situation für sie. Bisher hatten sie Unterstützung und nun merken sie noch deutlicher, wie sehr die Zwänge sie im Alltag einschränken. Es ist aber auch für mich nicht so einfach, denn ich möchte ihnen nicht bei der Vermeidung von Alltagshandlungen helfen. Das würde nur ihre Zwangsstörung weiter verfestigen. Ich möchte

sie allerdings auch nicht ohne jede Unterstützung allein lassen. Vielleicht können wir einen Kompromiss vereinbaren. Was meinen sie?»

Hr.M.: «Wie könnte das denn aussehen?»

P.: «Ich könnte mir vorstellen, dass ich ihnen die schmutzige Bettwäsche abziehe und in den Wäschekorb bringe. Sie beziehen dann das Bett alleine neu. Die schmutzige Wäsche können wir ja vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt gemeinsam in die Waschmaschine tun. Was halten sie davon?»

Hr.M.: «Das klingt immer noch sehr schwierig, denn meine Mutter hat mir das alles seit Jahren komplett abgenommen. Aber ich bin bereit, es einmal zu versuchen, wie sie es vorgeschlagen haben.»

Ohne detailliert auf die Zwangsstörung und weitere mögliche therapeutische Schritte ein zu gehen, kann so lösungsorientiert mit einer konkreten Situation umgegangen werden und ein eventuell weiterführendes Vorgehen angedeutet und angebahnt werden.

Eine intensivere Möglichkeit, aktiv auf Betroffenen zu zugehen, die vertieftes Interesse zeigen, ist die Psychoedukation (s. S. 73).

Interdisziplinarität und Rolle der Pflegefachpersonen

Dass in einem stationären wie im ambulanten Setting heutzutage mehrere unterschiedliche Berufsgruppen zusammen arbeiten und dabei versuchen, sich zum größtmöglichen Wohl der Betroffenen zu ergänzen, ist die Regel. Von einem multiprofessionellen Team zu sprechen, gehört sozusagen zum guten Ton. Wie im konkreten Einzelfall Hierarchien und Kompetenzen verteilt sind, wer welche Rechte und Pflichten hat, sollte sich idealerweise aus den Qualifikationen der jeweiligen Teammitglieder ergeben. Wenn sich theoretisches Schulwissen und praktisches Erfahrungswissen ergänzen, wächst der Ertrag für Betroffene und Behandelnde; dies ist ebenso banal wie wahr. Viel zu häufig wird jedoch in Diskussionen über berufsspezifische Unterschiede zwischen Pflege,

und Medizin, Psychologie und auch Sozialarbeit mit Stereotypen argumentiert. Die Ärzte sind reine Theoretiker und regeln alles über Medikamente, die Psychologinnen sind zu unpraktisch und zu nachsichtig, die Pflege hat zu wenig Faktenwissen und Soziale Arbeit muss immer alles ausdiskutieren (...)

Wer sich mit Berufskollegen aus anderen Institutionen oder Bereichen unterhält, merkt jedoch schnell, wie unterschiedlich «Interdisziplinarität» und «Rollenverständnis» definiert werden können und auch definiert werden. Gerade auch das Selbstverständnis der Pflegefachpersonen und ihrer Rolle – oder besser: Rollen – im gesamten Therapie-, Genesungs- und Betreuungsprozess unterscheidet sich teilweise erheblich, sodass nicht nur interdisziplinäre sondern auch berufsgruppeninterne Diskussionen und Entscheidungsprozesse erschwert werden. Hinsichtlich der Rollenidentifikation und des Profils der Pflege in der Psychiatrie kann festgehalten werden, dass sich die Berufsgruppe selber uneinig ist und eher durch einen Zustand der «allgemeinen Orientierungslosigkeit» charakterisiert ist (Pieglar 2001, zitiert nach Genge u.a. 2013 S.248). Der aktuell andauernde Prozess der Professionalisierung der psychiatrischen Pflege im Allgemeinen spiegelt sich hier im Einzelnen bei der Rollenfindung der Pflegefachpersonen in Bezug auf ihren Anteil bei der Behandlung von Menschen mit einer Zwangsstörung wieder. Advance practise nursing (APN) ist ein Stichwort zum hier vorliegenden Selbstverständnis, das dann aktiv in den interdisziplinären Behandlungsprozess eingebracht werden kann. Dabei ist auch die Rollenfindung und Rollendefinition psychiatrischer APNs aktuell noch in einem Entwicklungsprozess. Dieser kann und sollte dementsprechend von uns Pflegefachpersonen aktiv mitgestaltet werden (Jensen 2014) (...)

Dass angemessen weitergebildetes psychiatrisches Pflegefachpersonal anspruchsvolle therapeutische Tätigkeiten ausführt, ist im Allgemeinen bereits auf vielen Therapiestationen der Fall. Im Speziellen und in Bezug auf die Zwangsstörung ist es zumindest teilweise bereits Realität. So erwähnen die S3 Leitlinien Zwangsstörung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN 2013, S. 35) eindeutig, dass «die für die Therapie besonders wichtige the-

rapeutenbegleitete Exposition in der Regel von den jeweiligen Bezugstherapeuten sowie von qualifizierten Pflegekräften (Ko-Therapeuten) durchgeführt wird.» Auf störungsspezifisch ausgerichteten Stationen wie z.B. der Station 6 im Universitätsklinikum Freiburg (Breisgau) oder der Psychotherapiestation im Sanatorium Kilchberg (Schweiz) ist dies seit Jahren erfolgreich der Fall. Auch im Bezirkskrankenhaus Bayreuth führen Pflegefachpersonen Expositionstrainings durch (Mate u.a. 2010). Es bestehen also offensichtlich keine unüberwindbaren Hindernisse auf institutioneller oder berufspolitischer Ebene, dass Pflegefachpersonen sich aktiv therapeutisch an der Behandlung von Menschen mit einer Zwangsstörung beteiligen können, soweit sie die Anwendung lege artis durchführen können.

Eine Qualifikation von Pflegefachpersonen für die Anwendung der kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositions-Reaktionsmanagement ist auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens sinnvoll, denn die Wirksamkeit der Expositionsübungen, die als das wirksamste Element bei der Therapie von Zwangsstörungen gelten (vgl. Förstner u.a. 2011), steigt nachgewiesenermaßen mit zeitlicher Behandlungsintensität. Der Einfluss der Therapieintensität auf die Effektstärken der Psychotherapie bei Zwangsstörungen ist in einem systematischen Review der NICE-Guideline von 2005 eindeutig belegt (...)

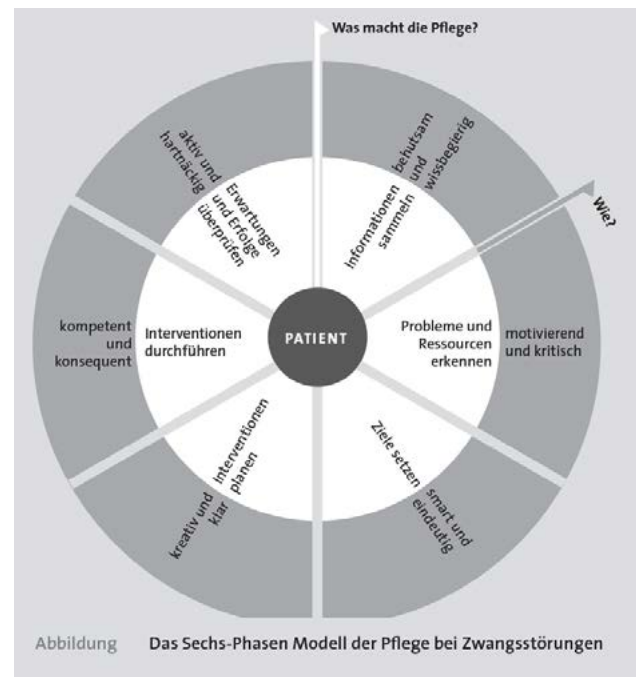
Für einen erfolgreichen und somit nicht länger Kosten verursachenden therapeutischen Verlauf werden qualifizierte Pflegefachpersonen benötigt, die sich am hohen zeitlichen Aufwand dieser Therapie beteiligen (...)

Die Gestaltung des Pflegeprozesses

(...)

Die folgenden Kapitel sind nach dem Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter und Meier (1998) strukturiert, dem im deutschsprachigen Raum gängigen Modell für die Gestaltung von Pflegeprozessen. In Abbildung 5 sieht man, welche Anforderungen sich für Pflegefachpersonen ergeben, wenn sie Menschen mit Zwangsstörungen begleiten.

Abbildung 5: Das Sechs-Phasen Modell der Pflege bei Zwangsstörungen



Befürchtungen: Wenn immer in Katastrophen gedacht wird

Unsicherheit und Zweifel (auf französisch heißt die Zwangsstörung «la maladie du doute», also Zweifelskrankheit) führen zu einer der häufigsten und bekanntesten Zwangshandlung, der Rückversicherung. Die Betroffenen nutzen dabei ihr Gegenüber zur Entlastung ihrer Befürchtung. Sie stellen eine Frage, um durch die Antwort Sicherheit zu gewinnen, von Verantwortung entlastet zu werden oder in ihrer Wahrnehmung bestätigt zu werden. Geht man auf den vermeintlichen Sachaspekt der Frage ein und antwortet, wird man Teil einer Zwangshandlung bzw. führt eine versteckt delegierte Zwangshandlung durch.

Der Umgang mit Rückversicherungsfragen ist eine der großen alltäglichen Herausforderungen im Umgang mit den Betroffenen. Angehörige und Fachpersonen kommen hier gleichermaßen an ihre Grenzen. Betroffene, die nicht in der Lage sind, das Stationsbüro zu verlassen, weil sie immer

noch nicht die Antwort bekommen haben, die sie hören müssten, und uns als Personal geradezu zwingen, das Notwendige zu sagen, bevor wir weiter arbeiten können, lösen früher oder später Hilflosigkeit und Ärger aus. Auch die tägliche Wiederholung von Fragen in bestimmten Situationen («Ist der Medikamentenbecher wirklich sauber?») stellt unsere Geduld auf eine harte Probe. Leider liest man immer wieder auch in Fachbüchern die Empfehlung, zu Beginn der Behandlung auf diese Fragen zu antworten, um die Betroffenen zu entlasten. Hier liegt ein Missverständnis über die Bedeutung und den Effekt dieser gegebenen Rückversicherung vor. Durch Unterstützung beim Ausüben einer Zwangshandlung trägt man zur Aufrechterhaltung der Störung bei. Das kann nicht das Ziel unseres Handelns sein.

Vielmehr können wir von Beginn an für eine Entspannung dieses Problems sorgen, indem wir den störungsspezifischen Charakter der Rückversicherung erklären und offen und direkt das Problem ansprechen: «Was denken Sie, kann diese Frage etwas mit ihrem Zwang zu tun haben? Kann es sein, dass sie mich um Rückversicherung bitten?» Menschen mit einer langjährigen Zwangsstörung bitten häufig automatisch um Rückversicherung, selbst bei Themen, die nicht mit einer klaren Befürchtung verbunden sind. Für uns bedeutet das, gerade zu Beginn der Behandlung, die Fragen offen und wertfrei zurückzugeben.

Beispiel:

Frage: «Habe ich heute einen Termin bei meinem Therapeuten?»

Gegenfrage: «Hat Ihnen denn Ihr Therapeut den nächsten Termin nicht aufgeschrieben?»

Je nach Reaktion der Betroffenen können wir den dahinter liegenden Druck erkennen oder erahnen. Einfaches Verweigern einer Antwort ist deswegen keine fachliche Intervention. Es ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, warum wir nicht die gewünschte Antwort geben: Weil wir nicht zur Aufrechterhaltung des Zwanges beitragen wollen. Wirkliche Hilfe und Unterstützung beim Phänomen der Rückversicherung ist, das Gewünschte nicht zu tun und zu erklären, warum man es nicht

tut. Die Rückmeldungen von Betroffenen, denen auf diese Art von Beginn ihrer Behandlung an begegnet wird, bestätigen die therapeutische Wirksamkeit dieses Vorgehen (...)

Zur Selbstbeobachtung anleiten: Die Zwangshierarchie

(...) Das Erstellen der Zwangshierarchie erfüllt mehrere unterschiedliche Funktionen für den weiteren Verlauf der Therapie. Erstens ist es eine Vervollständigung der Informationssammlung. Alle Beteiligten am Therapieprozess erweitern und präzisieren ihr Wissen über die Inhalte und Abläufe der Zwänge in konkret diesem Fall, nicht zuletzt auch der Betroffene selbst. Weiterhin dient die Kommunikation über die Zwangshierarchie der Vertiefung der Beziehung. Als Bezugsperson kann ich in der Rolle der kompetent beratenden Fachperson Vertrauen aufbauen. Ich kann Zuversicht vermitteln durch zusätzliche Informationen über das Expositionstraining, das in der weiteren Auseinandersetzung früher oder später ansteht. Für die Betroffenen kann das Erstellen der Hierarchie eine Art Exposition in sensu (lateinisch: in der Vorstellung) sein, weil sie sich bewusst mit den Details ihrer Zwänge beschäftigen müssen. Die Zwangshierarchie ist somit eine erste Prüfung der persönlichen Belastbarkeit und der Therapiemotivation. Schließlich wird auf Grundlage der Zwangshierarchie die erste konkrete Expositionsübung festgelegt. Bei einem graduierten Verfahren wird auf mittlerem Hierarchieniveau (zwischen 40 und 60) eine Zwangshandlung ausgewählt, von der sich der Betroffene vorstellen kann, sie dauerhaft weg zulassen. Nach erfolgreichem Verlauf werden dann auf dem jeweils nächst höheren Niveau weitere Expositionssituationen ausgewählt bis zur höchsten Stufe 100.

Bei der Erstellung der Hierarchie können verschiedene Schwierigkeiten auftreten, die näher angeschaut werden müssen. Manchmal sagen Betroffene, dass sie keine Hierarchie erstellen können, weil sie den Eindruck haben, bei ihnen seien alle Zwänge gleich stark. Häufiger wird die Erstellung der Hierarchie zwar als sinnvoll angesehen und es wird auch zugesichert, sie durchzuführen, dann jedoch werden immer wieder Gründe gefunden, warum es bisher

eben doch noch nicht ging. In beiden Fällen handelt es sich wahrscheinlich um Vermeidungsverhalten, das vom Behandlungsteam thematisiert werden muss. Zu hohe Funktionalität der Zwangsstörung, mangelndes Verständnis des Therapieverfahrens oder zu geringe Therapiemotivation können Gründe für das Verhalten sein. Die zunehmende Klärung der Funktionalität durch die Einzeltherapeuten sowie Information über das Therapieverfahren und seine erwiesenen Erfolgsaussichten und die gemeinsame Suche nach motivierenden Faktoren durch die Bezugspfleger können in solchen Fällen als Interventionen eingesetzt werden (...)

Das Erstellen einer detaillierten und für alle Beteiligten nachvollziehbaren Hierarchie ist die Voraussetzung für ein geplantes Expositionstraining. Nur ein geplantes Expositionstraining entspricht einer Durchführung *lege artis*, nach den Regeln der Kunst.

Es ist nicht empfehlenswert, ohne Hierarchie mit dem Expositionstraining zu beginnen (...)

Durchführung: kompetent und konsequent vorgehen

Im fünften Schritt des Pflegeprozesses werden die geplanten Interventionen praktisch umgesetzt und ausgeführt. Da für die Behandlung von Menschen mit Zwangsstörungen das Expositionstraining ein Kernelement ist, soll die Durchführung des Expositionstrainings im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen. Ein weiteres Argument für die ausführliche Darstellung ist, dass diese Intervention vielen Pflegefachpersonen nicht bekannt ist, aber, wie zu Beginn des Buches gezeigt wurde (s. S. 41) gut von ihnen durchgeführt werden kann.

Drehbuch Exposition mit Reaktionsmanagement anhand eines Fallbeispiels

Herr M. ist 58 Jahre alt und leidet seit seiner Jugend unter Kontroll-, Zähl- und Wiederholungszwängen. Er befürchtet, dass ihm oder seinen Angehörigen etwas Schlimmes zustößt, wenn er sich nicht korrekt verhält. Er muss regelmäßige Handlungen wiederho-

len bis sich das «richtige» Gefühl einstellt und hat besondere Angst vor Strahlungen und Giften aller Art und zunehmend vor körperlicher Erkrankung durch eigenes Verschulden. Dies ist seine erste Exposition überhaupt.

Einführung

Pflegefachperson: «Hallo Herr M., wir haben ja besprochen, dass wir heute mit dem Expositionstraining beginnen wollen, und wir haben gesagt, dass sie heute ihre Medikamentenbox für die nächste Woche vorbereiten und dabei auf alle Rituale in diesem Zusammenhang verzichten werden. Sie werden also nicht kontrollieren und nichts wiederholen, nichts Entlastendes denken und keine Verantwortung an mich abgeben. Sind Sie dazu immer noch entschlossen und wenn ja, haben sie dazu jetzt, bevor wir beginnen, noch Fragen?»

Herr M.: «Ja, ich habe es mir überlegt, ich will es auf jeden Fall versuchen. Fragen habe ich jetzt nicht.»

Pflegefachperson: «Sehr gut. Dann fasse ich noch mal kurz zusammen, was wir machen werden. Sie werden Ihre Medikamente in die einzelnen Tagesboxen tun und dabei schneller sein als sonst. Sie werden die bisherige zwanghaft vorgegebene Reihenfolge verändern, Sie werden die Medikamente anders als üblich auf dem Tisch vorbereiten. Sie werden nicht nachkontrollieren, während sie die Tabletten in die Box legen. Ich werde Ihnen Fragen stellen, wie es Ihnen geht, was Ihnen durch den Kopf geht, wie die Anspannung ist. Zusätzlich werde ich Sie ablenken, durch alltägliche Fragen, damit Sie nicht so konzentriert sein können, weil ich weiß, dass sie das verunsichert. Wenn mir etwas auffällt, das mit dem Zwang zu tun haben könnte, werde ich Sie darauf ansprechen. Wenn Sie mit dem Einsortieren fertig sind, werden Sie die Medikamentenbox in den Schrank stellen und sofort die Tür schließen, ohne nachzukontrollieren. Dann ist der begleitete Teil der Expo zu Ende und Sie werden sich noch eine Weile im Zimmer aufhalten und selbstständig beobachten, wie Sie sich fühlen, was Ihnen durch den Kopf geht und Ihr Expo-Protokoll führen.

Ich bin noch bis 20.00 Uhr im Dienst, wenn Sie das Gefühl haben sollten, dass Sie es nicht alleine

aushalten, dann melden Sie sich bitte im Büro. Ist das soweit o.k.?»

Herr M.: «Das ist alles o.k.»

Pflegefachperson: Sehr gut. Denken Sie bitte daran, dass Sie jederzeit sagen können, wenn es Ihnen zu viel ist. Sie entscheiden, wie viel Sie machen möchten. Es ist besser, wenn Sie sagen, dass es zu schwierig wird und wir gemeinsam beschließen, dass wir aufhören, als wenn Sie gedanklich oder auf der Handlungsebene versuchen sich abzulenken oder zu vermeiden, damit Sie irgendwie die Expo durchstehen können.

Herr M.: «Ja, auch das habe ich verstanden.»

Pflegefachperson: Wunderbar. Dann habe ich nur noch drei Fragen, und dann können wir tatsächlich anfangen. Sie haben sich jetzt entschieden, Expositionen zu machen, um Ihren Zwang loszuwerden. Das ist eine anstrengende Therapie. Was versprechen Sie sich davon?

Herr M.: «Ich möchte wieder mehr Zeit im Alltag gewinnen. Ich möchte mich wieder freier unter den Menschen bewegen können.»

Pflegefachperson: «Was würden Sie konkret mit der gewonnenen Zeit machen?»

Herr M.: «Ich würde mich mehr mit meinen Freunden treffen, in die Stadt gehen, ins Kino, ins Theater.»

Pflegefachperson: «Sehr schön. Es gibt also gute Gründe, diese Anstrengung auf sich zu nehmen. Frage zwei lautet: Wie werden Sie sich für die Expo möglichst heute noch belohnen?»

Herr M.: «Ich werde nachher zum See gehen und ein Eis essen, das habe ich seit zwei Jahren nicht mehr gemacht.»

Pflegefachperson: «Super, das ist eine sehr schöne Belohnung. Letzte Frage vor dem Start: Wie hoch ist die Anspannung, das Gefühl von Angst oder Bedrohung jetzt auf der Skala von 0–100 und wo spüren Sie dieses Gefühl jetzt, bevor wir anfangen?»

Herr M.: «Ungefähr 50. Ich habe nasse Hände und Herzklopfen.»

Durchführung

Pflegefachperson: «Dann holen Sie bitte jetzt Ihre Medikamente und die Wochenbox aus dem Schrank und beginnen zügig mit dem Einsortieren.»

Herr M. beginnt, seine Medikamente in die Boxen zu sortieren.

Die Pflegefachperson fragt immer wieder konkret nach aufkommenden Gefühlen und Gedanken, klärt den Verlauf der Anspannung:

«Wie hoch ist die Anspannung jetzt?»

«Was geht Ihnen durch den Kopf, wie fühlt sich das an?»

«Gibt es vielleicht unerwartete Gedanken oder Gefühle?»

«Merken Sie noch mehr Herzklopfen?»

Die Pflegefachperson triggert die Befürchtungen, macht auf offensichtliche Vermeidung oder Rituale aufmerksam, fragt nach verborgenen Vermeidungsstrategien.

«Was könnte jetzt schlimmstenfalls passieren?»

«Denken Sie, dass Sie etwas falsch gemacht haben?»

«Machen Sie etwas, um die Anspannung niedrig zu halten?»

«Denken Sie z.B., dass ich Ihnen sagen würde, wenn Sie einen Fehler machen würden?»

Die Pflegefachperson gibt immer wieder aktiv die Verantwortung an Herr M. für seine Handlungen zurück. Je nach Verlauf der Anspannung und der Motivation und Fähigkeit des Betroffenen, sich an die besprochenen neuen Verhaltensweisen zu halten, übernimmt die Pflegefachperson mehr oder weniger die Rolle des Zwangs im Kopf, fragt nach

verbotenen Gedanken oder spricht mögliche Katastrophen an.

«Sie wissen, dass ich nicht kontrolliere, ob Sie einen Fehler machen?»

«Was für Befürchtungen oder Bilder kommen Ihnen in den Kopf?»

«Sehen Sie sich vielleicht krank, allein und elend im Krankenhaus, weil Sie Ihre Medikamente falsch eingenommen haben?»

Abschluss des begleiteten Teils

Pflegefachperson: «Das haben Sie sehr gut gemacht! Es braucht viel Mut und Überwindung, sich diesen unangenehmen Gedanken und Gefühlen zu stellen. Versuchen Sie dann, wenn Sie gleich alleine in Ihrem Zimmer sind, noch bei den Gefühlen und Gedanken zu bleiben. Versuchen Sie, sich nicht abzulenken oder zu vermeiden, sondern zu beobachten, ob und wie die Anspannung sinkt. Wenn Sie merken, dass die Anspannung deutlich gesunken ist bzw. wenn die vereinbarten zwei Stunden vorbei sind, dann können Sie sich belohnen gehen. Ich bin wie gesagt noch bis 20.00 Uhr bei Fragen für Sie erreichbar. Morgen um 14.00 Uhr treffen wir uns auf jeden Fall wieder, machen eine Nachbesprechung und wiederholen die Expo. Ist das gut soweit?»

Herr M.: «Ja, das ist ok.»

Pflegefachperson: «Dann wünsche ich Ihnen so viel Freude wie möglich beim Eis essen. Bis morgen Herr M.»

Eine Exposition als Fachperson zu begleiten, ist gerade zu Beginn eine ungewöhnliche Aufgabe. Speziell für Pflegefachpersonen besteht ein wesentlicher Bestandteil Ihres beruflichen Selbstverständnisses in der Unterstützung und Fürsorge der Patientinnen und Patienten. Wir versuchen üblicherweise auf verständnisvolle und rücksichtsvolle Art und Weise unangenehme oder bedrohliche Situationen durch empathische Interventionen zu mildern. Die Verantwortung für den Behandlungsverlauf gemeinsam mit den Betroffenen zu tragen, fällt uns oft nicht leicht. Jeman-

den bewusst in einen Zustand zu bringen, in dem es ihm (vermeintlich) immer schlechter geht, wirkt zunächst fast unmenschlich und nicht unterstützend oder therapeutisch sinnvoll. Und so reagieren nicht wenige Pflegefachpersonen mit Unverständnis, wenn sie hören, wie Expositionen bei Zwangsstörungen ablaufen, wie «streng», «hart», «kompromisslos» und «übertrieben» mit den Betroffenen dabei umgegangen wird. Und das ist auch nachvollziehbar, wenn man tatsächlich mit den Betroffenen persönlich in dieser Art umgegangen würde. In Wirklichkeit ist es jedoch der Zwang, mit dem «streng», «hart», «übertrieben» und «kompromisslos» umgegangen wird (...)

Schoki, Schmuck und schöne Schuhe – Die Belohnung

Da es den Betroffenen in der Regel sehr schwer fällt, eine Belohnung zu finden, sollten wir als Bezugspersonen dieses Thema möglichst frühzeitig ansprechen und nicht erst direkt vor der ersten Expositionsübung danach fragen. Dies sind die Momente, in denen Schokolade essen und Kaffee trinken als Belohnung hoch im Kurs stehen, weil den Betroffenen spontan nichts anderes einfällt. Ein typisches Beispiel könnte ungefähr so aussehen:

«Herr F. wie werden Sie sich nach der Expositionsübung heute noch belohnen?»

«Ich weiss nicht so recht. Darüber habe ich noch gar nicht nachgedacht. Muss ich mich denn belohnen?»

«Ja, das ist wichtig. Sie leisten ja jetzt gleich anstrengende Arbeit. Das ist eine Belohnung wert.»

«Na gut. Dann esse ich vielleicht beim Bäcker nebenan ein Stück Kuchen und trinke einen Kaffee.»

«Das ist für den Anfang eine gute Idee. Ich möchte Sie aber bitten, sich in den nächsten Tagen weitere Gedanken über mögliche Belohnungen zu machen. Sie können gerne auch eine Liste von positiven Aktivitäten zusammenstellen. Genießen Sie ihre Belohnung nachher!»

Gegen einen solchen Verlauf ist grundsätzlich nichts einzuwenden, ein Besuch beim Bäcker ist für den

Anfang vollkommen ausreichend. Längerfristig ist es jedoch wünschenswert, dass die Belohnung über alltägliche Kleinigkeiten wie Schokolade essen und Kaffee trinken hinausgeht und die Betroffenen stärker zu einem achtsamen und selbstfürsorglichen Umgang mit sich selbst motiviert. Hierbei ist auch die Schritt für Schritt nachlassende Schutzfunktion der Zwänge zu beachten, das sozusagen ersetzt werden muss (siehe S. 27). Das neue Verhalten muss dann so bedeutsam sein wie das alte, wenn vielleicht auch auf andere Weise. Je nach Einschätzung der Situation könnte man also im Gespräch mit Herrn F. auch noch etwas hartnäckiger sein und seinen Vorschlag wie folgt aufgreifen:

«Das ist eine gute Idee. Sie gehen also gerne Kaffee trinken. Wann waren Sie denn das letzte Mal in einem Cafe?»

«Das ist schon über ein halbes Jahr her. Seit die Zwänge so stark sind, war das nicht mehr möglich.»

«Könnten Sie sich vorstellen, heute als Belohnung in das Cafe Central zu gehen und dort Kaffee zu trinken? Ich habe gehört, dass man dort sehr nett sitzen kann.»

Hier wird jetzt versucht, direkt durch das Belohnungsverhalten das bisherige Vermeidungsverhalten auf Grund der Zwänge aufzuheben. Dies ist natürlich für Herrn F. mit einer erneuten Herausforderung verbunden, denn er muss sich anders verhalten als es ihm in der letzten Zeit möglich war. Ein denkbarer Schutz vor sozialen Interaktionen mit fremden (bedrohlichen) Menschen würde jetzt in der Belohnungssituation nicht mehr bestehen. Diese Herausforderung sollte aktiv von uns als Bezugsperson angesprochen und der Umgang damit antizipiert werden.

«Ich kann mir vorstellen, dass Ihnen die Vorstellung, ins Cafe zu gehen schwierig erscheint, aber wie Sie mir erzählt haben, haben Sie es früher sehr gerne gemacht und es wäre doch eine gute Gelegenheit, sich wieder etwas Lebensqualität zurück zu holen. Denken Sie daran, wenn es vielleicht im Cafe schwierig wird, dass Sie auf einem guten Weg sind, Ihre Zwänge zu reduzieren oder vielleicht ganz los zu werden.»

Einen Versuch ist ein solches Angebot auf jeden Fall wert, die Entscheidung liegt dann letztlich immer bei den Betroffenen. Um eine Entscheidung für den riskanteren aber auch größeren Belohnung treffen zu können, ist manchmal etwas motivierende Unterstützung durch uns nötig. Welche Belohnung am Ende auch gewählt wird, sie sollte von uns möglichst positiv verstärkt werden:

Beispiel: «Herr F., ich freue mich, dass Sie ins Café gegangen sind. Das war ein wirklich grosser Schritt im Kampf gegen den Zwang. Und was vielleicht noch wichtiger ist: Sie haben sich ein Stück Alltag zurückgeholt!»

(...) Zum Abschluss ein schönes Beispiel einer Betroffenen, die unter der Befürchtung litt, ihr Geld sinnlos und übertrieben auszugeben oder unachtsam zu verlieren, dann als selbstverschuldeter Sozialfall in Armut zu enden und für ihre Dummheit von allen Freunden und Angehörigen verspottet zu werden.

Nach Abschluss jeder Exposition legte sie eine bestimmte Summe Geldes in eine offen zugängliche Schachtel in ihrem Zimmer auf Station. Als sie eine größere Summe beisammen hatte, kaufte sie sich in Begleitung eines anderen Betroffenen ein Paar «sündhaft» teure Schuhe, die sie nur zu besonderen Anlässen tragen konnte. Die Freude über diesen leichtfertigen Umgang mit Geld und die Überwindung ihrer Zwangsgedanken waren groß und wurden von der ganzen Betroffenenengruppe geteilt, was die guten Gefühle weiter verstärkte.

Literatur

Doenges, M.E. ; Moorhouse, M.F. ; Geissler-Murr, A.C. (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern: Huber.

Fiechter, V.; Meier, M. (1998): Pflegeplanung. Basel: Recom.

Förstner, U. ; Külz, A. ; Voderholzer, U. (2011): Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Schattauer.

Genge, U.; Thissen, K.; Schulz, M. (2013): Pflegeexperten in der Psychiatrie. *Psych Pflege* (19) 5: 247–253.

Jensen, M.; Metzenthin, P. (2014): Advanced Practise Nursing (APN) im stationären psychiatrischen Setting: Eine Delphi Studie. In: Hahn, S.; Hegedüs, A.; Finklenburg, U.; Needham, I.; Stefan, H.; Schulz, M.; Schoppmann, S. (Hg.): *Schwellen, Grenzen und Übergänge. Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen*, 11. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie Bern. Bern: Verlag Forschung & Entwicklung: 89–95.

Kordon, A.; Lotz-Rambaldi, W.; Muche-Borowski, C.; Hohagen, F. (2013): S3-Leitlinie Zwangsstörungen im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Online verfügbar: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038_017k_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2013.pdf (Zugriff am 09.04.2015).

Mate, G. ; Ernst, M. ; Purucker, M. (2010): Individualisierte Behandlung von Zwangsstörungen mittels Expositions-Reaktions-Management nach Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik. *Psychiatrische Forschung. Supplement 1*. Online verfügbar: <http://www.psychiatsche-forschung.de/article/viewArticle/12> (Zugriff am 09.04.2015).

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