

01.17 newsletter

Zürich, Juli 2017

- 1 Editorial
- 2 Bericht des Präsidenten
- 3 Die «Dritte Welle» der Verhaltenstherapie
- 7 «Ich möchte nicht in meiner Haut stecken»? Psychische Probleme und Störungen und zwanghafte Beschäftigung mit der Haut.
- 9 «Ich war noch niemals in New York»: Wie ein Lied zu mehr Freiheit bei Zwangserkrankten helfen kann ...

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser

Haben Sie Lust mehr zum Thema Zwänge und darüber hinaus zu erfahren? Gut! Lesen Sie hier weiter...

In die Psychotherapiemethoden der «drittenWelle» geben Ihnen Frau Külz und Kollegen einen Einblick. Wozu? Nicht jeder Patient kann von den Methoden der ersten und zweiten Welle ausreichend profitieren. In einem solchen Fall können neue Methoden als Ergänzung und Bereicherung der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition zusätzliche Hilfe bieten.

Für viele Menschen stellt die eigene Haut einen zentralen Aspekt ihrer Persönlichkeit und Identität dar. Haut ist Gegenstand von Individualität, Pflege, Veränderung sowie von Berührung, zwischenmenschlichem Kontakt und Intimität. Vielleicht fragen Sie sich was das mit psychischen Problemen oder zwanghaftem Verhalten zu tun hat. Herr Stierle erläutert dies in drei Fallbeispielen.

«Ich war noch niemals in New York», sang nicht nur Udo Jürgens sondern sagt auch Herr Riehle. Was das Lied mit seinen Zwängen zu tun hat berichtet Herr Riehle in seinem Artikel. Ob er es mittlerweile nach New York geschafft hat? – lesen Sie selbst!

Spannendes erfahren, selber Lust bekommen was zu schreiben? Geben Sie mir Rückmeldung und/oder senden Sie eigene Beiträge!

Herzliche Grüsse

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



Bericht des Präsidenten

Liebe Mitglieder der SGZ

Zeitgleich mit dem Erscheinen dieses Newsletters konnte die Programmplanung für die Jahrestagung 2017 (nahezu) abgeschlossen werden. Diese Planung ist jedes Jahr wieder aufwendig, aber zugleich auch befriedigend (jede Referenzzusage ist ein kleines Highlight) und inspirierend. Insbesondere die gemeinsamen Besprechungen im Vorstand, in welchem Betroffene, Angehörige und Fachleute zusammenarbeiten, sind erfreulich und fruchtbar. Gemeinsam gelingt es jedes Jahr erneut, ein vielseitiges Programm zusammenzustellen, welches die unterschiedlichen Perspektiven der Betroffenen, Angehörigen und Fachleute berücksichtigt.

Meines Wissens gibt es in der Schweiz kein vergleichbares Angebot: Eine Fachtagung, welche das nahezu gleiche Programm im ersten Teil (Tag 1) für Fachpersonen und im zweiten Teil (Tag 2) für Betroffene und Angehörige anbietet. Bei anderen Fachtagungen gibt es entweder gar keine Angebote, die sich gezielt an Betroffene und Angehörige wendet, oder diese erhalten ein reduziertes und oft sehr allgemein gehaltenes Programm. Da wir vom SGZ Vorstand aber überzeugt von unserer Programmgestaltung sind und immer wieder sehr positive Rückmeldung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bekommen, haben wir uns kürzlich «mutig» dafür entscheiden, uns mit diesem Konzept für einen Förderpreis zu bewerben. Wir sind gespannt, wie die Jury entscheidet.

Die Tagung 2017 wird wieder, wie seit vielen Jahren, am ersten Dezemberwochenende (2. und 3.12.2017) im UniversitätsSpital Zürich stattfinden. Es werden vielfältige Vorträge, Workshops und eine Podiumsdiskussion angeboten. Ich hoffe, dass wir auch Sie mit dieser Tagung ansprechen und als Teilnehmerin bzw. Teilnehmer dort begrüßen können. Das definitive Programm wird Anfang September auf der SGZ-Homepage www.zwaenge.ch aufgeschaltet werden, ab dann ist auch die Anmeldung möglich.

Zurück zum eingangs erwähnten SGZ-Newsletter. Ihnen liegt nun die erste Ausgabe im Jahr 2017 vor. Ich wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und liebe Leser, eine anregende Lektüre – und danke Ihnen für Ihr Interesse.

Es grüsst Sie herzlich



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



Die «Dritte Welle» der Verhaltenstherapie

Eine Übersicht über neue Therapieansätze und deren Wirksamkeit bei Zwängen

Anne Katrin Külz, Sarah Landmann, Barbara Barton und Ulrich Voderholzer

Auch wenn kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement als erfolgreichstes Verfahren bei Zwängen gilt, können nicht alle Patienten von dieser Methode profitieren, und auch bei guten Therapieerfolgen besteht ein Rückfallrisiko. Daher finden in Forschung und Praxis zunehmend auch neue, unter dem Begriff «Dritte Welle-Verfahren» bekannt gewordene Therapieansätze zur Behandlung von Zwangserkrankungen Beachtung.

Wodurch sind Verfahren der «dritten Welle» charakterisiert?

Während man sich in den 1950er und 1960er Jahren bei der Erklärung des menschlichen Verhaltens stark auf lerntheoretische Mechanismen (z.B. klassische Konditionierung durch Belohnung und Bestrafung) stützte («erste Welle»), konzentrierte man sich mit Beginn der 70er Jahre in der Verhaltenstherapie zunehmend auch auf die Bedeutung innerer Prozesse wie Einstellungen, Gedanken oder Wahrnehmungsprozesse («zweite Welle»). Die Therapieverfahren, die seit den 1990er Jahren Einzug in die Psychotherapielandschaft gehalten haben, werden häufig als weitere Strömung unter dem Begriff «Dritte-Welle-Verfahren» der Verhaltenstherapie zusammengefasst. Zuweilen wird hier auch von einer «emotionalen Wende» gesprochen, da in diesen Ansätzen das emotionale Erleben nochmals verstärkt ins Blickfeld geraten ist.

Im Folgenden werden die gebräuchlichsten «Dritte-Welle-Verfahren», die auch für die Behandlung von Zwangserkrankungen von Bedeutung sind, kurz vorgestellt.

1. Ansätze als Ergänzung zu «klassischer» KVT bei Zwängen

Schematherapie:

In der von Jeffrey Young entwickelten Schematherapie werden bestimmte Muster (Schemata), die einer Person beispielsweise in der Gestaltung ihrer Beziehungen immer wieder im Wege stehen, als Ergebnis

ungünstiger Entwicklungsbedingungen verstanden. Durch therapeutische Interventionen wie Imaginationsübungen und Dialoge zwischen verschiedenen Selbstanteilen wird immer wieder eine Brücke zwischen dem heutigen Erleben und frühen Erfahrungen geschlagen, und der Patient lernt, hilfreichere Wege im Umgang mit schwierigen Situationen zu entwickeln. Bei der Behandlung von Zwangserkrankungen versteht sich die Schematherapie jedoch nicht als Ersatz zur klassischen KVT: Schematherapeuten plädieren für den Einsatz schema-fokussierter Behandlungsmodule in Kombination mit Expositionsbehandlung (vgl. Thiel und Vorderholzer, 2013). Durch Aufarbeitung ungünstiger Schemata soll der Patient beispielsweise ermutigt werden, sich bewusst und selbstverantwortlich auf das Expositionsgeschehen einzulassen und schwierige Emotionen kompetent zu bewältigen

CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy):

CBASP wurde von James McCullough speziell für die Behandlung von chronischen Depressionen entwickelt. Es wird davon ausgegangen, dass durch schwierige frühe Prägungen ungünstige zwischenmenschliche Verhaltensstile entstanden sind, die mithilfe bestimmter Techniken (z.B. Situationsanalysen, gezielte Rückmeldung des Therapeuten zum Verhalten des Patienten in der Therapiebeziehung) verändert werden können. CBASP kann für die Behandlung von Menschen mit Zwangsstörungen und begleitender chronischer Depression hilfreich sein, wird jedoch wie auch die Schematherapie nicht alternativ zum Expositionstraining, sondern ergänzend und unterstützend empfohlen (Backenstrass und Röttgers, 2013). In Kombination mit der störungsspezifischen Behandlung der Zwänge kann z.B. die besondere Art der Beziehungsgestaltung im CBASP den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung fördern und es dem Patienten somit erleichtern, sich auf Expositionsübungen einzulassen.

MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy):

Die von Mark Williams und Kollegen ursprünglich als Rückfallprophylaxe für wiederkehrende depressive Episoden entwickelte achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) wurde auch für die Behandlung von

Zwangserkrankungen adaptiert (Külz und Rose, 2013). Durch Schulung in Achtsamkeit soll eine hilfreiche Einstellung gegenüber den eigenen Gefühlen und Gedanken, insbesondere auch den Zwangsinhalten vermittelt werden. Auch das MBCT-Konzept in seiner zwangsspezifischen Adaptation versteht sich als ergänzende Massnahme zu einer bereits erfolgten Expositionstherapie. Neben dem Erlernen von Achtsamkeit werden hierbei auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Aspekte erneut aufgegriffen sowie Strategien zur Rückfallprophylaxe vermittelt.

2. Ansätze als Alternative zu «klassischer» KVT

Metakognitive Therapie:

Die Metakognitive Therapie beschreibt sich als eine «Variante der KVT» (Wells 2014), die sich mit ungünstigen Grundannahmen über Gedanken und mit Aufmerksamkeitsprozessen befasst. Die Exposition hat hier einen anderen Charakter als in der KVT: Sie findet nicht in erster Linie mit dem Ziel eines erlebaren Angstabfalls (Habituation) statt, sondern dient der Überprüfung von Annahmen über dysfunktionale Überzeugungen (z.B. «wenn mir ein Gedanke bedrohlich erscheint, wird er sich auch bewahrheiten»). Eine Kombination mit herkömmlicher KVT wird in der Regel nicht empfohlen (Wells, 2014).

ACT (Akzeptanz- und Commitmenttherapie):

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) ist ein für ganz unterschiedliche psychische Probleme einsetzbares Verfahren, das nicht in erster Linie auf eine Symptomreduktion abzielt, sondern eine erhöhte Toleranz und Flexibilität gegenüber negativen Gedanken und Gefühlen bei gleichzeitigem Engagement für persönliche Werte und Ziele anstrebt. In der Behandlung von Zwangserkrankungen wird zwar die Konfrontation mit zwangsauslösenden Situationen als bedeutsames Behandlungselement betrachtet (Gloster et al., 2012), Kriterium für eine erfolgreiche Exposition ist jedoch auch hier nicht in erster Linie Abfall der Anspannung. Vielmehr geht es um das Mass an Offenheit, das Patienten gegenüber unangenehmen Erfahrungen aufbringen sowie die Bereitschaft, Situationen trotz damit verbundener negativer Emotionen aufzusuchen, wenn sie für das Erreichen der persönlichen Ziele und Werte sinnvoll sind.

Aktueller Forschungsstand über die Wirksamkeit der «Dritte Welle»-Verfahren

Obwohl einige Studien vielversprechende Ergebnisse erbracht haben (vgl. Tabelle 1), wurde zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keines der beschriebenen Verfahren hinreichend überprüft, um allgemeingültige Aussagen über seine Wirksamkeit treffen zu können. Die meisten Studien haben nur kleine Teilnehmerstichproben und weitere methodische Einschränkungen wie das Fehlen einer Vergleichsgruppe.

Darüber hinaus wurden in einigen Studien Selbsthilfemassnahmen evaluiert (z.B. Moritz et al., 2013; Cludius et al., 2015), die nochmals eine getrennte Betrachtung verdienen.

Das einzige Therapieverfahren, welches bislang anhand von Studien mit zufälliger Verteilung der Teilnehmer auf mindestens zwei Behandlungsbedingungen, d.h. randomisierten kontrollierten Studien, untersucht wurde, ist die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Twohig et al., 2010; Vakili et al., 2015). Hier waren die Vergleichsbedingungen allerdings Progressive Muskelentspannung bzw. medikamentöse Behandlung – bislang wurde ACT noch in keiner Studie direkt mit KVT verglichen.

Während zu CBASP und Schematherapie bislang noch gar keine Studie mit mindestens fünf Teilnehmern existiert, finden sich zu metakognitiver Therapie und MBCT erste Effektivitätsnachweise. Anhand der kleinen Stichproben lassen sich jedoch noch keine weitreichenden Schlussfolgerungen ziehen. Aktuell werden zu einzelnen Verfahren Studien durchgeführt, deren Ergebnisse noch ausstehen.

Fazit

Verfahren der «Dritten Welle» zur Behandlung von Zwangserkrankungen sind aktuell noch zu wenig beforscht, um endgültige Aussagen über ihre Wirksamkeit treffen zu können. Obwohl die Besserungsraten in einigen Studien mit denjenigen von «klassischer» KVT durchaus vergleichbar sind, müssen die Ergebnisse daher mit Vorsicht gewertet werden.

Als **Ergänzung und Bereicherung der klassischen KVT mit Exposition** sind die vorgestellten Ansätze aus klinischer Sicht grundsätzlich zu begrüßen. Dies könnte beispielsweise sinnvoll sein, wenn die Zwangssymptomatik vermutlich durch frühe Prägungen und ungünstige Beziehungsmuster massgeblich mitbedingt ist, oder wenn sie mit ungünstigen Einstellungen gegenüber Gedanken und Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen einhergeht. Ebenfalls kann die zusätzliche Anwendung dieser Verfahren durch bestimmte Begleiterkrankungen indiziert sein (etwa chronische Depression als Indikation für CBASP).

Zudem können diese Ansätze eingesetzt werden, wenn der Patient auf eine leitliniengerecht durchgeführte KVT bislang nicht hinreichende Besserung seiner Symptome erfahren hat, oder wenn er sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ausreichend auf das klassische Vorgehen einlassen kann.

Die Anwendung der neuen Ansätze sollte jedoch nicht mit einer Verkürzung oder gar dem Verzicht auf die erwiesenermassen wirksame Konfrontation mit den zwangsauslösenden Situationen und Techniken zum Reaktionsmanagement einhergehen.

Die Verfahren, die eine grundlegende Modifikation der KVT beinhalten, sollten im klinischen Alltag mit Zurückhaltung angewandt werden, da der Nachweis für Überlegenheit oder zumindest Gleichwertigkeit zur klassischen KVT noch aussteht. Im Einzelfall kann der ergänzende Einsatz spezifischer Elemente aus neuen Verfahren (zum Beispiel bestimmte Metaphern aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie) jedoch durchaus sinnvoll sein.

Unabhängig davon, besteht für viele Patienten wohl eher ein Problem darin, dass sie aufgrund der unzureichenden Versorgungslage nicht einmal Zugang zu Verfahren der ersten und zweiten Welle, d.h. Expositionsbehandlung und «klassische» kognitive Therapieelemente haben. Eine flächendeckende Versorgung mit leitliniengerechter KVT, bei Bedarf individuell ergänzt um jeweils sinnvolle Elemente aus Ansätzen der «Dritten Welle», wäre somit ein grosser Fortschritt.

Literatur

Backenstraß M, Röttgers HO. CBASP bei Zwangsstörungen und komorbider chronischer Depression. In: Belz M, Caspar F, Schramm E, Hrsg. Therapieren mit CBASP: Chronische Depression, Komorbiditäten und störungsübergreifender Einsatz. München: Elsevier; 2013

Cludius B, Hottenrott B, Alsleben H et al. Mindfulness for OCD? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2015; 6: 59-65

Gloster AT, Hummel KV, Lyudmiskaya I et al. Aspects of Exposure Therapy in Acceptance and Commitment Therapy. In: Neudeck P, Wittchen HU, Hrsg. Exposure Therapy: Rethinking the Model-Refining the Method. New York: Springer Science and Business Media; 2012

Külz AK, Rose N. Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) für Patienten mit Zwangsstörung – Eine Adaptation des Originalkonzepts. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014; 64: 35–40

Moritz S, Jelinek L, Hauschildt M et al. How to treat the untreated: effectiveness of a self-help meta-cognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12: 209–220

Thiel N, Voderholzer U. Symptome als Ablenkungsstrategien-Zwangsstörung und Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. In: Jacob G, Seebauer L, Hrsg. Fallbuch Schematherapie. Weinheim: Beltz; 2013:219–226

Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 705–716

Wells A. Gedanken und Überzeugungen werden überschätzt. *Verhaltenstherapie* 2014; 24: 67–70

Vakili Y, Gharaee B, Habibi M. Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symp-

toms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2015; 9: e845. doi:10.17795/ijpbs845

Übersicht der Studien zu Verfahren der «Dritten Welle» bei Zwangsstörungen

Studienart und Teilnehmerzahl	Effekte auf die Zwangssymptomatik
Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	
<ul style="list-style-type: none"> • Zwei randomisierte, kontrollierte Studien mit 79 bzw. 32 Teilnehmern und mehrere Fallserien > Das bislang am besten überprüfte «Dritte-Welle-Verfahren» > Direkter Vergleich mit KVT steht noch aus 	<ul style="list-style-type: none"> • ACT ist progressiver Muskelentspannung signifikant überlegen • ACT reduziert Zwangssymptome signifikant besser als medikamentöse Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Kein signifikanter Wirksamkeitsunterschied zwischen ACT als alleiniges Verfahren und kombinierter Behandlung aus ACT und SSRI
Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT)	
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Pilotstudie mit 16 Teilnehmern > Überprüfung durch grössere Studie mit aktiver Vergleichsgruppe steht noch aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Besserung, stabil bei Follow-up-Erhebung nach sechs Monaten • Die Ergebnisse halbstrukturierter Interviews weisen auf gute Akzeptanz und subjektiven Nutzen des Programms hin
Achtsamkeit, individuelle Verfahren	
<ul style="list-style-type: none"> • 24 Teilnehmer Achtsamkeitsgruppe vs. keine Behandlung; 3 Teilnehmer Fallserie > Überprüfung durch grössere Studien mit aktiver Vergleichsgruppe steht noch aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Verbesserung bei Postmessung und Follow-up
Metakognitive Therapie (MCT)	
<ul style="list-style-type: none"> • Fallserien mit 4,6 und 8 Teilnehmern > Überprüfung durch grössere Studien mit aktiver Vergleichsgruppe steht noch aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Verbesserung bei Postmessung, grösstenteils stabil bei Follow-Up nach 6 Monaten
Schematherapie	
<ul style="list-style-type: none"> • Fallberichte mit 2 Teilnehmern > Überprüfung durch grössere Studie mit aktiver Vergleichsgruppe steht noch aus 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Symptomatik bei Patienten, die bislang von keiner Therapie profitiert hatten
Selbsthilfeansätze mit neueren Verfahren	
<p>2 randomisierte kontrollierte Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metakognitives Training als Selbsthilfe vs. Warteliste mit 86 Teilnehmern • Achtsamkeitstraining vs. PMR, beides als Selbsthilfe mit 87 Teilnehmern 	<ul style="list-style-type: none"> • Metakognitives Training: im Vergleich zur Warteliste signifikante Verbesserung der Symptomatik v.a. bei Zwangsgedanken • Achtsamkeitstraining: keine Veränderung der Symptomatik, das Achtsamkeitstraining wurde als hilfreich empfunden

Die Literaturquellen aller Studien sind aus Platzgründen nicht aufgeführt und bei den Autoren erhältlich

«Ich möchte nicht in meiner Haut stecken»? Psychische Probleme und Störungen und zwanghafte Beschäftigung mit der Haut.

Für viele Menschen stellt die eigene Haut einen zentralen Aspekt Ihrer Persönlichkeit und Identität dar. Haut ist Gegenstand von Individualität, Pflege, Veränderung sowie von Berührung, zwischenmenschlichem Kontakt und Intimität.

Häufig haben Menschen jedoch auch Probleme mit ihrer Haut und machen sich Sorgen über ihre Haut. Erkrankungen der Haut gehen für die Betroffenen oft mit massiver Belastung und Leidensdruck einher. Des Weiteren bemerken Menschen häufig Einflüsse von psychischen Belastungen auf bestehende Hauterkrankungen wie z.B. der Neurodermitis oder aber auch auf das allgemeine Hautbild. Das Zusammenspiel und die Wechselwirkung zwischen Psyche und Haut ist Gegenstand der wissenschaftlichen Disziplin der Psychodermatologie.

Fall 1

Robert, 43, leidet seit mehr als 20 Jahren unter einer Psoriasis. Im Verlauf der Erkrankung hat sich Robert immer mehr von Aktivitäten zurückgezogen. Besonders bei akuten Schüben verzichtet er auf kurze Kleidung, Besuche von Schwimmbad und Sauna. Besondere Schwierigkeiten hat Robert mit engen Beziehungen. Seit Jahren hat er keine Beziehung, da er Angst hat, dass sich eine Partnerin vor ihm ekeln könnte. Zuletzt hat er mehr und mehr depressive Symptome entwickelt.

Dermatologische Erkrankungen wie die Neurodermitis, Akne vulgaris, Psoriasis, Urtikaria, Rosazea aber auch Kontaktekzeme gehen häufig mit massivem Leidensdruck, Schamerleben, sozialem Rückzug, Kontroll- und Vermeidungsverhalten einher. Zunächst stellen Schmerzen, Juckreiz und regelmäßige Behandlungen einen zentralen Belastungsfaktor dar. Ferner bekommt jedoch die Angst vor Zurückweisung durch die Umwelt sowie Vermeidungsverhalten und z.T. abfällige Kommentare von fremden und bekannten Personen einen hohen Stellenwert für die Betroffenen. Menschen mit bestehenden Hauterkrankungen erleben überdurchschnittlich häufig psychische Belastungen wie Depressivität und Ängstlichkeit, häufig kommen auch Anpassungsstörungen auf akute Belastungen vor. Symptome können Sorgen, Angst z.B. vor sozialen Situationen, aber auch niedergeschlagene Stimmung, Freud- und Interessenverlust, Antriebs-

losigkeit sowie Schlaf- und Appetitstörungen sein. In manchen Fällen entwickeln Betroffene auch suizidale Gedanken. Diese psychischen Belastungsfaktoren haben mitunter wiederum Einfluss auf den Verlauf der Hauterkrankung, so dass Psyche und Haut so in einer Wechselwirkung zueinander stehen. Sobald diese Beschwerden länger als 2 Wochen anhalten bzw. ihre Lebensführung und Alltagsbewältigung einschränken, sollten Sie sich Unterstützung von psychotherapeutischen Fachkräften suchen.

Fall 2

Andrea, 23, leidet unter Dermatillomanie (Skin Picking Disorder). Über viele Stunden am Tag drückt, quetscht und kratzt sie ihre Haut im Gesicht und Dekolletébereich. Dies macht sie vor allem, wenn sie stark angespannt ist (z.B. nach einem Streit mit ihrem Freund oder ihrer Mutter oder wenn sie sich in einer bestimmten Situation unsicher oder ängstlich fühlt), aber auch wenn sie müde ist, sich langweilt oder sich auf etwas konzentriert (z.B. beim Fernsehen) kommt es ganz automatisch zu diesem Verhalten. Sie weiß, dass das Manipulieren der Haut dieser massiv schadet und dafür schämt sie sich sehr, weswegen sie sich bislang nicht getraut hat, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Dermatillomanie ist gekennzeichnet durch wiederholt auftretendes Manipulieren der Haut durch Quetschen, Drücken und Kratzen. Z.T. werden hierfür selbst Nadeln als auch Pinzetten benutzt. Betroffene zeigen das Verhalten vor allem unter starker Anspannung als auch automatisiert und unbewusst. Dabei entstehen durch das Verhalten ein massiver Leidensdruck und Einschränkungen in der Lebensführung der Betroffenen. Genauso wie die Trichotillomanie, für die das zwanghafte Ausreißen von Körperhaaren (sowohl Kopfhaare als auch Körperbehaarung) kennzeichnend ist, zählt man die Dermatillomanie zu den Impulskontrollstörungen, da es den Betroffenen oft nicht gelingt diesen Verhaltensimpulsen zu widerstehen und diese zu kontrollieren.

Psychotherapie stellt hier das zentrale Behandlungselement dar. Besonders hilfreich hat sich die Kognitive Verhaltenstherapie erwiesen. Sie fokussiert vor allem darauf die Systematik dieses Verhaltens (wann, wo, wie, mit welchen Konsequenzen) heraus-

zuarbeiten, um so möglichst Frühwarnzeichen für das ungünstige Verhalten zu identifizieren und kompetent entgegensteuern zu können. Techniken wie Veränderung und Kontrolle der Auslösesituationen (Stimuluskontrolle) und das Erlernen und Einsetzen von mit dem Problemverhalten inkompatiblen Verhaltensweisen (z.B. das kraftvolle Zusammenpressen der Hände vor dem Körper, Habit Reversal Technik) kommen zum Einsatz. Ferner werden häufig alternative Wege zur Spannungsregulation und zum Umgang mit schwierigen Gefühlen wie Ärger und Angst trainiert. Hier kann auch die Verbesserung von sozialen Kompetenzen im Umgang mit anderen Personen hilfreich sein.

Fall 3

Bianca, 27, ist seit ihrer Pubertät mit ihrem Aussehen und ihrem Körper unzufrieden. Seit sie mit 14 Jahren aufgrund einer minimalen Akne gehänselt wurde, drehen sich ihre Gedanken nahezu die gesamte Zeit des Tages um ihre Haut und ihr Aussehen. Obwohl ihre Umwelt stets zurückmeldet, dass sie eine schöne und reine Haut habe und generell sehr hübsch sei, ist Bianca überzeugt, dass sie extrem hässlich ist und ihre Haut eine Zumutung für ihre Mitmenschen darstellt. Sie verbringt täglich mehrere Stunden damit sich zu Schminken und gibt pro Monat viel Geld für Kosmetika aus. Bevor sie das Haus verlassen kann, muss sie sich über mindestens 2 Stunden im Spiegel kontrollieren. Ansonsten vermeidet sie Spiegel und Fotos von sich. Oft fühlt sie sich so hässlich und entstellt, dass sie das Haus überhaupt nicht mehr verlässt. Bianca leidet unter einer Körperdysmorphen Störung.

Mit ca. 2% Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung ist die Körperdysmorphie Störung eine häufige psychische Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch eine übermäßige Beschäftigung mit Makeln im Aussehen, die für Menschen von außen nicht oder nur leicht wahrnehmbar sind. Betroffene sind in Gedanken und Handlungen oft über viele Stunden am Tag mit Ihrem Aussehen beschäftigt. Typische Verhaltensweisen sind Spiegelkontrollen, das Verdecken und Kaschieren von Makeln, Vergleiche mit anderen, exzessives Pflegeverhalten sowie Manipulation der Makel (z.B. Skin Picking) mit dem Ziel dadurch das Aussehen zu verbessern. Die Körperdysmorphie Störung geht oft mit starken Einschränkungen und Lei-

densdruck im Leben der Betroffenen einher. Oft leben diese isoliert und können nicht mehr zur Schule oder Arbeit gehen.

Auch für diese komplexe psychische Erkrankung stellt die Kognitive Verhaltenstherapie zur Zeit die am besten belegte Behandlungsform dar. Wichtige Elemente sind die Aktivierung alternativer Selbstwertquellen neben dem Aussehen, die Veränderung der eigenen Körperwahrnehmung, die Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen und Vermeidungs- sowie Kontroll- und Sicherheitsverhalten. Meist werden auch ungünstige Glaubenssätze und Gedanken im Rahmen von kognitiven Interventionen hinterfragt und verändert. Zentral sind ebenfalls der Ausbau von Aktivitäten und Mobilität sowie das Überprüfen von ungünstigen Annahmen rund um das Aussehen.

Die drei Fallbeispiele beschreiben psychische Probleme, die mit dem Thema Haut in Verbindung stehen. Dabei gehen diese Probleme weit über alltägliche Sorgen und Eitelkeit hinaus und schränken Betroffene in Ihrer Lebensführung massiv ein. Psychotherapie kann hier sowohl im ambulanten als auch stationären Rahmen sinnvolle Hilfsangebote liefern.

AUTOR
CHRISTIAN STIERLE

Psychologe und
Psychologischer Psychotherapeut
Er ist Funktionspsychologe der
Schön Klinik Bad Bramstedt und
spezialisiert auf die Behandlung
von Zwangsstörungen und
Körperdysmorpher Störung.

«Ich war noch niemals in New York»: Wie ein Lied zu mehr Freiheit bei Zwangserkrankten helfen kann ...

Als ich zum Jahreswechsel 2014/2015 auf der anderen Seite des Bodensees einen Rettungseinsatz sah, war mir noch nicht klar, dass in diesem Augenblick wohl einer der grössten und bekanntesten Stars mit dem Tod gerungen hat. Noch einige Zeit davor hatte ich Udo Jürgens bei seinen nicht seltenen Einkäufen in der Konstanzer Innenstadt getroffen – und wie immer war mir eine Liedzeile von ihm im Gedächtnis. Zweifelsohne: Dieser Musiker hat eine Vielzahl Songs in die Welt gebracht, die sich kritisch, nachdenklich, intelligent und ermahmend an uns gerichtet haben. Doch für mich als Zwangserkranktem war es vor allem der Text seines einzigartigen Klassikers: «Ich war noch niemals in New York». Denn kaum ein anderer Künstler pointierte – wohl unbewusst – einen so deutlichen Appell an unsere gesamte Gesellschaft, der aber für «Zwängler» von ganz besonderer Bedeutung sein dürfte.

Ein Mann, der nur kurz nach draussen geht, um sich Zigaretten zu besorgen – und dabei diese Sehnsucht verspürt, nun endlich einmal aus dem so stereotypen Alltag ausbrechen zu können. Davon singt Udo Jürgens in seinem Titel – und geht dabei noch viel weiter. Sein Protagonist spielt tatsächlich mit dem Gedanken, mit den wenigen wichtigen Dingen, die er bei sich trägt, noch den Flug am Abend zu nehmen und den «Aufbruch zu wagen». Für immer raus aus diesem Hamsterrad, aus all dem Bekannten wie der «Spiessigkeit», dem neofarbenen Licht oder dem «Bohnerwachs» im Treppenhaus. Er hinterfragt, warum er nicht seinen Traum, ganz unkonventionell und abseits der Regeln «in zerrissenen Jeans» durch die Strassen von San Francisco zu schlendern, ohne langes Überlegen verwirklichen soll. Und das alles im Wissen, dass die Ehefrau zuhause sitzt, sich um die Kleinen kümmert und wie stets auf ihren Mann wartet, um die abendliche Fernsehsendung zu konsumieren. Man mag es fast als respektlos, unverantwortlich oder gar unverschämt einstufen, was ihm da durch den Kopf geht. Egoistisch den eigenen Träumen frönen, ohne Rücksicht auf die Verpflichtungen.

Diese Taktung, die tägliche Strukturierung und das sich beständige Wiederholen all des Verlässlichen in einer modernen Welt, die es kaum noch zulässt, ausser Plan zu agieren, kennen wir alle. Doch was sagen die Worte aus Jürgens' Lied den Betroffenen

einer Zwangsstörung: «Ich war noch niemals in New York, ich war noch niemals richtig frei. Einmal verrückt sein und aus allen Zwängen fliehen»? Geht es uns nicht auch oft so, dass wir genau jenes Gefühl in uns tragen, «noch niemals richtig frei» gewesen zu sein? «Verrückt» dürfte Jürgens hier ganz positiv gemeint haben: Einmal das tun, was wir uns sonst selbst verbieten. In den Ketten der Erkrankung gefangen, zeichnen wir uns auch durch das ständige Angepasstsein aus. Wir fühlen uns einerseits wohl, wenn alles so bleibt, wie es ist. Aber ist es möglicherweise gerade andererseits dieser Widerspruch, der den Zwängen täglich neue Nahrung gibt?

Wir trauen uns nicht, Bewährtes loszulassen. Die Angst vor Veränderung ist ein guter Motor, um eine Zwangsstörung aufrecht zu erhalten. Niemand wird von uns verlangen, gleich in die Staaten auszuwandern und die Kleider vom Leib zu reissen. Aber für einen «Zwängler» kann es wirklich schon «verrückt» sein, sich selbst etwas zu gönnen und auf die Bedürfnisse zu hören, die oftmals ganz tief verborgen in uns schlummern – zugedeckt von Geradlinigkeit und Idealismus. Ich gebe zu: Auch ich habe mich lange Zeit äusserst ungern mit mir beschäftigt. Nicht selten half dabei auch das Argument, ich trüge doch auch Pflichten gegenüber meinem Umfeld. Man darf es getrost als narzisstische Überhöhung sehen, mein Verständnis von der Welt: Korrektheit war mein Leitbild – nicht ich habe mit meinen Ansprüchen übertrieben, sondern die Anderen waren aus meiner Sicht stets diejenigen, deren Moral für mich als «verkommen» galt. Und auch, wenn sie schlendern, bleibe ich auf dem reaktionären Weg. Denn Zwänge sind verbunden mit einer Grundhaltung, oftmals gar mit einer Persönlichkeitsstruktur, die uns dauerhaft von Veränderung abhalten wird.

Fragt man sich, ob sie eine «Funktionalität» besitzen, kann uns eventuell auch Jürgens' Text weiterhelfen. Trotz aller Übertriebenheit macht die Erkrankung vielleicht dann «Sinn», wenn wir sie als Hilferuf erkennen. Der Appell unserer Seele, dass unser Leben nicht wie bisher weitergehen kann. Das «Stopp»-Schild oder die rote Ampel, die und in das Gewissen reden, uns von den uns selbst auferlegten Konventionen frei zu machen. Denn wahrscheinlich haben die meisten Zwangserkrankten davon ohne-

hin mehr als genug: übertriebene Wertvorstellungen, Perfektionismus ohne jeden Kompromiss, nicht erreichbare und stetig regelhaft an unsere eigene Adresse formulierte Erwartungen. Zwänge sind Ausdruck von einem zerrütteten Anspruchsverhalten an unsere Persönlichkeit einerseits, Konsequenz aus der daraus resultierenden Überforderung andererseits. Jeder von uns hat seine eigenen Erklärungen und Gründe, die persönliche Geschichte, weshalb wir mit uns so streng umgehen und uns nahezu die Luft zum psychischen Durchatmen nehmen.

Was heute nahezu trendig unter dem Begriff der «Achtsamkeit» gesammelt wird, ist möglicherweise das, was auch Jürgens ausdrückte. Nein, sicherlich waren es nicht seine Liedzeilen, die mir halfen, meine Zwänge um die Hälfte zu reduzieren. Es war neben Medikation und psychotherapeutischer Hilfestellung die nur äusserst langsam wachsende Erkenntnis, an meiner Lebensführung und an meinen Normen etwas ändern zu müssen. Nachsicht und Gelassenheit, Fairness und Verständnis für und gegenüber sich selbst lernt man nicht von einem Heute auf ein Morgen. Wer ständig auf Reglements achtet, steht unter einer dauernden Anspannung. Nicht umsonst führen die Diagnoserichtlinien die Zwänge in selbiger Kategorie wie die Belastungsstörungen. Stress ist der unbestritten «erfolgversprechendste» Katalysator für so manches seelische Leiden. Es muss nicht das zeitliche Hinterherjagen sein, das uns dabei überfordert. Es reicht bereits die Rückmeldung an Psyche und den Körper, dass wir im Blick auf unsere von Unfehlbarkeit geprägten Massstäbe stets «Standby» sind.

Passt dazu nicht auch die so häufig bei Zwangserkrankten beobachtete Fürsorglichkeit, die uns verbietet, dem eigenen Verlangen, uns auch um uns selbst zu kümmern, nachzugeben? Und die ein «Nein-Sagen» gegenüber den Bitten der Mitmenschen fast sträflich erscheinen lässt? Es ist leichter, dem Nächsten zu helfen, als die persönlichen Probleme anzugehen. Ich wundere mich mittlerweile kaum noch, weshalb ich über Jahre die «Selbsthilfe» wohl recht unbewusst völlig falsch verstanden habe. Sollte sie doch auch dazu dienen, Selbstliebe zu lernen, war mein Fokus aus tiefster Überzeugung auf die Gleichgesinnten gelenkt. Diese generell positiv zu beurteilende «soziale Ader» will ich mir auch nicht streitig machen lassen. Ein Lebenssinn bleibt, Solidarität zu üben. Dabei praktiziere ich glücklicherweise aber mittlerweile ein wachsendes Zuhören – nicht nur gegenüber anderen, sondern vor allem auch gegenüber meinen eigenen Interessen. Eine

bedingungslose Hingabe und Annahme habe auch ich verdient, wenngleich auch heute die «Zwänglern» doch so wohlbekannt Keule der Zweifel noch immer über mir kreist. Aber Schuldgefühle gehören wohl einfach zu uns dazu – jedoch werden sie erst vernünftig, wenn wir an sie wohlwollende Massstäbe anlegen, die nicht zwischen dem Umgang mit uns und unserem Umfeld unterscheiden. Dabei gehört das Zugestehen von eigenen Grenzen nicht zu den Gründen, weshalb wir uns Vorwürfe machen dürfen. Es ist eine gesunde Selbstverständlichkeit, sich zu erlauben, die Fähigkeit zur Gnade gegenüber der eigenen Person zu erwerben.

Zweifelsohne ist es nicht leicht, Mauern und Zäune eines Käfigs, den man sich zu einem Verteidigen der individuellen, nicht selten gar auch utopischen Ansprüche sowie des vermeintlich emotionalen Schutzes errichtet hat, wieder einzureissen. Zwänge lenken uns von unseren Problemen, von unseren innerlich tobenden und stetig angefeuerten Konflikten, aber auch von uns selbst ab. Aufmerksam auf unsere Wünsche und Sehnsüchte zu werden, die meist abseits dessen liegen, was die Zwänge uns an Ideologie verkörpern, braucht Anstrengung und viel Zeit. Auch zu begreifen, dass eigene Meinung, Wahrnehmung und Unvollkommenheit wertvoll sind und offenbar werden dürfen, ist mehr als eine Reflexion – vielmehr stellt ein derartiges Eingeständnis das Umwerfen behüteter Überzeugungen dar. Für mich war dieser Prozess eine Angelegenheit von nahezu einem Jahrzehnt. Und nicht selten habe ich der mir vorgegaukelten Sicherheit der Zwänge auch nachgetrauert. Bis heute wollen sie mir dauernd weiss machen, dass der im Lied angesprochene Mut zur Freiheit nicht zu mir passt. Mittlerweile habe ich aber das Ruder meines Lebens wieder selbst übernommen, wage manch «Verrücktes» oder fröne auch einmal meinen Gelüsten. In New York war ich allerdings noch immer nicht...

AUTOR/RÜCKFRAGEN
DENNIS RIEHLE
Selbsthilfe Zwangserkrankungen
im Landkreis Konstanz
Martin-Schleyer-Str. 27
78465 Konstanz
selbsthilfearbeit@riehle-dennis.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